

# **MEMOIRE**

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

**Valentine Bouquet**

qui sera soutenu publiquement en juin 2021

**Co-construction de l'alliance thérapeutique dans  
la prise en soin orthophonique :  
Etat des lieux des pratiques orthophoniques  
actuelles**

MEMOIRE dirigé par

**Sophie FRAGON, Orthophoniste et Enseignant, Institut d'Orthophonie Gabriel Decroix,  
Lille**

Lille – 2021

## Remerciements

Je souhaite en tout premier lieu remercier ma maîtresse de mémoire, Sophie Fragnon, pour avoir accepté de m'encadrer dans ce projet. Je tiens également à la remercier pour sa disponibilité et sa patience tout au long de ce travail ainsi que pour ses conseils avisés et toujours constructifs.

Mes remerciements vont également aux participants ayant participé à notre étude, sans lesquels notre projet n'aurait pu être mené.

Je salue également tous mes maîtres de stage, et tout particulièrement Hélène Hertaut, Estelle Salingue, Elisabeth Chanson, Violaine Martinet et Fabienne Griffit avec qui j'ai tant appris. Merci de m'avoir transmis votre savoir mais surtout votre engouement pour le métier d'orthophoniste.

Enfin, je ne pourrais omettre ma famille et mes proches présents quelles que soient les épreuves.

Merci à tous de m'avoir permis de mener à bien ce projet.

## **Résumé :**

En orthophonie, l'alliance thérapeutique n'est pas mentionnée en tant que telle dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Elle s'apparente davantage à un élément inhérent et transversal de la prise en soin qui, corrélé au plan de soin, contribue à l'évolution favorable de celui-ci. L'objectif de notre mémoire est de faire un état des lieux sur les pratiques actuelles de l'alliance thérapeutique en orthophonie. Pour ce faire, des entretiens semi-directifs et un questionnaire ont permis de mener à bien ce projet. Les orthophonistes associent leur pratique à l'alliance thérapeutique. Dans leur pratique, les professionnels accordent une grande importance à la relation qui les unit au patient et à ses proches. Les accompagnants du patient sont davantage inclus dans le processus de prise en soin. Par ailleurs, les orthophonistes identifient les facteurs de risque de rupture de l'alliance thérapeutique dans leur pratique. En cela, la proposition de temps d'échanges et la qualité de la communication professionnelle constituent des modalités de réparation des ruptures de l'alliance thérapeutique. Enfin, le partenariat thérapeutique s'avère être un processus bénéfique tant pour l'orthophoniste que pour le patient et l'évolution de la prise en soin. De plus, il s'avère que l'alliance thérapeutique tend à être davantage présentée dans la formation universitaire actuelle.

## **Mots-clés :**

Alliance thérapeutique – Relation thérapeutique – Etat des lieux – Orthophonie

## **Abstract :**

In speech therapy, the therapeutic alliance is not mentioned as such in the NGAP. It is more akin to an inherent and transversal element of care which, when correlated with the care plan, contributes to the favorable evolution of the latter. The objective of our dissertation is to take stock of the current practices of the therapeutic alliance in speech therapy. To do this, semi-directive interviews and a questionnaire were used to complete this project. Speech-language pathologists associate their practice with the therapeutic alliance. In their practice, speech-language pathologists attach great importance to the relationship between themselves and the patient and his or her family. Those who accompany the patient tend to be more involved in the treatment process. In addition, speech-language pathologists identify risk factors for the breakdown of the therapeutic alliance in their practice. In this respect, the proposal of time for exchanges and the quality of professional communication are ways of repairing breakdowns in the therapeutic alliance. Finally, the therapeutic alliance has proven to be a beneficial process for both the speech therapist and the patient, and for the evolution of the care provided. Furthermore, it appears that the therapeutic alliance tends to be presented more in current university training.

## **Keywords :**

Therapeutic alliance – Therapeutic relationship – State of the art – Speech therapy

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Contexte théorique, buts et hypothèses</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Fondements théoriques de l’alliance thérapeutique</b> .....	<b>2</b>
1.1. Les origines analytiques de l’alliance thérapeutique en psychanalyse .....	2
1.2. Application aux prises en soin médicales .....	2
1.3. Communication professionnelle en santé .....	3
<b>2. Principes de l’alliance thérapeutique en orthophonie</b> .....	<b>4</b>
2.1. Données actuelles sur l’alliance thérapeutique en orthophonie .....	4
2.1.1. Définitions et caractéristiques .....	4
2.1.2. Recommandations des pratiques professionnelles orthophoniques.....	4
2.2. Variabilité de l’alliance thérapeutique en orthophonie .....	5
2.2.1. Facteurs de variabilité dans la conception de l’alliance thérapeutique .....	5
2.2.2. D’une relation duelle à une relation trilogique.....	6
<b>3. La temporalité de l’alliance thérapeutique</b> .....	<b>7</b>
3.1. L’accueil du patient et le premier contact.....	7
3.2. Le parcours de soin et la nature de la demande.....	7
3.3. Définition des objectifs, contrat et cadre de travail.....	8
3.4. Réparation des ruptures de l’alliance thérapeutique .....	9
<b>4. L’accompagnement parental/familial comme axe de prise en soin</b> .....	<b>10</b>
4.1. Diversification du rôle des parents dans la prise en soin.....	10
4.2. Statut parental et bilan orthophonique.....	11
4.3. De la restitution des résultats vers la co-construction de l’alliance thérapeutique.....	12
<b>Buts et hypothèses</b> .....	<b>13</b>
<b>Méthodologie</b> .....	<b>13</b>
<b>1. L’entretien semi-directif</b> .....	<b>14</b>
1.1. Choix de l’entretien semi-directif.....	14
1.2. Taille de l’échantillon .....	14
1.3. Méthodologie de passation des entretiens et analyse .....	14
<b>2. Le questionnaire</b> .....	<b>14</b>
2.1. Population ciblée et méthodologie d’approche .....	15
2.2. Elaboration du questionnaire.....	15
<b>Résultats</b> .....	<b>15</b>
<b>1. Résultats issus des entretiens semi-directifs</b> .....	<b>15</b>
1.1. Les orthophonistes et l’alliance thérapeutique .....	15
1.2. L’alliance thérapeutique dans la pratique des orthophonistes.....	16
1.2.1. Les outils et les moyens .....	16
1.2.2. Temporalité de l’alliance thérapeutique en pratique.....	16
1.2.3. Les apports de l’alliance thérapeutique .....	16
1.2.4. Sensibilisation des orthophonistes à l’alliance thérapeutique dans la formation initiale.....	16
<b>2. Résultats issus du questionnaire</b> .....	<b>17</b>
2.1. Représentation de l’alliance thérapeutique par les orthophonistes.....	17
2.2. Temporalité de l’alliance thérapeutique en pratique.....	17
2.3. Mise en évidence des pratiques orthophoniques de l’alliance thérapeutique.....	18
2.3.1. Outils et moyens .....	18
2.3.2. Situation de rupture et modalités de réparation de l’alliance en pratique.....	19
2.3.3. Les accompagnants du patient .....	20
2.3.4. Les apports de l’alliance thérapeutique .....	20
2.4. Sensibilisation à l’alliance thérapeutique en formation.....	22
<b>Discussion</b> .....	<b>22</b>
<b>1. Discussion des résultats de l’étude</b> .....	<b>22</b>
1.1. Le partenariat thérapeutique pour les orthophonistes .....	22

1.2.	L'alliance thérapeutique et son émergence dans la pratique orthophonique .....	23
1.3.	L'alliance thérapeutique et ses modalités de pratique .....	23
1.4.	L'alliance thérapeutique en formation et sensibilisation .....	24
<b>2.</b>	<b>Perspectives de l'étude .....</b>	<b>25</b>
2.1.	Limites de l'étude.....	25
2.2.	Apports de l'étude et questionnements .....	25
	<b>Conclusion .....</b>	<b>26</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>27</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>32</b>
	<b>Annexe n°1 : Texte d'amorce à destination des participants aux entretiens semi-directifs.....</b>	<b>32</b>
	<b>Annexe n°2 : Clause de confidentialité.....</b>	<b>32</b>
	<b>Annexe n°3 : Guide de l'entretien semi-directif.....</b>	<b>32</b>
	<b>Annexe n°4 : Présentation des participants aux entretiens semi-directifs .....</b>	<b>32</b>
	<b>Annexe n°5 : Tableau de synthèse thématique « Définition de l'alliance thérapeutique » .....</b>	<b>32</b>
	<b>Annexe n°6 : Tableau de synthèse thématique « Alliance thérapeutique dans la pratique des orthophonistes » .....</b>	<b>32</b>
	<b>Annexe n°7 : Tableau de synthèse thématique « Sensibilisation à la formation initiale » .....</b>	<b>32</b>
	<b>Annexe n°8 : Retranscription du questionnaire .....</b>	<b>32</b>
	<b>Annexe 1 : Texte d'amorce à destination des participants aux entretiens semi-directifs .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
	<b>Annexe 2 : Clause de confidentialité .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
	<b>Annexe 3 : Guide de l'entretien semi-directif .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
	<b>Annexe 4 : Présentation des participants aux entretiens semi-directifs.....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
	<b>Annexe 5 : Tableau de synthèse thématique « Définition de l'alliance thérapeutique » .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
	<b>Annexe 6 : Tableau de synthèse thématique « Alliance thérapeutique dans la pratique des orthophonistes » .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
	<b>Annexe 7 : Tableau de synthèse thématique « Sensibilisation à la formation initiale » .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
	<b>Annexe 8 : Retranscription du questionnaire .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>



# Introduction

La relation soignant-soigné a fait l'objet de nombreuses études initiées en psychanalyse puis élargies au champ de la médecine. L'aboutissement d'une prise en soin réside dans l'accomplissement des objectifs fixés et s'appuie sur de multiples facteurs : la construction d'un projet thérapeutique adapté au patient fondé sur des axes thérapeutiques progressifs et cohérents, ainsi que la qualité de la relation entre le patient et le professionnel de santé.

« L'orthophonie est une profession de santé dont l'objectif est de soigner (prévention, diagnostic, réhabilitation, soins, accompagnement...). » (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2021, p.128) Depuis la loi de 2002 concernant le droit des malades, le patient se situe au centre du processus de soin, notamment dans le cadre de la décision partagée. (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2021). Ainsi, la qualité du soin en orthophonie s'appuie sur un plan de soin thérapeutique adapté à chaque patient, ainsi que sur une alliance thérapeutique pérenne entre le professionnel et le patient. Actuellement, la pratique de l'orthophonie tend à se développer au regard des données probantes, notamment grâce à l'essor de l'Evidence Based Practice (EBP). « Ce mouvement s'est graduellement tourné vers les processus relationnels mis en avant au cours des interventions. » (Sylvestre & Gobeil, 2018). En revanche, l'alliance thérapeutique tend à être modulée par divers facteurs, notamment les facteurs spécifiques au thérapeute et au patient mais également les facteurs externes (Sylvestre & Gobeil, 2018). A cet égard, le partenariat thérapeutique évolue d'une relation duelle à une relation d'ordre trilogique.

La prise en soin orthophonique est marquée par un ensemble d'étapes : le premier contact, l'entretien clinique, la passation du bilan orthophonique et le temps de restitution des résultats. Ainsi, la co-construction de l'alliance thérapeutique est susceptible d'émerger à tout moment de la prise en soin.

D'autre part, l'accompagnement parental apparaît comme un axe de prise en soin en orthophonie.

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ne fait pas mention de l'alliance thérapeutique en tant que telle. En cela, il est légitime de s'interroger sur les fondements de l'alliance thérapeutique en orthophonie, son impact dans la prise en soin mais également les modalités de sa mise en œuvre. Est-ce un facteur susceptible d'être appris ? Relève-t-il d'un savoir-faire, savoir-dire et savoir-être ? La prise en soin orthophonique peut-elle être menée indépendamment de l'alliance thérapeutique ?

La complexité de cette réflexion réside dans le caractère complexe et spécifique de la relation orthophoniste-patient. L'objectif de cette étude est d'exposer le regard actuel des orthophonistes sur l'alliance thérapeutique à travers un état des lieux. Comment les orthophonistes définissent-ils l'alliance thérapeutique ? L'associent-ils à leur pratique ? Par quels moyens appliquent-ils l'alliance thérapeutique dans leurs prises en soin ?

Pour débiter cette étude, nous présenterons les fondements théoriques de l'alliance thérapeutique à travers ses origines en psychanalyse et en médecine. A la lumière de ces données théoriques, nous étudierons les principes de l'application de l'alliance thérapeutique en orthophonie au regard des données actuelles relatives aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Par la suite, nous nous interrogerons sur le processus de construction de l'alliance thérapeutique de

l'étape de la prise de contact à la progression de la prise en soin.

Enfin, nous présenterons l'accompagnement parental comme axe de prise en soin sur lequel s'appuie l'alliance thérapeutique.

## **Contexte théorique, buts et hypothèses**

### **1. Fondements théoriques de l'alliance thérapeutique**

#### **1.1. Les origines analytiques de l'alliance thérapeutique en psychanalyse**

L'alliance thérapeutique est initialement décrite par Freud en 1920 comme un « pacte analytique » fondé sur la collaboration entre le patient et le thérapeute (Bachelart & Bioy, 2010). La relation thérapeutique s'appuie alors sur l'engagement conscient et volontaire du patient dans un processus de soin. De ce fait, la collaboration du patient est considérée comme un élément essentiel d'une prise en soin (Breuer & Freud, 1895 cités par Bachelart & Bioy, 2010).

