



HAL
open science

Approche centrée sur le patient : le cas des troubles neurodéveloppementaux. Enquête auprès d'orthophonistes

Agathe Ratel

► To cite this version:

Agathe Ratel. Approche centrée sur le patient : le cas des troubles neurodéveloppementaux. Enquête auprès d'orthophonistes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02946003

HAL Id: dumas-02946003

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02946003>

Submitted on 22 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du
**CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE
ET DU GRADE DE MASTER 2 D'ORTHOPHONIE**

Présenté et soutenu le 11 juin 2020 par

Agathe RATEL

Né(e) le 16 octobre 1995 à Chambéry

**APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT : LE CAS
DES TROUBLES NEURODEVELOPPEMENTAUX
ENQUETE AUPRES D'ORTHOPHONISTES**

Directeur de Mémoire : **Nathaly Joyeux**

Orthophoniste

Nice

2020

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont permis la réalisation de ce travail de recherche.

Nathaly Joyeux, orthophoniste, chercheur, et directrice de ce mémoire. Merci pour l'intérêt porté à ma recherche, pour ses conseils précieux, sa patience et son soutien bienveillant.

Les huit orthophonistes qui ont accepté sans réserve de participer à l'étude, et qui ont permis de nombreux échanges aussi riches qu'intéressants sur leur pratique.

L'ensemble du Département d'Orthophonie de Nice, et plus particulièrement Auriane Gros. Son investissement et sa disponibilité pour les étudiants ont été essentiels, et plus encore durant cette période particulière.

Mes professeurs et maîtres de stage de ces cinq années, qui ont permis de façonner l'orthophoniste que je serai, grâce à leur partage de connaissances et leur amour du métier.

Mes parents, pour leur amour, leur investissement et leur soutien sans faille à chaque étape de ma vie.

Ma sœur, Virginie, pour m'avoir encouragée à passer le concours à Nice, et pour ses visites très régulières sous les palmiers et le soleil.

Mes amis Savoyards, pour être restés présents durant ces cinq ans malgré la distance. C'est toujours un bonheur de vous retrouver.

Aymeric, pour son soutien indéfectible, ses encouragements et sa bonne humeur tout au long de cette année.

Mes amies de promotion Apolline, Auréa, Elaine, Laura, Laurine, Meryl, Sophie et Valentine pour avoir ponctué ces cinq années d'étude de rire, de joie et de bonne humeur.

Clémence et Lisa, qui m'ont permis de traverser cette aventure niçoise sereinement, grâce à leur présence de chaque instant. Ces années signent le début d'une belle amitié.

Sommaire

Introduction.....	1
PARTIE THEORIQUE.....	2
Chapitre 1 La relation soignant-soigné.....	3
1. Historique et évolution de la relation.....	3
1.1 Du modèle paternaliste à l'autonomie du patient.....	3
1.2 Une transition épidémiologique	4
2. L'approche centrée sur le patient.....	5
2.1 Historique et évolution	5
2.2 La médecine centrée sur le patient	5
2.3 Présentation de quatre outils	7
2.4 Notion d'empowerment et d'éducation thérapeutique	8
Chapitre 2 La prise en charge des troubles neurodéveloppementaux.....	10
1. Les troubles neurodéveloppementaux	10
1.1 Définition et comorbidités des troubles neurodéveloppementaux	10
1.2 De nombreuses répercussions et croyances	11
2. Les grandes étapes de la prise en charge.....	12
2.1 Le bilan.....	12
2.2 L'alliance thérapeutique.....	13
2.3 Déterminer le projet thérapeutique et les objectifs.....	13
3. Emergence de nouvelles approches de rééducation centrées sur le patient	14
3.1 Un modèle relationnel de partenariat-patient : le « Montréal Model ».....	14
3.2 L'Evidence-Based Practice	15
PARTIE PRATIQUE.....	16
1. Problématique et objectifs	17
2. Matériel et méthode.....	17
2.1 Population.....	17
2.2 Matériel	19
2.3 Réalisation de l'enquête	20
3. Collecte et exploitation des données.....	21
4. Résultats	23
Discussion.....	31
Conclusions et Perspectives	37
Bibliographie.....	39
Annexes.....	46

INTRODUCTION

« *Il n'y a pas de meilleur enseignement que celui qui est donné par le patient lui-même* » Sir William Osler (1913).

Historiquement, la place du patient dans la relation de soin n'a pas toujours été valorisée. Le modèle paternaliste plaçait initialement le médecin en détenteur de savoirs et le malade, passif, devait suivre ses directives. Cependant, au cours du XX^{ème} siècle, l'émergence des nouvelles technologies, l'essor des maladies chroniques ou encore les premières associations de malades ont fondamentalement modifié cette relation, plaçant désormais le malade au cœur du système de soins (Pierron, 2007). L'approche centrée, avec pour pionnier Carl Rogers, s'est alors développée. Elle consiste pour le soignant à prendre en compte le patient dans sa globalité, en ne se contentant plus de comprendre et soigner une pathologie mais en considérant les croyances du patient, ou encore les répercussions du trouble sur la vie du patient. Si en médecine, l'approche centrée sur le patient est en plein développement, largement enseignée, et a montré de nombreux bénéfices (Epstein & Street, 2011), qu'en est-il en orthophonie ? Il apparaît pourtant que cette place centrale du patient est primordiale pour appliquer correctement l'evidence-based practice, qui s'impose largement dans nos pratiques orthophoniques.