L'implication de l'alliance thérapeutique dans l'efficacité d'un suivi a fait l'objet de nombreuses recherches en psychanalyse. A cet égard, Elisabeth Zetzel relève l'aspect essentiel de l'alliance thérapeutique dans l'efficacité d'une prise en soin (Bachelart & Bioy, 2010). Les travaux de Zetzel constituent les prémices de l'intérêt porté à l'alliance thérapeutique en tant que variable essentielle d'un suivi. Carl Rogers, à l'origine des thérapies centrées sur le patient, considère l'alliance thérapeutique comme un facteur curatif d'une prise en soin. En cela, l'alliance thérapeutique se situe au centre des interventions.

Cette conception de l'alliance thérapeutique est alors remise en question à la lumière des travaux de Bordin. L'alliance thérapeutique n'apparaît finalement plus comme un facteur curatif dans la prise en soin mais comme un pré-requis nécessaire au changement (Bordin, 1979, cité par Bachelart & Bioy, 2010). Selon Bordin (1979), la puissance de l'alliance thérapeutique s'appuie sur le degré d'accord entre le clinicien et le patient concernant trois variables : les tâches, les buts et le lien clinicien-patient. Les travaux de Bordin révèlent ainsi l'aspect complexe, dynamique et pluridimensionnel de l'alliance thérapeutique (Bachelart & Bioy, 2010).

Les protocoles de recherche portant sur l'alliance thérapeutique en psychothérapie ont également été appliqués dans le champ somatique (Bachelart & Bioy, 2010).

#### **1.2. Application aux prises en soin médicales**

Les recherches effectuées dans le domaine médical se sont appuyées sur des protocoles globalement similaires à ceux menés en psychothérapie. Dans le champ somatique, les variables étudiées correspondent à l'adhésion du patient au traitement, l'évolution de sa qualité de vie ainsi que la confiance qu'il accorde au médecin (Bachelart & Bioy).

Une étude transversale menée par Kim et al. (2008) a permis de mettre en évidence la corrélation entre la qualité de l'alliance thérapeutique et la satisfaction du patient. Dans le cadre de cette expérimentation, la qualité du partenariat patient-praticien prédit près d'un tiers du niveau de satisfaction des patients. Ces effets sont également retrouvés dans le cadre de

l'adhésion du patient à la prise en soin ainsi qu'à l'évolution positive du suivi (Fuertes et al., 2007). En cela, l'alliance thérapeutique apparaît comme un facteur contribuant au maintien de la relation thérapeutique et au bon déroulement du traitement (Gordon et al., 2010). Ces effets ont également été retrouvés dans des prises en soin d'enfants et d'adolescents (Sylvestre & Gobeil, 2018).

Les études autour de l'alliance thérapeutique ont majoritairement porté sur l'effet de l'alliance thérapeutique dans le cadre d'un suivi. En revanche, les modalités de mise en place d'une alliance thérapeutique pérenne et solide sont à investiguer, notamment le maintien de la relation thérapeutique dans le temps, en particulier dans le cadre de suivis de longue durée (Bachelart & Bioy, 2010).

### **1.3. Communication professionnelle en santé**

La communication professionnelle en santé relève d'un savoir-être, savoir-dire et savoir-faire. Grice (1975) est à l'origine de maximes conversationnelles considérées comme des recommandations pour une communication de qualité (Hadi, 2013). A la lumière de la théorie de Grice (1975), l'efficacité de la communication professionnelle s'appuie sur les maximes de qualité, de quantité, de relation et de manière. En cela, les propos du clinicien doivent être vrais, informatifs, pertinents et clairs. (Hadi, 2013).

Par ailleurs, Sylvestre & Gobeil (2018), considèrent que l'alliance thérapeutique s'appuie sur une communication professionnelle authentique nécessaire à la prise de décision partagée. Il s'agit d'une décision permettant aux patients d'être acteurs et moteurs de leur propre parcours de vie au regard de leur pathologie (Sylvestre & Gobeil, 2018). Ainsi, la relation médecin-patient évolue du modèle paternaliste, caractérisé par une relation asymétrique, à un accompagnement du patient (Loignon & Boudreault-Fournier, 2012). Une revue de la littérature, menée en 2006 par Kiesler et Auerbach a recensé tous les travaux théoriques et empiriques jusqu'à 2004 portant sur les préférences des patients quant à la communication médecin-patient. A la lumière des données probantes, il apparaît que l'implication du patient dans les prises de décisions contribue à l'évolution positive du suivi.

Richard et al. (2011) sont à l'origine d'un outil à destination des formateurs et enseignants en faculté afin de faciliter la communication de leurs pratiques. Il s'agit d'un outil présentant les fondements du savoir-faire indispensable dans la communication professionnelle en médecine. Un support pédagogique y est également associé : la roulette combinatoire de la communication professionnelle (Richard et al., 2011). Cet outil dédié à la communication professionnelle médicale peut être investi notamment dans le cadre de situations de communication complexes.

Les données de la littérature mettent en évidence la nécessité de la qualité de la communication entre le clinicien et le patient. Il est ainsi légitime de s'interroger sur les recommandations de bonnes pratiques relatives à l'alliance thérapeutique en orthophonie.

## **2. Principes de l'alliance thérapeutique en orthophonie**

### **2.1. Données actuelles sur l'alliance thérapeutique en orthophonie**

#### **2.1.1. Définitions et caractéristiques**

L'alliance thérapeutique constitue un élément inhérent à la prise en soin orthophonique qui ne peut être matérialisé.

La NGAP fait mention d'accompagnement parental, de guidance ou de partenariat. En cela, il ne s'agit pas d'un axe thérapeutique à proprement parler mais d'une variable indissociable du bon déroulement d'un suivi. L'alliance thérapeutique ne correspond pas à une méthode d'intervention faisant appel à une technique précise (Michel, Peter & Roten, 2007). Il s'agit d'une notion complexe à définir tant dans la nature du terme que dans ses modalités de pratique clinique. En réalité, l'alliance thérapeutique constitue une des variables de la relation thérapeutique (Bozarth, 2014).

D'après les données de la littérature, l'alliance thérapeutique est définie comme la proximité mesurée qu'offre le thérapeute au patient nécessaire au bon déroulement d'une intervention (Nasielski, 2012). Sylvestre et Gobeil (2018), définissent la relation orthophoniste-patient comme un paramètre fondateur de la pratique clinique orthophonique. Elles défendent l'idée que le plan de soin thérapeutique ne peut aboutir que si l'orthophoniste parvient à mettre en place, et pérenniser une alliance thérapeutique avec le patient ainsi que ses proches (Sylvestre & Gobeil, 2018). En cela, l'intervention orthophonique s'apparente à une démarche clinico-relationnelle (Sylvestre & Gobeil, 2018). Il s'agit pour l'orthophoniste de concilier son savoir théorique et clinique et ses habiletés de communication relationnelle menant à la co-création de l'alliance thérapeutique (Sylvestre & Gobeil, 2018).

Les données de la littérature mettent en évidence la nécessité de la qualité de la communication entre le clinicien et le patient. Ces données sont essentiellement issues de recherches menées dans le cadre de soins médicaux ou psychanalytiques. Il est ainsi légitime de s'interroger sur les recommandations de bonnes pratiques relatives à l'alliance thérapeutique en orthophonie.

#### **2.1.2. Recommandations des pratiques professionnelles orthophoniques**

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ne fait pas mention de l'alliance thérapeutique en tant qu'acte régi par un coefficient et une lettre clé. Le livret professionnel (Version 2019) de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) fait néanmoins référence à la place du patient dans la prise en soin orthophonique. Ainsi, conformément à la loi 2002 (droit des malades) le patient est au centre du suivi orthophonique. Les principes de bioéthique énoncés par la charte éthique, présente ainsi aux orthophonistes les fondements de la posture professionnelle. Dans le cadre de la communication professionnelle, l'orthophoniste doit présenter au patient des informations claires et compréhensibles (FNO, 2020). La communication d'informations compréhensibles par le patient nécessite pour l'orthophoniste de s'adapter au niveau de compréhension de son interlocuteur.

La pratique orthophonique actuelle en constante évolution, s'appuie depuis les années 90 sur la pratique clinique fondée sur les preuves, communément appelée Evidenced-Based Practice (EBP) (Coquet, 2018). Initialement centré sur l'efficacité des interventions, l'EBP s'est progressivement étendue à la relation thérapeutique (Sylvestre & Gobeil, 2018). (Norcross & Wambold, 2011) ont étudié une douzaine de méta-analyses qui les ont conduits à des conclusions et des recommandations

quant à l'alliance thérapeutique fondée sur les preuves dans le cadre d'un suivi. D'une part, il est recommandé pour les professionnels de santé de créer et entretenir une relation thérapeutique avec le patient (Norcross & Wambold, 2011). Les thérapeutes sont incités à adapter et remanier le plan de soin au regard des spécificités de chaque patient et dont les techniques s'appuient sur des données probantes (Norcross & Wambold, 2011). Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles émises par Norcross & Wambold (2011) concernent également l'attention particulière à l'évolution de l'alliance thérapeutique en parallèle du suivi.

Cette surveillance contribue à l'évolution positive et au renforcement de la relation mais également à l'adaptation des axes thérapeutiques (Norcross & Wambold, 2011). Les techniques de renforcement de l'alliance thérapeutique relèvent de l'expérience clinique des orthophonistes. (Schwob, 2011).

Si l'alliance thérapeutique contribue à l'efficacité d'une prise en soin orthophonique, il est légitime de s'interroger sur les facteurs de variabilité de l'alliance thérapeutique.

## **2.2. Variabilité de l'alliance thérapeutique en orthophonie**

### **2.2.1. Facteurs de variabilité dans la conception de l'alliance thérapeutique**

La conception et le maintien de l'alliance thérapeutique en parallèle de l'avancée d'une prise en soin peuvent être modulés par divers facteurs : les facteurs spécifiques au clinicien, les facteurs propres au patient ainsi que les facteurs externes (Sylvestre & Gobeil, 2018).

La charte éthique de la FNO fait mention de l'humanité avec laquelle l'orthophoniste doit agir et prendre en considération le patient dans son intégralité. Cette posture professionnelle repose sur une qualité nécessaire à l'exercice de l'orthophonie. Il s'agit de l'empathie. L'empathie consiste pour le professionnel de santé à se décentrer dans le but d'accueillir une plainte. Le recours à des compétences interpersonnelles telles que l'empathie, l'authenticité et le regard positif tendent à favoriser l'évolution du suivi (Karver et al., 2006). Les capacités empathiques du professionnel doivent être cohérentes et s'ajuster au regard des besoins du patient (Sylvestre & Gobeil, 2018). En revanche, il est également nécessaire pour le clinicien d'instaurer une distance thérapeutique. Celle-ci est définie par Nasielski (2010) comme la capacité du clinicien à maintenir le cadre dans lequel se situe l'alliance thérapeutique. Autrement dit, la distance thérapeutique vise à pallier l'éventuelle évolution de la relation thérapeutique vers une forme d'engagement personnel et sentimental.

La qualité et la pérennité de l'alliance thérapeutique s'appuient également sur les paramètres spécifiques au patient. En cela, Gobeil & Sylvestre (2018) évoquent la motivation au changement et la présence d'une demande de la part du patient comme des facteurs influant sur l'alliance thérapeutique. La prise en soin orthophonique ne peut s'effectuer sans consentement éclairé. Le patient doit ainsi se sentir prêt au changement, en éprouver le désir. En cela, il est nécessaire pour le professionnel de développer des stratégies d'aide à la décision clinique (O'Connor et al., 2003). Dans ce contexte intervient le concept d'auto-efficacité, qui définit la capacité du patient à se sentir capable d'entreprendre une rééducation. Ces éléments sont cependant discutables dans le cadre d'un enfant en bas âge ou en incapacité d'exprimer son opinion.

D'autres paramètres tendent à influencer sur l'alliance thérapeutique. Il s'agit des facteurs externes, relatifs à l'entourage du patient ainsi qu'aux différents intervenants du parcours du soin. En effet, dans la réalité de la pratique clinique, l'alliance thérapeutique existant entre le clinicien et le thérapeute peut être nuancée en fonction de la collaboration avec les proches du patient (Bantman,

2005). Le lien entre les proches du patient et le clinicien peut également avoir un impact sur la relation duelle orthophoniste-patient (Gobeil & Sylvestre, 2018). Bantman (2005) recommande ainsi d'inclure la famille dans les projets de soin du patient. La famille du patient est ainsi considérée comme un « partenaire thérapeutique ». Les accompagnants du patient peuvent contribuer à la bonne évolution de la prise en soin en tant que levier.

Si le patient est au cœur de la prise en soin, la décision partagée peut néanmoins être discutée dans le cadre de patients en bas âge ou en situation de dépendance d'un tiers. En cela, la relation thérapeutique initialement duelle évolue vers une relation trilogique, incluant d'autres acteurs.

### **2.2.2. D'une relation duelle à une relation trilogique.**

L'alliance thérapeutique, fondée en partie sur la prise de décision partagée, implique que le patient ait un regard objectif sur les effets et les bénéfices d'une prise en soin (Gobeil & Sylvestre, 2018). Or, ceci est plus discutable au regard d'un patient en bas âge ou dans le cadre d'une anosognosie. De ce fait, les proches du patient s'inscrivent dans le processus de prise en soin. L'orthophoniste est alors à l'initiative de la nature de la relation qu'il souhaite développer avec le patient et ses proches.

Dans le cadre du suivi orthophonique d'un enfant, Coquet (2017) évoque l'intérêt de l'implication de l'entourage ou des parents dans la prise en soin. A la lumière de ce raisonnement, Coquet (2017), considère que si l'entourage familial de l'enfant fonctionne comme un système, le fait d'intervenir conjointement avec les parents est nécessaire pour l'évolution du suivi. En cela, la relation duelle évolue en une relation trilogique. Dans le cadre spécifique de la prise en soin d'un patient en bas âge, les parents sont considérés comme des partenaires dans la construction de son langage et dans son développement (Coquet, 2017). En cela, la prise en soin orthophonique relève d'une intervention directe, centrée sur le patient, et indirecte, ciblée sur l'accompagnement familial (Coquet, 2017). Il est nécessaire de prendre en considération l'ensemble des proches qui gravitent autour de l'enfant. Ainsi, la notion d'accompagnement parental peut être élargie au champ de la famille et des proches de l'enfant.

Si l'on considère le suivi d'un patient adulte dépendant, les aidants s'inscrivent également dans l'alliance thérapeutique trilogique. L'aidant familial correspond à une tierce personne qui vient en aide à une personne dépendante dans son quotidien, à titre principal (Charte Européenne de l'aidant familial). La Haute Autorité de Santé mentionne également la notion d'« aidant naturel ». Le rôle de l'aidant naturel est complémentaire du suivi orthophonique. En effet, si l'orthophoniste possède les compétences théoriques et cliniques, l'aidant naturel se place comme expert du parcours et des connaissances sur le patient. En cela, il a totalement sa place dans l'alliance trilogique thérapeutique. Une étude menée par Amieva et al. (2012) visait à évaluer les besoins et les attentes des aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. A la lumière des résultats de cette étude, les attentes des aidants concernent la nécessité d'obtenir des informations sur la maladie pour secondairement optimiser les aides apportées au patient. L'orthophoniste peut ainsi inclure les aidants d'un patient afin de les orienter sur les postures à adopter face aux difficultés du patient.

Si l'alliance thérapeutique s'appuie sur la qualité de la communication professionnelle et de la relation trilogique, son émergence se développe au regard des diverses étapes de la prise en soin.

### **3. La temporalité de l'alliance thérapeutique**

#### **3.1. L'accueil du patient et le premier contact**

Le premier échange entre l'orthophoniste et le patient ou ses accompagnants se fait généralement par le biais d'une prise de rendez-vous. Il s'agit d'un préalable à la consultation. Cet échange initial mène à un premier entretien clinique, l'entretien d'anamnèse. En amont du premier entretien, l'orthophoniste peut s'assurer que les personnes qu'il reçoit connaissent la profession en se présentant au préalable de l'entretien (Buckman, 2001, cité par Marie, 2003).

« *Toute consultation logopédique suppose que l'on parte d'une demande qui donne sa raison d'être à la consultation* » (Estienne, 2004, p. 33). L'entretien anamnétique vise à déterminer la nature et l'origine de la plainte, les besoins du patient ainsi que ses difficultés, son parcours de vie et son identité. En revanche, mener une anamnèse doit permettre une situation de communication naturelle. Le patient ou ses proches ne doivent pas vivre cet entretien comme un interrogatoire mais comme un échange à l'origine d'une prise de conscience mais également d'un accompagnement (Estienne, 2002, citée par Coquet, 2017). En cela, la posture empathique et les capacités d'écoute active de l'orthophoniste permettent la création d'un lien de confiance. Ainsi, le premier entretien clinique vise à instaurer un lien de confiance tout en permettant le recueil de données anamnestiques. L'échange initial entre l'orthophoniste, le patient et/ou ses proches s'inscrit donc dans un cadre dit authentique (Estienne, 2004). Dès le premier échange et notamment lors de l'entretien d'anamnèse, les apports cliniques transmis par le patient et ses accompagnants participent à l'échange. Ainsi, si le patient se sent écouté et compris, il sera plus aisé pour le professionnel d'instaurer l'alliance thérapeutique et de susciter l'engagement du patient dans la prise en soin.

L'entretien clinique s'apparente à un échange bidirectionnel permettant au professionnel d'initier son raisonnement hypothético-déductif mais également d'instaurer une relation de confiance. Ainsi, ces différents paramètres présentent l'entretien clinique comme un point d'appui à la construction de l'alliance thérapeutique.

#### **3.2. Le parcours de soin et la nature de la demande**

Avant de considérer la nature, le contexte et l'émetteur de la demande, il est nécessaire pour le professionnel de santé de retracer le parcours de soin du patient. En effet, le parcours de soin et les diverses expériences au sein d'un parcours médical peuvent influencer la motivation, les appréhensions ainsi que les attentes des patients. Il a ainsi été démontré que des souvenirs négatifs liés au domaine médical tendent à inhiber la décision du patient à s'engager dans un nouveau processus de soin (Rooney, 2009, cité par Gobeil & Sylvestre, 2018).

La formulation de la demande varie d'un patient à un autre et est plus ou moins explicite (Chassey, 2018). Elle émerge d'une réflexion au sein du cocon familial. C'est finalement à travers les premiers échanges avec le professionnel que la demande va s'affiner au regard des interventions et moyens envisageables proposés par la suite par l'orthophoniste. (Estienne, 2004). Estienne (2004), à la lumière des travaux en neuropsychologie des auteurs Daise, Fayasse et Wynen, propose de considérer la demande sous deux aspects : l'aspect objectivable et l'aspect représentationnel de la demande. En effet, ce qui est objectivable relève des symptômes observables tandis que les aspects représentationnels relèvent du psychisme, du passif du patient et de ses représentations subjectives.

Les diverses définitions de l'alliance thérapeutique ont en commun l'engagement et la volonté du patient à s'engager dans un processus de soin. « *Pour qu'il y ait une demande, il faut nécessairement qu'il y ait un manque ou un état insatisfaisant* » (Estienne, 2004, p. 37). En effet, il n'est pas envisageable d'entreprendre une rééducation sans l'aval et l'investissement du patient quel que soit son âge. Ainsi, la nature de la demande varie selon l'âge du sujet concerné (Coquet, 2017). Il est donc légitime d'analyser la demande au regard de l'âge du patient. Dans le cadre d'un jeune enfant ou d'un enfant d'âge scolaire, les émetteurs de la demande seront davantage les parents ainsi que les professionnels qui gravitent autour de l'enfant.

La sollicitation peut également venir du milieu scolaire (De Nale, 2011). Selon Coquet (2017), l'enfant n'est jamais à l'origine de la demande. Il s'agit des tiers : les parents. Coquet (2017) considère que la demande émise par les parents peut être analysée selon trois points de vue. D'une part, le parent formule une demande à la place de l'enfant et s'oriente vers le clinicien. D'autre part, le parent émet une demande et entame une démarche d'aide qui concerne l'enfant et lui-même. Enfin, le parent consulte un professionnel sous les recommandations d'un tiers professionnel. Il s'agit d'un accord trilogique entre l'orthophoniste, le patient et ses parents. Cet accord permettra de définir les modalités et le cadre de la prise en soin orthophonique.

Le contexte et la nature de la demande font l'objet d'une analyse précise de la part de l'orthophoniste. Le clinicien se saisit de la demande mais également du contexte dans lequel elle s'inscrit. Quels que soient l'âge ou la pathologie du patient, celui-ci se situe au cœur de la décision partagée et le suivi ne peut débuter sans son aval. Le temps d'échange ciblé sur la demande permet aux différents acteurs de s'accorder et s'inscrit dans une relation d'entraide et de confiance. De ces éléments, découle ainsi le temps d'évaluation.

### **3.3. Définition des objectifs, contrat et cadre de travail**

Suite à la passation du bilan orthophonique, l'orthophoniste présente le diagnostic au patient ainsi qu'à ses proches. Il s'agit d'un temps d'échange spécifique à la restitution des résultats. Dans le cadre d'une indication de prise en soin, l'orthophoniste propose au patient et aux accompagnants de débuter un suivi. L'engagement du patient dans une prise en soin fait suite à la prise de décision partagée selon laquelle le patient exprime son accord quant au suivi orthophonique. Le diagnostic orthophonique et les axes thérapeutiques vont déboucher sur la mise en place d'un contrat qui consiste en un engagement réciproque entre les différents acteurs dans le but d'atteindre les objectifs fixés (Estienne, 2004). De ce fait, suite à la décision commune d'une prise en soin, l'orthophoniste propose un plan de soin thérapeutique basé sur des axes thérapeutiques à court, moyen et long terme.

Dès lors, le clinicien pose le cadre de travail spécifique à la prise en soin. Le cadre de travail comprend ainsi les techniques thérapeutiques ainsi que le dispositif de travail (Schwob, 2018). Il peut être présenté sous forme écrite et matérialise l'engagement réel entre les différents acteurs (Estienne, 2004). Ce contrat de travail définit également le cadre de travail et les modalités qui lui sont associées (Estienne, 2004) : durée de la rééducation, fréquences des séances, bilans de renouvellement. Le temps destiné au cadre de travail pré établi est limité mais sous-tend une redondance et une répétition auxquelles le patient se familiarise (Coquet, 2017). Le cadre thérapeutique est finalement ce qui donne sens à la relation. Le cadre de travail ainsi présenté permet la distribution des rôles de chaque acteur (De Chasse, 2018). De cet accord, découle la co-construction de l'alliance thérapeutique. De

Chassey (2018) rappelle l'importance de la relation horizontale et complémentaire dans laquelle chaque acteur possède une expertise bénéfique à la prise en soin.

La mise en place des objectifs thérapeutiques est co-construite et résulte d'un échange entre les différents acteurs de l'alliance thérapeutique. Il s'agit pour le professionnel d'utiliser ses habiletés de communication professionnelle dans le but de présenter au patient les avantages et inconvénients des diverses possibilités qui s'offrent à lui (Gobeil & Sylvestre, 2018). En réalité, le contrat porte essentiellement sur les moyens et techniques à mettre en œuvre et non sur la suppression du symptôme en lui-même (Estienne, 2004). Il s'agit d'une négociation avec le patient et sa famille (Schwob, 2018). La question de la co-construction des objectifs thérapeutiques en relation avec le patient mérite en revanche d'être discutée dans le cadre d'un patient en bas âge ou dépendant d'une tierce personne (Estienne, 2004). En effet, dans ce cadre, les parents sont alors à l'origine et en faveur d'une intervention thérapeutique (Grossen, 2008, cité par Schwob, 2018). Les parents ainsi considérés comme des partenaires (Schwob, 2018).

Le temps de restitution des résultats du bilan orthophonique s'apparente à un échange pouvant mener à la décision d'une prise en soin. Ce temps d'échange permet de poser le cadre de travail et les modalités d'intervention. Il s'agit d'un dialogue permettant de co-construire les axes de prise en soin mais également les fondements de l'alliance thérapeutique.

Dès lors, nous pouvons nous interroger sur la pérennité de l'alliance thérapeutique en orthophonie et les modalités de réparation des bris de l'alliance thérapeutique.

### **3.4. Réparation des ruptures de l'alliance thérapeutique**

L'alliance thérapeutique s'appuie sur des méthodes de communication mais également sur la qualité de la relation thérapeutique. Baillargeon et al. (2005) associent l'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique au regard des différentes phases de la prise en soin. En cela, l'alliance thérapeutique peut être amenée à évoluer à tout moment de la prise en soin, en qualité mais également en intensité. (Baillargeon & Puskas, 2013).

Les ruptures de l'alliance thérapeutique s'apparentent à des bris, des mises à l'épreuve de la relation thérapeutique. L'orthophoniste identifie ainsi ces situations de rupture de l'alliance thérapeutique afin de pouvoir agir rapidement. Sept paramètres permettent de révéler des ruptures de l'alliance thérapeutique (Safran et al., 1990, cités par Baillargeon & Puskas, 2013). Il s'agit de la manifestation directe ou indirecte de ressentis négatifs du patient envers le professionnel de santé, les signes d'évitement de la part du patient, le manque de réponses ou de participation du patient mais encore son désaccord au regard du plan de soin.

Il existe des techniques et principes permettant au praticien de restaurer l'alliance thérapeutique. Ceux-ci s'appuient en grande partie sur les habiletés communicationnelles du praticien. De ce fait, De Chassey (2018), orthophoniste, propose de rappeler le cadre de travail, réexposer les objectifs du patient, matérialiser les efforts et évolutions du patient tout en restant en adéquation avec ses valeurs et ses propres motivations. Il s'agit alors de gérer les possibles désaccords, notamment sur le choix des axes thérapeutiques, le cadre de travail ainsi que la place de chacun des acteurs (Richard et al., 2011). Le thérapeute vulgarise ce qui peut être abstrait pour le patient, reformule et rassure le patient (Richard et al., 2011). Un certain nombre de thématiques peuvent faire l'objet de ruptures de l'alliance thérapeutique. Ces situations délicates méritent de faire l'objet de discussions et d'entrevues.

Finalement l'alliance thérapeutique est un processus continu qui se renouvelle continuellement en parallèle de la rééducation orthophonique.

La capacité de l'orthophoniste à repérer les situations de rupture s'applique aussi bien dans le cadre de la relation duelle que de la relation trilogique. Les accompagnants tendent à être reconnus et inclus dans le processus de prise en soin. Nous pouvons ainsi nous interroger sur la mise en place de l'accompagnement familial comme axe de prise en soin.

## **4. L'accompagnement parental/familial comme axe de prise en soin**

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) n'inclut pas l'accompagnement parental dans un cadre conventionnel de travail. Cependant, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations quant à l'implication parentale dans la prise en soin orthophonique pour les enfants de moins de 5 ans.

L'accompagnement parental s'inscrit en tant qu'axe de travail, complémentaire à la prise en soin orthophonique (Antheunis et al., 2007).

### **4.1. Diversification du rôle des parents dans la prise en soin**

L'implication des parents dans la prise en soin orthophonique recouvre un ensemble de terminologies mentionnées dans la littérature. Ces diverses acceptions reflètent dans la réalité de l'exercice professionnel des pratiques bien différentes (Monfort, 2010, cité par Coquet, 2017).

On relève d'une part la notion de « guidance parentale ». La guidance parentale s'inscrit généralement dans le cadre du handicap. Il s'agit pour le spécialiste de guider les parents qui, suite à l'annonce d'un diagnostic, nécessitent d'être guidés (Coquet, 2017). Les parents peuvent ainsi être guidés dans cette évolution par d'autres parents dans des contextes similaires ou par le professionnel de santé en lui-même qui axera davantage les échanges sur l'acquisition de connaissances et de nouvelles compétences (Coquet, 2017).

« L'accompagnement parental » est une autre acception de l'inclusion des parents dans la prise en soin orthophonique. Dans ce cadre-ci, le positionnement de chacun des acteurs varie. Chaque acteur de la prise en soin évolue « côte à côte » en accord avec le développement de l'enfant et de ses parents (Berney, 2018). L'accompagnement parental s'adresse la plupart du temps aux parents d'un enfant dont le développement du langage est standard mais ralenti (Coquet, 2017). Il est également possible qu'un retour à la norme ne soit pas envisageable. De ce fait, il s'agit d'un processus douloureux et le professionnel propose aux parents des informations, des modèles et des techniques d'accompagnement au quotidien de leur enfant ainsi que de renforcements sur le plan fonctionnel du langage (Coquet, 2017).

Le « partenariat parental » consiste en une intervention qui inclut à la fois l'orthophoniste mais également les parents. L'orthophoniste oriente la prise en soin tandis que les parents en poursuivent les bénéfices à la maison (Coquet, 2017). L'entourage du patient se positionne en tant que partenaire dont la poursuite de l'entraînement intensif au domicile de l'enfant est jugée indispensable (Coquet, 2017).

La variété des programmes d'intervention auprès des parents suscite des questionnements quant aux pratiques à adopter. En effet, le cadre d'intervention pose ici question dans sa modalité pratique

(Berney, 2018). Berney (2018), logopède, mentionne notamment les modalités d'intervention, la durée du traitement, les supports mis à disposition ainsi que le lieu.

Pour cela, Bo (2010, cité par Coquet, 2017) a mentionné trois formes d'accompagnement parental qui varient selon l'alliance thérapeutique mise en place initialement :

- Information des parents : La relation entre les parents et l'orthophoniste est d'ordre hiérarchique et vertical. Il s'agit pour le professionnel d'apporter des informations aux parents et de se montrer à l'écoute (Coquet, 2017).  
L'échange d'informations se fait sur une limite de temps. On parle dans ce cadre d'alliance thérapeutique de niveau primaire (Coquet, 2017).
- Collaboration des parents : Dans ce cadre de travail, l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste est plus forte et confère aux parents un statut d'aidant. Il s'agit d'une modalité de soin indirecte à travers laquelle les parents appliquent par modelage et imprégnation les conseils et les principes à adopter selon l'orthophoniste auprès de l'enfant (Coquet, 2017).
- Intervention des parents : Le parent se positionne en tant que protagoniste principal de l'intervention orthophonique. L'alliance thérapeutique horizontale permet une co-intervention entre l'orthophoniste et les parents.

Le positionnement du parent dans la prise en soin orthophonique se précise dès les premiers échanges et plus précisément lors du bilan orthophonique.

## 4.2. Statut parental et bilan orthophonique

La première rencontre entre les parents et l'orthophoniste implique cinq objectifs : instaurer une relation de confiance, recueillir des données, l'information, la motivation et l'implication des parents en tant qu'acteurs (Thibault, 2010, cité par Coquet, 2004). « *Il apparaît normal que les parents qui formulent une demande d'aide pour leur enfant (petit ou grand) soient invités à assister au bilan dans son intégralité* » (Coquet, 2011, p. 62). La présence des parents lors du bilan offre à l'enfant un environnement sécurisant (Berney, 2018). Cela permet également aux parents inquiets ou curieux de se faire leur propre opinion de l'orthophonie, d'être rassurés, intéressés et impliqués grâce à leur présence lors du bilan (Anthéunis et al., 2008, cité par Coquet, 2017). Le lien établi entre l'orthophoniste et les parents s'apparente à une relation horizontale dans laquelle chaque acteur contribue à répondre aux questionnements de chacun. Au même titre qu'un patient adulte est expert de son parcours de soin, les parents sont experts de leur propre enfant tandis que le professionnel de santé possède les connaissances théoriques et cliniques sur le développement de l'enfant (Berney, 2018). Dès l'entretien d'anamnèse, l'orthophoniste formule des questions à destination des parents, dans le but d'élaborer son propre raisonnement hypothético-déductif. Il est cependant intéressant de se questionner sur la place de l'enfant pendant cet entretien d'anamnèse. Le cadre d'entretien anamnestique ne permet pas toujours à l'enfant de se positionner en tant que locuteur et d'exprimer ses propres difficultés (Coquet, 2017). Généralement, selon Coquet (2017), le temps d'échange entre les parents et l'orthophoniste dédié à l'enfant lui permet de s'occuper de son côté. Il est en revanche vécu parfois pour certains enfants comme un temps d'échange intrusif ou indiscret.

La présence des parents permet par ailleurs un véritable échange entre l'orthophoniste et les parents sur l'interprétation des signaux spécifiques à leur enfant (Berney, 2018). Il s'agit d'un temps d'échange au cours duquel l'orthophoniste et les parents conversent autour d'une même référence, ici

l'enfant (Coquet, 2017). L'entretien avec les parents peut se poursuivre tout au long de la passation des épreuves. En effet, des questionnements peuvent faire suite à la passation d'une épreuve et contribuer à des recherches d'information ou des questionnements de la part de l'orthophoniste mais aussi des parents (Coquet, 2017). Il s'agit d'un enrichissement mutuel. Ce temps commun entre les différents acteurs de la relation instaure ce que Coquet (2017) définit comme le « savoir partagé ». Elle le définit comme un vécu ou une expérience partagée, ici la situation de bilan. Les parents et l'orthophoniste se trouvent liés par la situation de bilan à laquelle ils ont assisté.

Il s'agit également d'un vécu en commun sur lequel les parents et l'orthophoniste pourront revenir et échanger au gré de l'évolution de la prise en soin. De ce fait, les parents se sentent d'ores et déjà impliqués et responsabilisés dans la dynamique de la prise en soin.

Même si la présence des parents au cours de l'évaluation orthophonique peut s'avérer bénéfique pour les parents inquiets, elle n'exclut pas l'intérêt d'un entretien particulier entre l'orthophoniste et les parents. (Coquet, 2017). A cet égard, l'apport du compte-rendu parental peut s'avérer intéressant dans le recueil de données anamnestiques et développementales. Il s'agit d'un questionnaire destiné aux parents qui rassemblent des informations sur les capacités de communication, linguistiques et de la vie quotidienne de l'enfant (Coquet, 2017). Selon Dale (1991), les informations recueillies suite à la passation du questionnaire sont plus représentatives que lors d'un entretien standard. De plus, dans le cadre d'un enfant peu coopérant ou inhibé, le compte-rendu parental permet à l'orthophoniste d'avoir une première ébauche des compétences de l'enfant ainsi que l'avis du parent. Le compte-rendu parental tend également à responsabiliser les parents et à les impliquer dès la passation du bilan orthophonique.

### **4.3. De la restitution des résultats vers la co-construction de l'alliance thérapeutique**

La démarche d'inclusion des parents lors de la passation de bilan tend à les responsabiliser et à les inclure dans la prise en soin qui les concerne autant que leur enfant (Coquet, 2017).

Il s'agit d'une véritable inclusion qui peut servir de base à la co-décision du plan de soin entre l'orthophoniste et les parents.

L'annonce des conclusions s'avère être un moment charnière de la prise en soin. Le professionnel de santé doit ainsi modérer son annonce au regard du niveau, des attentes et des représentations des parents. L'annonce du diagnostic peut parfois s'avérer empreint d'émotion. En cela, Berney (2018), orthophoniste, considère cet échange comme une base contribuant en grande partie à la construction de l'alliance thérapeutique. Il est important d'adopter un langage et une terminologie commune avec les parents lors de cet échange. Si l'utilisation d'une terminologie orthophonique peut rassurer le professionnel, il convient pour ce dernier d'adopter une formulation adaptée et compréhensible pour que les parents puissent s'approprier les informations ainsi que les conseils. (Berney, 2018). L'annonce du diagnostic peut être facilitée puisque les résultats du bilan relèvent du « savoir partagé » autour de la situation de bilan (Coquet, 2017). En effet, les parents sont ainsi inclus dès le bilan et se trouvent ainsi partenaires de la prise en soin (Coquet, 2017). Il est en revanche possible d'être confronté à des parents en situation de déni, dont le processus de deuil est en cours d'évolution. En cela, l'inclusion des parents lors du bilan peut conforter leurs angoisses et incertitudes.

Selon Antheunis et al. (2008, cité par Coquet, 2017), l'inclusion des parents lors du bilan, notamment lors de l'annonce du diagnostic orthophonique, permet d'obtenir leur accord quant à leur implication dans la prise en soin. Si le partenariat est possible, l'orthophoniste pourra inclure les parents dans un objectif thérapeutique.

## **Buts et hypothèses**

L'alliance thérapeutique est un processus de nature dynamique, variable et spécifique à chaque situation clinique. Elle s'avère être un élément qui, corrélée aux techniques et moyens employés, influe sur les résultats d'une prise en soin. Si l'alliance thérapeutique peut s'avérer idyllique, il est évident qu'elle repose sur la relation spécifique et unique entre l'orthophoniste, son patient et son entourage. Il n'est ainsi pas toujours aisé de développer cette relation de prise en soin, notamment lorsque l'alliance thérapeutique est mise à mal.

A ce jour, les données de la littérature font peu mention de l'alliance thérapeutique en tant que telle en orthophonie. Il est ainsi légitime de se questionner sur les modalités de mise en place de l'alliance thérapeutique dans les prises en soin orthophoniques. L'alliance thérapeutique s'apparente aussi bien à la relation duelle entre l'orthophoniste et le patient qu'à la relation d'ordre trilogique, incluant les parents, les aidants et l'entourage proche du patient. En cela, comment les pratiques professionnelles actuelles des orthophonistes permettent-elles de faire naître, évoluer et maintenir cette alliance entre les différents acteurs ? Comment l'inclusion et dans certains cas, l'accompagnement des proches comme axe de prise en soin contribue au maintien de cette alliance ?

Nous choisissons de construire notre réflexion sur la base d'hypothèses qui seront validées ou contestées au regard des données issues de cette étude :

Hypothèse H1 : Les orthophonistes accordent beaucoup d'importance à la relation thérapeutique qu'ils construisent avec le patient.

Hypothèse H2 : Les orthophonistes accordent beaucoup d'importance à la relation thérapeutique qu'ils construisent avec les accompagnants du patient.

Hypothèse H3 : Construire une alliance thérapeutique nécessite expérience et apprentissage.

Hypothèse H4 : Il existe des freins à l'alliance thérapeutique.

Hypothèse H5 : Les étudiants en orthophonie tendent à être davantage sensibilisés à l'alliance thérapeutique dans la formation universitaire actuelle.

## **Méthodologie**

Nous avons opté pour une méthodologie s'appuyant sur le recueil de données qualitatives et quantitatives. La méthode de l'entretien semi-directif a ainsi été retenue afin de recueillir des données d'ordre qualitatives. Ces données qualitatives sont un préambule à la démarche de création du questionnaire. Cet outil nous a ainsi permis de calibrer les futures questions du questionnaire. Dans le cadre de la collecte d'informations quantitatives, il nous a semblé nécessaire de créer un questionnaire à destination des orthophonistes. Sa création s'appuie sur l'analyse des données recueillies à la suite de la passation des entretiens ainsi que sur les données théoriques issues de la littérature.

# **1. L'entretien semi-directif**

## **1.1. Choix de l'entretien semi-directif**

L'entretien semi-directif offre une opportunité d'échanger en direct avec des orthophonistes. Elaboré grâce à un guide d'entretien, l'entretien semi-directif offre une certaine souplesse dans l'échange.

Les interventions de l'interrogateur ont pour unique but d'approfondir et enrichir la réponse de l'interrogé (Duchesne, 2000). C'est finalement la question posée qui permet à la personne interrogée d'élaborer son propre champ de réflexion (Duchesne, 2000). L'objectif de cet entretien est également de se détacher le plus possible du guide d'entretien écrit afin de se situer dans un échange spontané en référence au modèle de communication de Jakobson (1961).

## **1.2. Taille de l'échantillon**

L'objectif de l'entretien semi-directif est d'interroger une population qui soit la plus représentative possible au regard de la problématique étudiée. Dans la théorie, à la différence d'un sondage, l'échantillon visé par la mise en place d'entretiens semi-directifs s'élève à une quarantaine (Duchesne, 2000). Dans le cadre de ce mémoire, les passations d'entretiens sont un préalable à la création du questionnaire. Il s'agit de recueillir des informations qualitatives afin d'en dégager des problématiques et éléments complémentaires permettant de concevoir la trame du questionnaire. Ainsi, nous nous sommes accordés sur une passation de cinq entretiens.

## **1.3. Méthodologie de passation des entretiens et analyse**

La population interrogée est composée exclusivement d'orthophonistes diplômés. Nous avons ciblé notre population à partir des lieux de stages, des lieux de formations et grâce aux contacts personnels. L'objectif étant d'obtenir un groupe d'orthophonistes interrogés dont les pratiques diffèrent. Les orthophonistes ont été contactés par mail grâce à un texte d'amorce leur permettant d'accepter ou non (cf. Annexe 1). En raison du contexte sanitaire, tous les entretiens ont été réalisés à distance via Zoom. Une clause de confidentialité a été proposée aux participants au préalable. Les échanges ont été enregistrés et stockés au sein d'un dossier informatisé. Les tapuscrits ont été codés (cf. Annexe 4). Suite à l'analyse des entretiens, les données ont été intégralement détruites.

Baribeau et Royer (2012) évoquent dans leur méta-analyse l'utilisation de l'enregistrement, de la retranscription puis du codage des données de l'entretien. Les cinq entretiens semi-directifs ont ainsi été retranscrits de façon chronologique. Par la suite, les éléments fournis par les participants ont été regroupés sous chaque question concernée. Ces regroupements par thème ont permis par la suite d'élaborer plusieurs grilles synthétiques des informations recueillies auprès des orthophonistes autour des thématiques abordées. Ces tableaux de synthèse figurent dans les annexes (cf. Annexes 5,6,7).

# **2. Le questionnaire**

L'élaboration d'un questionnaire permet de concilier l'apport des données de la littérature ainsi que les informations relatives recueillies lors des entretiens. L'enquête par questionnaire permet de prolonger l'analyse de la problématique auprès d'un échantillon plus important. Il s'agit également d'obtenir des données pouvant être analysées de façon statistique (Combessie, 2007).

## **2.1. Population ciblée et méthodologie d'approche**

La population ciblée est exclusivement composée d'orthophonistes diplômés. Le certificat de capacité d'orthophoniste constitue l'unique critère de sélection des participants. Une partie des orthophonistes répondants ont été contactés par téléphone, via l'annuaire ainsi que grâce au carnet d'adresses. Le questionnaire a également été diffusé sur les réseaux sociaux afin d'obtenir un maximum de réponses. Ainsi, une autre part des répondants a été sollicitée via les réseaux sociaux.

## **2.2. Elaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré à la lumière des données de la littérature et en association avec les éléments recueillis lors de l'analyse thématique des entretiens semi-directifs.

Afin de préserver la protection des données, il a été conçu via la plateforme LimeSurvey et validé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Dans un souci de passation rapide, de validité et de cohérence interne nous avons tenu à une homogénéité formelle des réponses. Dans l'objectif de nuancer les réponses des orthophonistes répondants, nous avons présenté les réponses sous forme d'une échelle de Likert. Ce format de réponses a été choisi dans le but d'éviter un possible effet de désirabilité chez les répondants.

Les questions ont été élaborées afin de répondre à nos hypothèses et s'appuient sur les différentes thématiques mises en évidence lors des entretiens (cf. Annexe 8).

# **Résultats**

## **1. Résultats issus des entretiens semi-directifs**

### **1.1. Les orthophonistes et l'alliance thérapeutique**

Les représentations de l'alliance thérapeutique révélées par les entretiens sont diverses. Différentes définitions sont données par les orthophonistes (cf. Annexe 5). Pour l'orthophoniste A, la nature de l'alliance thérapeutique diffère selon l'âge du patient. L'orthophoniste A considère que l'alliance thérapeutique est davantage concrète dans le cadre de prises en soin de patients adultes. L'alliance thérapeutique se co-construit ainsi inconsciemment auprès d'un enfant. Le participant A définit également l'alliance thérapeutique sous l'angle du bien-être apporté par le thérapeute au patient. Pour certains orthophonistes, la relation thérapeutique correspond à une relation de travail basée sur l'entente. Ainsi, l'orthophoniste B évoque une relation de soin associée à une relation d'entente. L'orthophoniste D définit l'alliance thérapeutique comme un partenariat fondé sur l'entente et le dialogue dans l'intérêt du patient. En revanche, pour l'orthophoniste C, l'alliance thérapeutique correspond davantage à une relation de travail, qui lui a demandé une certaine réflexion ainsi que l'expérience clinique.

Les différents orthophonistes interrogés s'accordent sur le fait que l'alliance thérapeutique est le résultat d'une mutualisation des compétences de l'orthophoniste, du patient et de ses proches. L'orthophoniste B mentionne ainsi l'alliance thérapeutique du point de vue de l'union des forces du patient et de sa famille dans l'avancement du suivi. L'orthophoniste C évoque la notion de partenariat avec l'enfant ou l'adulte ainsi que ses accompagnants. Le participant C fait mention de la mise en place d'une relation de confiance.

## **1.2. L'alliance thérapeutique dans la pratique des orthophonistes**

### **1.2.1. Les outils et les moyens**

Chaque orthophoniste interrogé associe sa pratique à l'alliance thérapeutique. En ce qui concerne les outils et les moyens de construction de l'alliance thérapeutique, certains éléments sont relevés par au moins deux orthophonistes (cf. Annexe 6). L'orthophoniste D met ainsi en place l'alliance thérapeutique avec le patient en association avec les parents. Le participant B évoque l'importance des échanges et du dialogue avec le patient et sa famille. En cela, l'orthophoniste B inclut les accompagnants familiaux dans les séances. Pour l'orthophoniste C, il est nécessaire de valoriser les compétences de chaque acteur de l'alliance thérapeutique. Ainsi, il s'agit de mettre en évidence les compétences du patient et de ses accompagnants. Le participant C met en lumière la notion d'accompagnement parental. L'alliance thérapeutique ne s'appuie pas sur une méthode spécifique pour l'orthophoniste A. Pour ce participant, l'écoute active du patient constitue un moyen de mise en place de l'alliance thérapeutique. La construction du partenariat thérapeutique est également modulée au regard du patient et de sa pathologie. L'orthophoniste C clarifie et présente de façon claire le plan de soin et les axes thérapeutiques face aux patients réticents et sceptiques. L'orthophoniste B planifie des temps d'échanges destinés à jauger la motivation du patient ainsi que son adhésion au suivi.

### **1.2.2. Temporalité de l'alliance thérapeutique en pratique**

Pour certains orthophonistes, l'alliance thérapeutique est présente depuis le début de leur pratique. L'orthophoniste A considère que l'alliance thérapeutique a été innée mais évoque également l'apport des échanges entre collègues dans sa représentation du partenariat thérapeutique. Pour l'orthophoniste B, l'alliance thérapeutique dans les prises en soin a été progressive mais bien présente depuis le début de sa pratique. Le participant B souligne l'apport de certaines formations qui l'ont conforté dans l'inclusion des accompagnants familiaux dans la prise en soin. Selon l'orthophoniste D, l'alliance thérapeutique a été modulée par l'expérience clinique.

### **1.2.3. Les apports de l'alliance thérapeutique**

Pour l'orthophoniste D, l'alliance thérapeutique contribue à la création d'une relation de confiance. Selon l'orthophoniste A, il s'agit également d'une relation bidirectionnelle qui contribue au bien-être du patient ainsi que de l'orthophoniste. L'orthophoniste A décrit le partenariat thérapeutique comme une alliance thérapeutique de l'orthophoniste et de sa patientèle. La place de la famille contribue à l'avancement du suivi. En cela, l'orthophoniste B considère que l'intégration de la famille dans la prise en soin participe à l'évolution du suivi. Les participants s'accordent sur le fait que l'alliance thérapeutique permet à l'orthophoniste et au patient d'éprouver du plaisir dans la prise en soin.

### **1.2.4. Sensibilisation des orthophonistes à l'alliance thérapeutique dans la formation initiale**

Pour l'orthophoniste E, diplômée en 2020, l'alliance thérapeutique a été présentée de manière continue en formation initiale. Les différentes unités d'enseignement faisaient mention de l'alliance thérapeutique de façon transversale.

Selon l'orthophoniste C, l'alliance thérapeutique a été présentée tardivement. Les orthophonistes A, B et D n'ont pas été sensibilisés à l'alliance thérapeutique dans la formation continue mais davantage dans les stages.

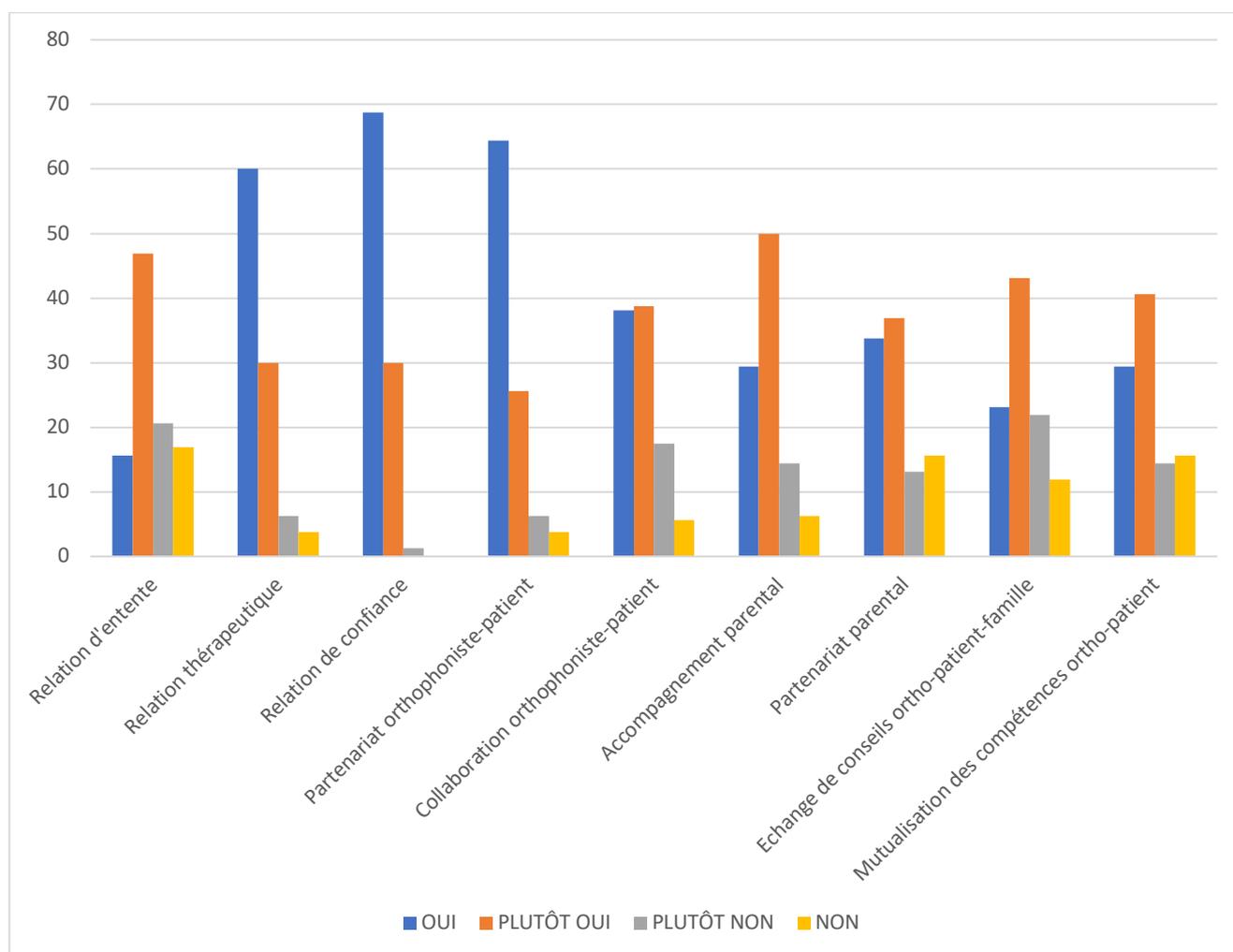
## 2. Résultats issus du questionnaire

196 orthophonistes ont participé à notre enquête.

### 2.1. Représentation de l'alliance thérapeutique par les orthophonistes

**Figure 1**

*Graphique représentant les réponses en pourcentages à la question « Pour définir l'alliance thérapeutique, vous utiliseriez les termes... ».*



### 2.2. Temporalité de l'alliance thérapeutique en pratique

90,39 % des répondants associent l'alliance thérapeutique à leur pratique orthophonique. Pour 89,19 % des orthophonistes répondants, il est évident de mettre en place l'alliance thérapeutique dans une prise en soin.

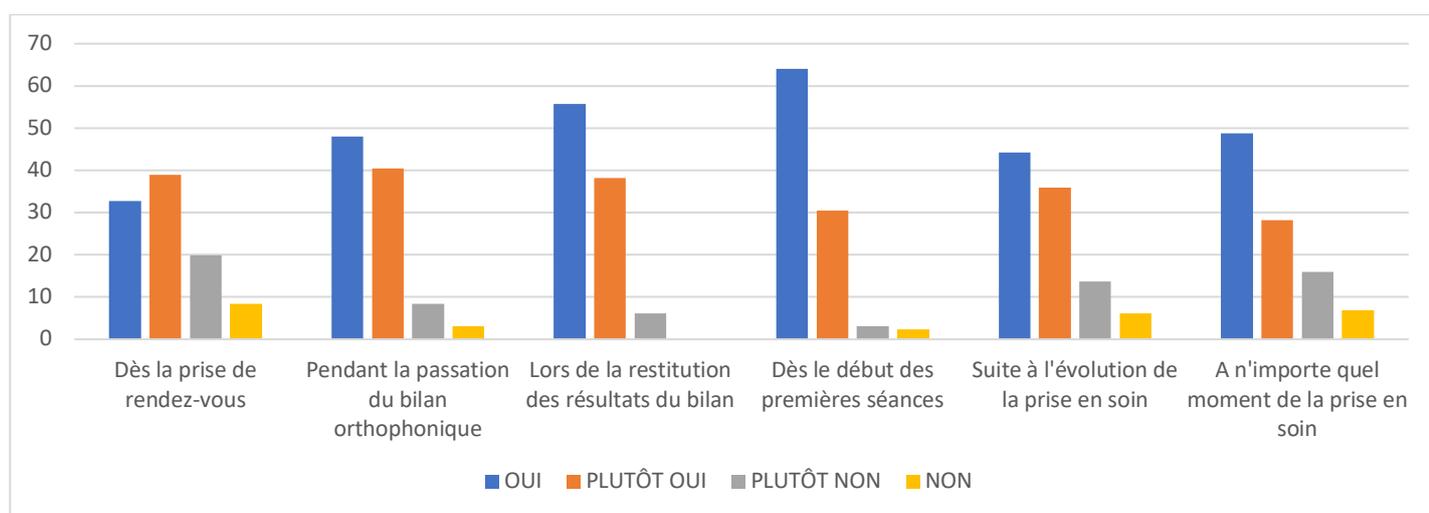
Pour 21,33% (oui) et 41,33% (plutôt oui) des orthophonistes répondants, l'alliance thérapeutique est présente depuis le début de l'exercice professionnel.

Enfin, pour 21,33 % des répondants ayant coché « oui » et 34 % ayant coché « plutôt oui », l'alliance thérapeutique a nécessité un apprentissage.

Comme l'illustre la figure 2, l'alliance thérapeutique se construit à différentes étapes de la prise en soin.

**Figure 2**

*Graphique représentant les réponses en pourcentages à la question « Dans ma pratique, l'alliance thérapeutique se construit... ».*

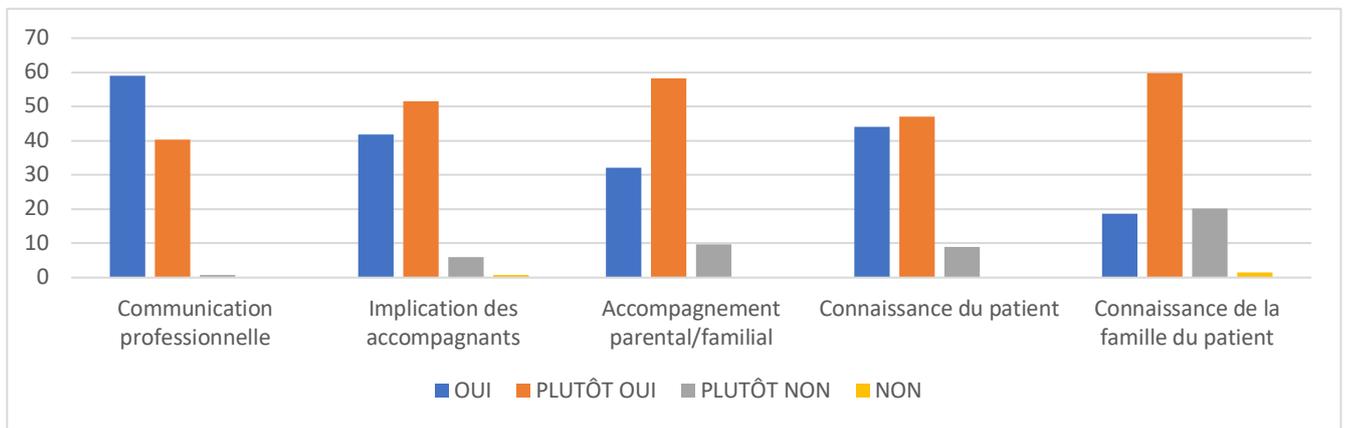


### 2.3. Mise en évidence des pratiques orthophoniques de l'alliance thérapeutique

#### 2.3.1. Outils et moyens

**Figure 3**

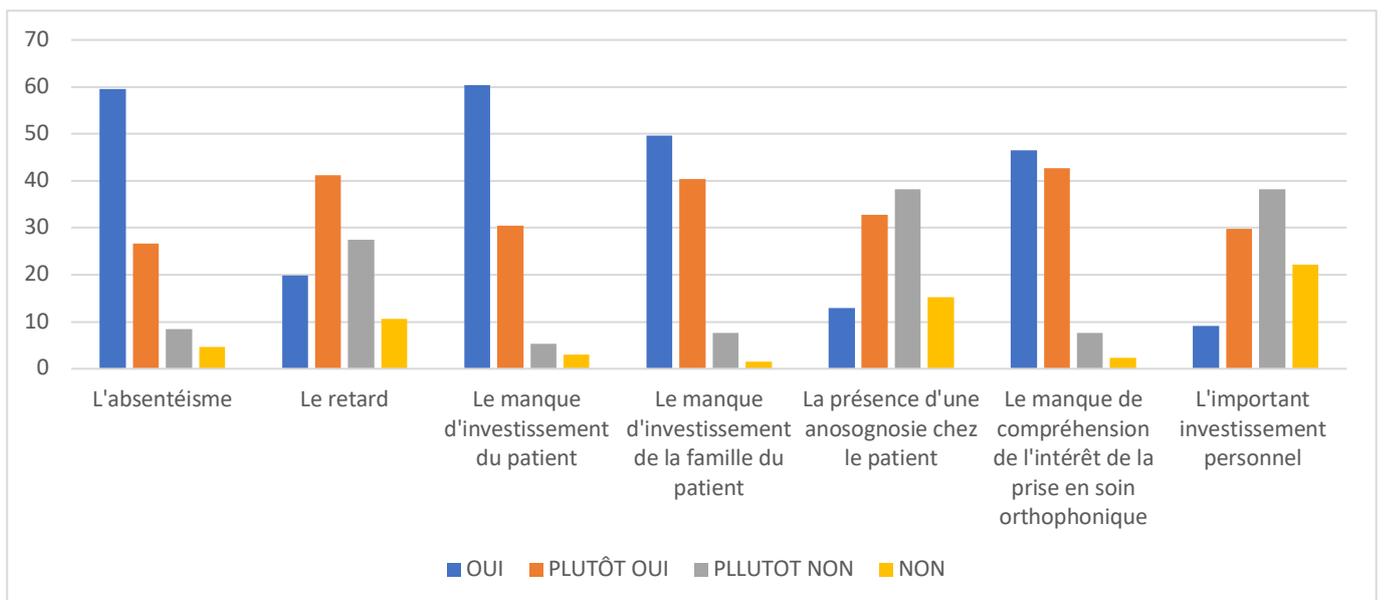
*Graphique représentant les réponses en pourcentages à la question « Dans ma pratique, l'alliance thérapeutique c'est avant tout... ».*



### 2.3.2. Situation de rupture et modalités de réparation de l'alliance en pratique

Figure 4

Graphique représentant les réponses en pourcentages à la question « Dans ma pratique, les contraintes pouvant entraver l'alliance thérapeutique sont... ».



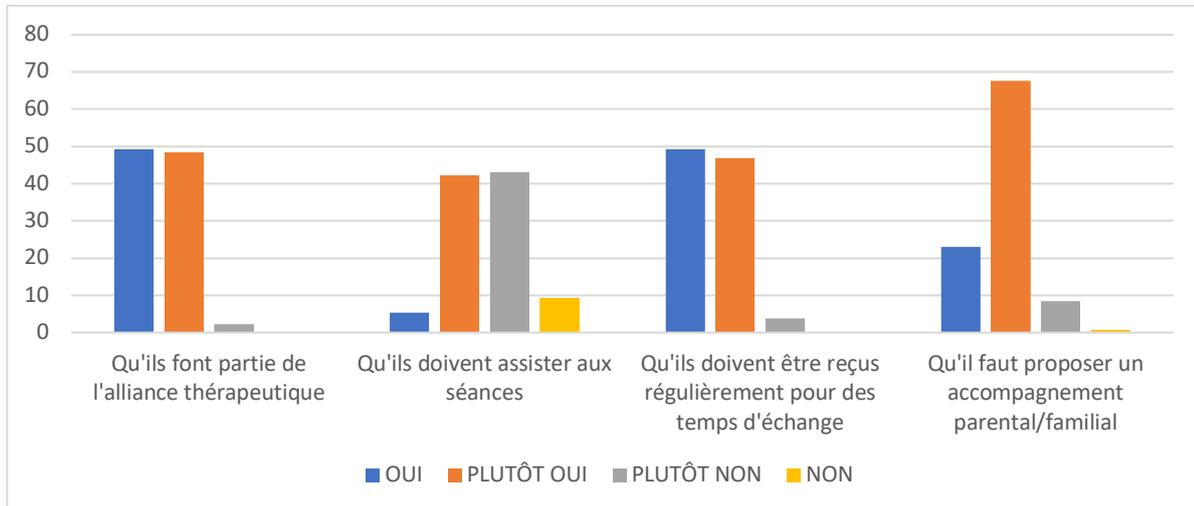
En ce qui concerne les modalités de réparation des ruptures de l'alliance thérapeutique, 58,78 % des répondants proposent d'arrêter la prise en soin. 87,79 % d'entre eux planifient des temps d'échanges et d'explications autour des situations problématiques.

83,21 % acceptent les situations complexes. Enfin, 75,58 % des orthophonistes répondants orientent le patient vers un autre professionnel.

### 2.3.3. Les accompagnants du patient

Figure 5

Graphique représentant les réponses en pourcentages à la question « Dans ma pratique, concernant les accompagnants du patient, je pense... ».



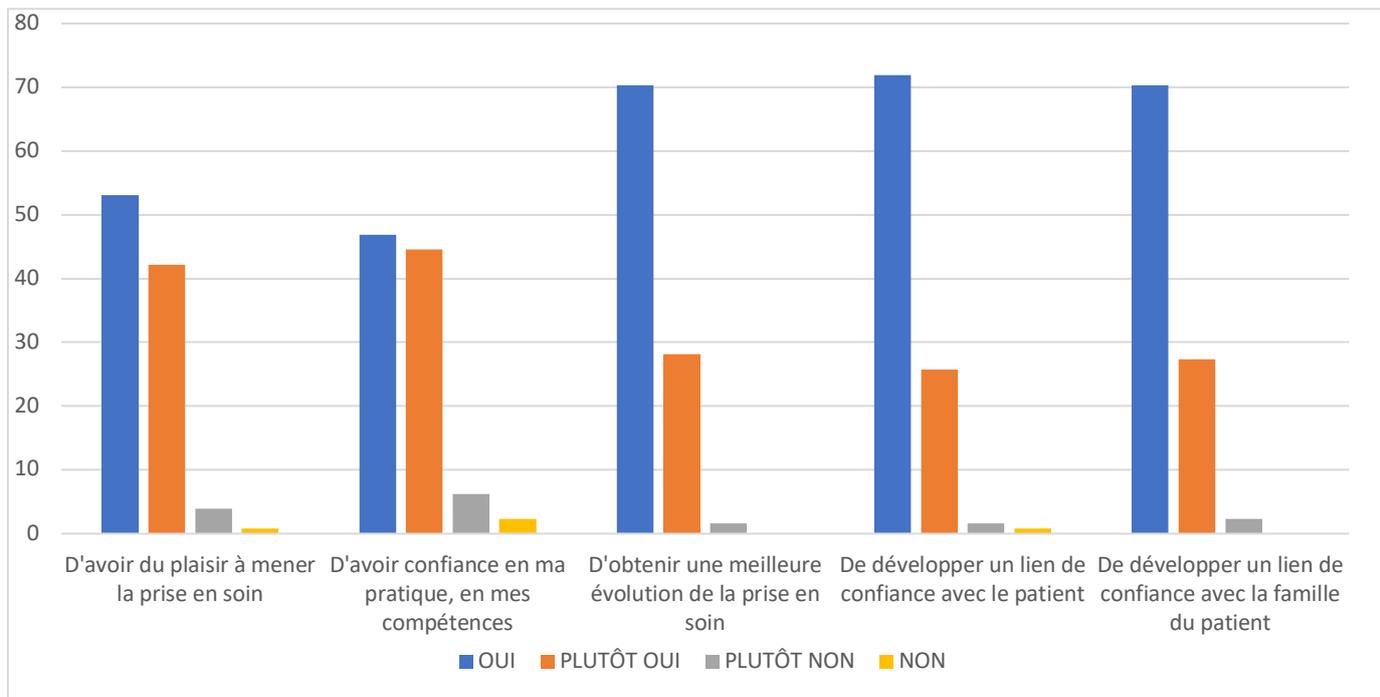
### 2.3.4. Les apports de l'alliance thérapeutique

Comme l'atteste la figure 6, pour 95,31 % des participants au questionnaire, l'alliance thérapeutique permet aux orthophonistes d'avoir du plaisir à mener la prise en soin. Pour 91,41 % d'entre eux, elle permet également à l'orthophoniste d'avoir confiance en sa pratique et ses compétences. 98,43 % des orthophonistes considèrent également que l'alliance thérapeutique permet de contribuer à une meilleure évolution de la prise en soin. Elle permet de développer un lien de confiance avec le patient pour 97,66 % des répondants.

Enfin, 97,65 % des orthophonistes considèrent que l'alliance thérapeutique permet de développer un lien de confiance avec la famille du patient.

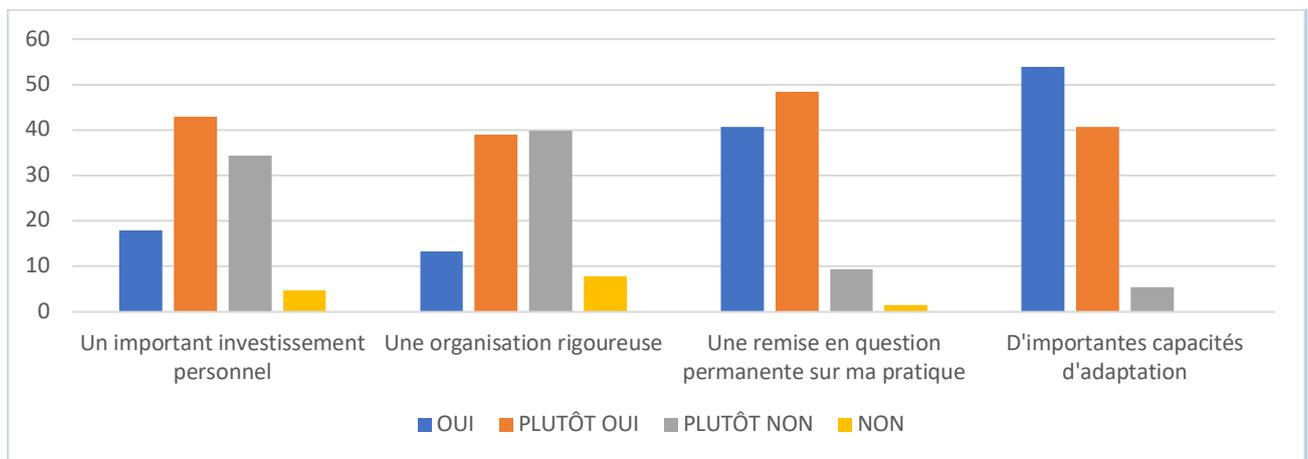
Figure 6

Graphique représentant les réponses en pourcentages à la question « Dans ma pratique, l'alliance thérapeutique me permet... ».



**Figure 7**

Graphique représentant les réponses en pourcentages à la question « Dans ma pratique, l'alliance thérapeutique me demande... ».

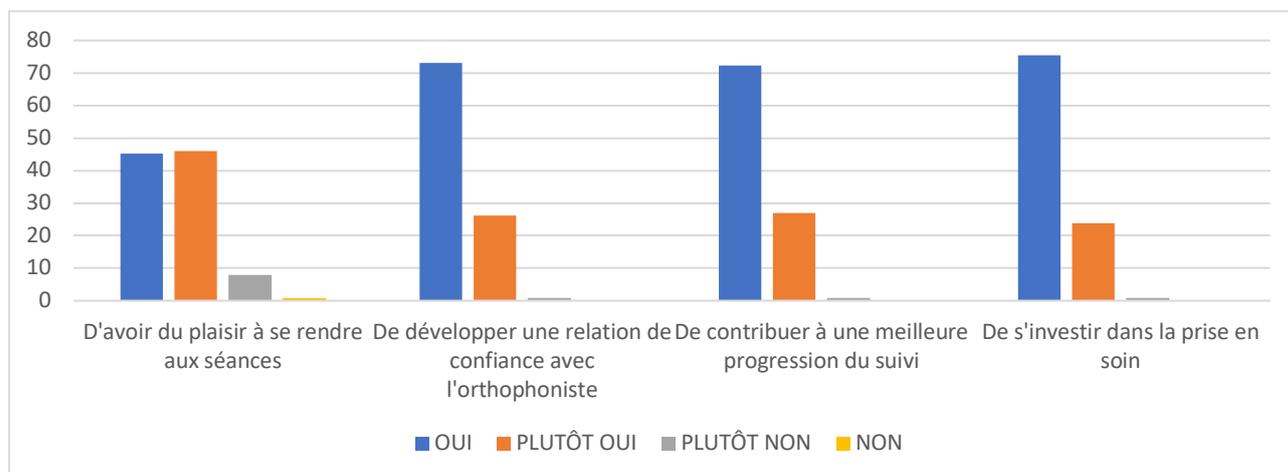


Comme le prouve la figure 8, 91,27 % des orthophonistes estiment que l'alliance thérapeutique permet au patient d'avoir du plaisir à se rendre aux séances. 99,21 % considèrent qu'elle permet de développer une relation de confiance avec l'orthophoniste.

L'alliance thérapeutique contribue à une meilleure progression du suivi pour 99,2 % des répondants. Enfin, elle permet au patient de s'investir dans la prise en soin pour 99,21 % des orthophonistes.

**Figure 8**

*Graphique représentant les réponses en pourcentages à la question « Dans ma pratique, l’alliance thérapeutique permet au patient... ».*



## **2.4. Sensibilisation à l’alliance thérapeutique en formation**

Pendant leur formation, 18,12 % des orthophonistes répondants (oui) et 29,53 % (plutôt oui) ont été sensibilisés à l’alliance thérapeutique contre 29,53 % (plutôt non) et 22,82 % (non). Parmi les orthophonistes sensibilisés, les stages cliniques ont été un moyen de sensibilisation pour 26,52 % (oui) et 29,55 % (plutôt oui), contre 21,21 % (plutôt non et non). Les enseignements ont été un moyen de sensibilisation pour 18,18 % (oui) et 28,79 % (plutôt oui) contre 28,79 % (plutôt non) et 22,73 % (non).

## **Discussion**

La finalité de notre étude est de proposer un état des lieux des pratiques professionnelles des orthophonistes à la lumière des données de la littérature. Grâce aux résultats qualitatifs liés aux entretiens semi-directifs et aux résultats quantitatifs, nous avons pu mettre en évidence les pratiques actuelles de l’alliance thérapeutique en orthophonie.

### **1. Discussion des résultats de l’étude**

#### **1.1. Le partenariat thérapeutique pour les orthophonistes**

Les résultats relatifs à la définition de l’alliance thérapeutique nous ont permis de valider nos hypothèses H1 et H2 selon lesquelles les orthophonistes accordent une place importante à la relation qui les unit au patient ainsi qu’à ses accompagnants. Les données statistiques laissent supposer que les orthophonistes associent l’alliance thérapeutique à une relation de qualité basée sur l’entente ainsi que sur la confiance. Si la notion de « pacte » ne fait pas l’unanimité, les données suggèrent que la majorité des orthophonistes associent l’alliance thérapeutique à un partenariat, une

collaboration, basée sur la mutualisation des compétences de l'orthophoniste et du patient. En revanche, les résultats laissent supposer que les orthophonistes dissocient l'alliance thérapeutique d'une relation affective.

Concernant l'hypothèse H2, les résultats suggèrent que les orthophonistes incluent, en majorité, la famille du patient au sein du partenariat thérapeutique. Pour la majorité des orthophonistes, l'alliance thérapeutique relève aussi bien de la relation thérapeutique orthophoniste-patient que de l'accompagnement parental et le partenariat parental.

## **1.2. L'alliance thérapeutique et son émergence dans la pratique orthophonique**

Au regard des données statistiques, la grande majorité des orthophonistes associent leur pratique à l'alliance thérapeutique. Les résultats du questionnaire suggèrent également que pour la majorité des orthophonistes, il est évident de la mettre en place dans une prise en soin.

Les données du questionnaire s'accordent en majorité sur le fait que l'alliance thérapeutique a été présente dès le début de l'exercice.

Les résultats laissent supposer que sa construction est modulée par l'expérience ainsi que par les apprentissages et les échanges professionnels. Cela appuie notre hypothèse H3 selon laquelle l'alliance thérapeutique nécessite l'expérience clinique associée à un apprentissage, sans pour autant la valider totalement. Ces observations sont également appuyées par les données qualitatives issues des entretiens semi-directifs (Annexe 5).

Concernant l'émergence de l'alliance thérapeutique au regard des étapes de la prise en soin, les résultats suggèrent que celle-ci se co-construit dès le premier échange. A la lumière des données statistiques, la passation du bilan orthophonique et le temps de restitution de bilan apparaissent comme des étapes fondamentales dans la construction de l'alliance thérapeutique. Ces observations corroborent les données de la littérature selon lesquelles le partenariat thérapeutique se construit à tout moment de la prise en soin. D'après les résultats, les premières séances constituent également un point d'appui à l'émergence de l'alliance thérapeutique.

## **1.3. L'alliance thérapeutique et ses modalités de pratique**

Les résultats laissent supposer que les orthophonistes associent, dans leur pratique, l'alliance thérapeutique à la qualité de la communication professionnelle. Ces résultats corroborent les données issues de la revue de la littérature selon lesquelles elle est en partie fondée sur la communication professionnelle de l'orthophoniste. En pratique, au regard des données statistiques, il semble que l'alliance thérapeutique soit également associée à la connaissance du patient et de sa famille, de même que l'accompagnement parental et familial. Ces observations sont appuyées par les données de la littérature en faveur d'un partenariat thérapeutique de nature trilogique en orthophonie.

Concernant les motifs de rupture de l'alliance, les résultats du questionnaire tendent à supposer que l'absentéisme représente un facteur susceptible de la compromettre. L'on retrouve également le manque d'investissement du patient et de sa famille, ce qui corrobore les résultats en faveur de l'inclusion des accompagnants dans l'alliance thérapeutique. Les résultats suggèrent ainsi que les orthophonistes accordent de l'importance à l'implication des accompagnants dans leurs prises en soin. Les résultats laissent également supposer que la compréhension du suivi orthophonique de la

part du patient est primordiale. Cela corrobore les données de la littérature en faveur de la décision partagée et de son implication dans le suivi et dans la co-construction de l'alliance thérapeutique.

En ce qui concerne les bris et les ruptures de l'alliance thérapeutique, les résultats sont nuancés au regard des pratiques spécifiques à chaque orthophoniste. Les modalités de réparation des bris du partenariat thérapeutique ne font pas l'unanimité au regard des données statistiques. Les résultats laissent supposer qu'une partie des orthophonistes sont en faveur d'une acceptation des situations complexes. D'autres professionnels semblent également mettre un terme à la prise en soin ou proposer des temps d'échanges. Les moyens de réparation de l'alliance thérapeutique sont ainsi spécifiques à chaque professionnel ainsi qu'à la situation clinique dans son unicité. Néanmoins, les résultats suggèrent ainsi qu'une majorité des orthophonistes proposent des temps d'échanges dédiés à la réparation des ruptures du partenariat de soin.

Concernant la place des accompagnants du patient dans l'alliance thérapeutique les résultats suggèrent que la majorité des orthophonistes en pratique incluent les accompagnants. Pour autant, les accompagnants ne sont pas systématiquement inclus dans les séances. Cependant, les résultats s'accordent autour de temps d'échanges dédiés aux accompagnants.

L'accompagnement parental est également un moyen d'inclusion des accompagnants dans l'alliance thérapeutique au regard des résultats statistiques.

Concernant l'apport de l'alliance thérapeutique pour les orthophonistes les résultats s'accordent en grande majorité autour du fait que celle-ci contribue au développement de la confiance des orthophonistes en leur propre pratique, au bon déroulement du suivi, au plaisir de proposer et poursuivre les prises en soin et contribue à développer un lien aussi bien avec le patient qu'avec sa famille. Les résultats coïncident également avec le fait que cela représente en revanche un investissement personnel important, une remise en question permanente et des capacités d'adaptation. Pour autant les résultats laissent supposer que cette implication personnelle ne compromet pas l'alliance thérapeutique. Pour le patient, cela lui permet de prendre du plaisir à se rendre en séance, développer sa motivation et contribuer au bon déroulement du suivi.

#### **1.4. L'alliance thérapeutique en formation et sensibilisation**

Afin de valider ou infirmer notre hypothèse H5 « Les étudiants en orthophonie tendent à être davantage sensibilisés à l'alliance thérapeutique dans la formation universitaire actuelle » nous avons corrélé les réponses données à la question « J'ai été sensibilisé à l'alliance thérapeutique dans ma formation » et la date d'obtention du diplôme. Dans la plupart des réponses, il existe une corrélation entre la date d'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste et la sensibilisation à l'alliance thérapeutique. En effet, il semble que les orthophonistes formés entre 1970 et 1985 aient été très peu sensibilisés à l'alliance thérapeutique dans leur formation. Les résultats tendent à être davantage nuancés à partir des années 1995-2000 avec davantage de réponses en faveur d'une sensibilisation à l'alliance thérapeutique dans la formation initiale. En revanche, la totalité des orthophonistes diplômés de l'année 2020 ont coché « oui » ou « plutôt oui » à l'unanimité. Ces observations sont corrélées aux propos des orthophonistes interrogés en entretiens. Les orthophonistes nouvellement formés tendent à être sensibilisés à l'alliance thérapeutique dans les centres de formation ainsi que dans les stages. Ceci a donc évolué et l'alliance thérapeutique tend à être véhiculée même s'il ne s'agit pas d'une procédure spécifique et applicable.

## **2. Perspectives de l'étude**

### **2.1. Limites de l'étude**

Les limites de notre étude résident d'une part dans le biais lié à la sélection des participants. En effet, nous supposons que la participation des répondants relève en partie de leur intérêt pour le thème de l'alliance thérapeutique. En cela, il aurait été judicieux d'extraire les réponses des participants contactés via l'annuaire et les répondants sollicités via les réseaux sociaux, notamment dans le recueil des données statistiques.

Dans l'idéal, le questionnaire aurait pu être proposé sans amorce et mention du sujet afin d'obtenir des résultats quantitatifs davantage représentatifs. En revanche, tous les participants à l'étude n'associent pas l'alliance thérapeutique à leur pratique, ce qui suggère que tous les participants de l'étude n'éprouvaient pas un vif intérêt pour l'alliance thérapeutique. Les limites de l'étude s'apparentent aussi à la subjectivité et la spécificité de chaque orthophoniste et sa pratique. Nous notons également un possible biais de désirabilité au regard des items proposés dans le questionnaire. Ainsi, le professionnel répondant aurait pu être amené à répondre à davantage d'items.

### **2.2. Apports de l'étude et questionnements**

Si notre étude expérimentale n'a pas pour vocation de présenter des recommandations de bonnes pratiques professionnelles applicables à toute prise en soin, elle nous a néanmoins permis de mettre en lumière la diversité de la pratique actuelle de l'alliance thérapeutique en orthophonie. Les modalités de pratique du partenariat thérapeutique restent spécifiques à chaque orthophoniste mais surtout à chaque relation unique qui lie l'orthophoniste au patient et à sa famille.

L'alliance thérapeutique semble aujourd'hui présente dans la majorité des pratiques orthophoniques. L'implication du patient dans la prise en soin et son adhésion au projet thérapeutique sont au cœur du suivi. Les accompagnants des patients tendent à être davantage inclus dans l'alliance thérapeutique et la prise en soin orthophonique.

L'importance du partenariat thérapeutique est également davantage présentée lors de la formation clinique initiale. La pratique orthophonique, en constante évolution contribue également à l'évolution de la pratique de l'alliance thérapeutique. En cela, de nombreuses formations dédiées aux orthophonistes sont apparues ces dernières années.

Notre étude nous a permis de mettre en évidence les pratiques les plus usitées par les orthophonistes et d'en recueillir quelques constantes, notamment dans le maintien de l'alliance thérapeutique sur le long terme. Ainsi, il s'agit d'un processus qui se co-construit à tout moment de la prise en soin et qui est en constante évolution au regard de la spécificité de chaque relation thérapeutique. Le partenariat thérapeutique est soumis à des situations de ruptures et de bris que les orthophonistes relient à l'investissement du patient, et à l'implication de la famille. En cela, la planification de temps d'échange basés sur les capacités de communication professionnelle contribue à identifier les situations de ruptures et à les réparer. Les orthophonistes relient l'alliance thérapeutique à un facteur contribuant aussi bien à la valorisation de l'orthophoniste comme du patient ainsi qu'à l'évolution du suivi.

## Conclusion

« *L'orthophonie relève d'un art et d'une science* » (Estienne, 2004), tant dans ses modalités de pratique que dans la construction d'un lien thérapeutique avec un patient dans son individualité. La prise en soin d'un patient nécessite de le considérer au regard de sa propre identité, son vécu et ses valeurs et non seulement sa pathologie.

L'alliance thérapeutique, aussi unique qu'elle puisse être dans chaque prise en soin et au regard de l'unicité de chaque patient et chaque orthophoniste, s'appuie sur des fondements tels que la qualité de la communication professionnelle, l'inclusion des accompagnants et l'ajustement du plan de soin en accord avec les objectifs et besoins du patient.

Les résultats obtenus nous ont permis de démontrer que l'alliance thérapeutique tend à être présentée dans la formation continue actuelle. Les orthophonistes néo-diplômés sont davantage sensibilisés à la nécessité de créer une alliance thérapeutique solide et pérenne avec le patient. Nous pouvons également conclure que les orthophonistes associent en grande partie leur pratique à l'alliance thérapeutique. Ainsi, en clinique, la qualité de la relation occupe une place importante dans la prise en soin. L'alliance thérapeutique se construit à tout moment du suivi bien que la passation du bilan et le temps de restitution des résultats tendent à renforcer sa co-construction. En orthophonie, les professionnels tendent à analyser les situations à risque de rupture de l'alliance thérapeutique et proposent en cela des temps d'échange destinés à consolider la relation. Enfin nous pouvons conclure que pour les orthophonistes, l'alliance thérapeutique est bénéfique tant pour le patient que pour l'orthophoniste, le déroulé et l'aboutissement de la prise en soin.

Nous espérons, grâce à cette étude, avoir suscité chez nos lecteurs des interrogations et des pistes de réflexion quant à leur pratique de l'alliance thérapeutique

La complexité de notre étude résidait dans l'étude des données de la littérature. En effet, relativement peu d'études orthophoniques font mention de l'alliance thérapeutique. Il s'agit d'un sujet, complexe à cerner et dont la problématique, également vaste, n'a pas été étudiée sous ces termes dans des mémoires en orthophonie. Ainsi, l'apport des résultats qualitatifs et quantitatifs nous ont permis de concilier les données actuelles relatives à la pratique des orthophonistes et les données de la littérature issues du champ de la médecine et de la psychanalyse.

## Bibliographie

Anthéunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2007). L'accompagnement parental au cœur des objectifs de prévention de l'orthophoniste. *Contraste*, (1), pp. 303-320.

Amieva, H., Rullier, L., Bouisson, J., Dartigues, J.-F., Dubois, O., & Salamon, R. (2012). Attentes et besoins des aidants de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 60(3), 231-238.

Baillargeon, P., Puskas, D. (2013). L'alliance thérapeutique : conception, pratique. *Défi Jeunesse*, 19(3).

Baillargeon, P., Pinsof, W.-M., Leduc, A. (2005). L'alliance thérapeutique : la création et la progression du lien. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 55(4), 225-234.

Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : Usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>

Bantman, P. (2005). La famille comme « partenaire thérapeutique ». *Che vuoi ?*, (3), pp. 49-60.

Bennett, JK., Fuertes, JN., Keitel, M., Phillips, R. (2011). *The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment*, 85 (1), 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.005>

Berney, C., (2018). Les Accompagnements Familiaux logopédiques : comment rencontrer les parents ? *Langage et pratiques*, (60), pp. 39-52.

Bickman, L., Fields, S., Handelsman, J.B., Karver, M. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

Bickman, L., Fields, S., Handelsman, J.B., Karver, M. (2006). Relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65.

Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives psy*, 49(4), 317-326.

Bozarth, J.-D., Motomasa, N., & Ducroux-Biass, F. (2014). La relation thérapeutique : enquête sur l'état de la recherche. *Approche centrée sur la personne. Pratique et recherche*, 19(1), pp. 58-76. <https://doi.org/10.3917/acp.019.0058>

Bréchet, J. M. (2007). Quelle vérité au patient et à sa famille? *Revue des maladies respiratoires*, 24(8), 131-136.

Combessie, J. C. (2010). *La méthode en sociologie*. La découverte.

Confédération des organisations familiales de l'Union européenne [COFACE]. Charte européenne de l'aidant familial 2007. En ligne. <http://www.coface-eu.org/wp-content/uploads/2017/01/COFACE-Disability-CharterFR.pdf>

Coquet, F. (2017). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent. Les parents au coeur de l'intervention orthophonique*. Orthoédition.

Dale, P.S. (1991). The validity of a parent report measure of vocabulary and syntax at 24 months. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 565-671.

De Chasse, J. (2018). Le cadre et la demande en ACT. *Langage et pratiques*, (60), pp. 24-38.

De Nale, S. (2011). *Les facteurs de réussite d'une fin de prise en charge orthophonique*. [Mémoire pour l'Obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Université de Nantes]. Sudoc. [sudoc.abes.fr](http://sudoc.abes.fr)

De Roten, Y., Michel, L., & Peter, D. (2007). Pour un dialogue entre recherche et clinique : une étude de cas autour de l'alliance thérapeutique. *Psychothérapies*, 27(1), 37-45. <https://doi.org/10.3917/psys.071.0037>

Duchesne, S. (2000). Pratique de l'entretien dit « non-directif » . Dans M. Bachir (Ed.), *Les méthodes au concret. Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique* (pp. 9-30). Presses Universitaires de France.

Drollinger, T., Comer, L.-B., & Warrington, P.-T. (2006). Development and Validation of the Active Empathetic Listening Scale. *Psychology and Marketing*, 23(2), 161-180.

Estienne, F. (2004). *Orthophonie et efficacité. Les fondements d'une pratique*. Solal

Fédération Nationale des Orthophonistes. (2021). *Livret professionnel de l'orthophoniste 2021*.

Fuertes, J.N., Mislouck, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T.C., Fontan, G., Boylan, L.S. (2007) The physician-patient working alliance. *Patient, education and counseling*, 66(1), 29-36.

Gordon, C., Phillips, & V. Bersein E. (2010). *The Doctor-Patient Relationship*. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry.

Hadi, A. (2013). A critical appraisal of Grice's Cooperative Principle. *Open journal of modern linguistics*, 3(1), 69-72.

Handicap, C. (2009). Charte européenne de l'aidant familial. *Bruxelles: Coface*.

Karver, M., Handelsman, J., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65

- Kiesler, D.J., Auerbach, S.M. (2006). Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient Education and Counseling*, 61(3), 319–41.
- Kim, S.C., Kim, S., Boren, D. (2008). The quality of therapeutic alliance between patient and provider predicts general satisfaction. *Military medicine*, 173(1), 85-90.
- Loignon, C., & Boudreault-Fournier, A. (2012). Du paternalisme à l'encadrement bienveillant : Nouveau modèle de soins. *Canadian Family Physician*, 58(11), pp618-619.
- Marie C. (2003). *Les attentes des familles de patients aphasiques lors du premier entretien et les perceptions des orthophonistes. Une perspective systémique*. [Mémoire d'Orthophonie. Ecole d'orthophonie de Lorraine]. HAL archives-ouvertes.fr. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01893916>
- Nasielski, S. (2010). Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, 144(4), 12-40. <https://doi.org/10.3917/aatc.144.0012>
- Norcross, J.C., & Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102
- O'Connor, A.-M., Drake, E., Wells, G., Tugwell, P., Laupacis, A., & Elmslie, T. (2003). A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expectations*, 6(2), 1-13. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2003.00215.x>
- Pomey, M., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M., Jouet, E. (2015). Le «*Montreal model*» : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, s1,(HS), 41-50. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>
- Potel C. (2013), *Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Editions Erès.
- Richard, C., Lussier, M.-T., Galarneau, S., & Jamouille, O. (2010). Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie médicale*, 11(4), 255-272.
- Rivalin, M. (2020). *Un enfant, ses parents et un psychomotricien : le tissage d'une alliance thérapeutique*. [Mémoire de Psychomotricité. Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière]. HAL archives-ouvertes.fr. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02944046>
- Roche-Rabreau, D. (2020). Comment permettre la mise place d'une dynamique d'alliance thérapeutique entre une famille et une équipe de soins lors d'une première hospitalisation pour un épisode psychotique. *Perspectives Psy*, 59(1), 18-23.
- Sautel, C. (2012). *Les enjeux relationnels en orthophonie : L'orthophoniste en question(s)*. [Mémoire d'orthophonie. Université Nice Sophia Antipolis]. HAL archives ouvertes.fr <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01512471>

Sylvestre, A., Gobeil, S. (2018). L'alliance thérapeutique : un incontournable pour la pratique clinique. *Langage et pratiques*, (60), pp. 14-23.

Schwob, S. (2018). L'engagement thérapeutique des enfants en séance logopédique. *Langage et pratiques*, (60), pp. 53-65.

Vilatte, J. C. (2007). Méthodologie de l'enquête par questionnaire. *Laboratoire Culture & Communication Université d'Avignon*.



## **Liste des annexes**

**Annexe n°1 : Texte d’amorce à destination des participants aux entretiens semi-directifs**

**Annexe n°2 : Clause de confidentialité**

**Annexe n°3 : Guide de l’entretien semi-directif**

**Annexe n°4 : Présentation des participants aux entretiens semi-directifs**

**Annexe n°5 : Tableau de synthèse thématique « Définition de l’alliance thérapeutique »**

**Annexe n°6 : Tableau de synthèse thématique « Alliance thérapeutique dans la pratique des orthophonistes »**

**Annexe n°7 : Tableau de synthèse thématique « Sensibilisation à la formation initiale »**

**Annexe n°8 : Retranscription du questionnaire**