Notre objectif est donc de savoir comment les orthophonistes rendent compte de l'approche centrée dans leurs prises en charge des troubles neurodéveloppementaux, en mettant en évidence les domaines de l'approche les plus adoptés. Nous avons également voulu identifier l'existence de facteurs favorisant l'approche centrée, et d'éventuelles limites quant à l'utilisation de cette approche en orthophonie. Pour cela, nous avons réalisé une enquête par entretien auprès d'orthophonistes libéraux.

La partie théorique rappellera les recherches existantes dans la littérature sur ce sujet. Dans la première partie nous détaillerons l'évolution de cette relation soignant-soigné jusqu'à l'émergence de l'approche centrée. Secondairement, nous développerons les troubles neurodéveloppementaux et leur prise en soins orthophonique. Dans la partie pratique nous présenterons notre méthodologie d'enquête. La grille d'entretien nécessaire à la réalisation de notre étude aborde les différents domaines de l'approche centrée selon le modèle de Mead & Bower (2000) complété par Langberg (2019). Nos résultats exposeront ensuite la manière dont les orthophonistes s'approprient l'approche centrée, ainsi que les facteurs pouvant favoriser son application. Les connaissances des orthophonistes et les éventuelles limites à la mise en place de cette approche centrée en orthophonie seront également présentées. Dans un dernier temps, ces résultats seront discutés et mis en lien avec les données de la littérature.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1

LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

1. Historique et évolution de la relation

1.1 Du modèle paternaliste à l'autonomie du patient

La relation de soin est une relation particulière qui met en jeu un patient et un soignant. La relation soignant-soigné n'a cessé d'évoluer. Jusqu'à la fin du 20^{ème} siècle, le modèle prédominant était celui d'un patient vulnérable, en demande d'aide, qui suivait silencieusement les décisions du médecin. Dans ce modèle paternaliste, le médecin utilise ses compétences pour prendre les décisions nécessaires à l'amélioration de la santé du patient (Kaba & Sooriakumaran, 2007). Ce modèle est à relier avec la définition et l'étymologie du « patient ». Le patient est, en philosophie ou en linguistique « [P. oppos. à l'agent] (Celui, celle) qui subit, qui est passif. [P. oppos. à celui qui agit], L'être ou la chose qui subit l'action (le procès) ». Enfin, en médecine, le malade peut être défini comme « (celui, celle) qui subit ou va subir un examen médical ou une opération chirurgicale. » Le choix du mot « patient » est donc loin d'être neutre. En effet, venant du latin « pati » et rattaché sémantiquement au Pathos, il est forcément connoté. Le patient est à la fois celui qui subit la maladie, qui est vulnérable, mais aussi celui qui subit l'action d'un agent extérieur (Worms et al., 2010).

Il faut attendre la fin du 20^{ème} siècle pour que ce modèle asymétrique de relation patient/soignant prenne un tournant. En effet, grâce à l'avancée des techniques, à l'accès à des ressources d'information médicales et l'émergence des associations de malades, le concept d'autonomie du patient entre dans les mœurs (Pierron, 2007). Cette évolution se fait en parallèle du développement des réflexions sur la bioéthique, qui visent à respecter la dignité intrinsèque à la personne. Ce virage dans le système de santé a été officialisé par la Loi du 4 mars 2002 relative aux Droits des malades et à la qualité du système de santé ; et plus particulièrement au Code de la Santé Publique - Article L1111-4 – « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. ». La déclaration de B. Kouchner, lors de la présentation de son projet de Loi à l'Assemblée en 2001 résume bien cette volonté d'évolution de la relation de soins en France : « Notre objectif est bien de revoir les fondements mêmes de l'éthique médicale [...] Sous prétexte d'agir pour leur bien, les médecins décident trop souvent à la place des malades. Notre objectif est que désormais ils décident avec eux. Ce respect de l'autonomie du malade doit être au fondement de l'éthique clinique » (Tannier, 2013).

1.2 Une transition épidémiologique

Au cours du 20^{ème} siècle, la France assiste à une transition épidémiologique. En effet, alors qu'au début du siècle les maladies infectieuses étaient les plus importantes, elles vont laisser progressivement la place aux maladies chroniques. En 1994, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) mentionne, dans son rapport sur la santé en France, que les maladies chroniques et les handicaps seront prépondérants dans les prochaines années en France, et que ni la technique ni la spécialisation ne pourront les réduire ou les prendre en charge de manière efficace. Les personnes malades chroniques représentent environ un tiers d'une population générale, soit 20 millions en France. Les maladies chroniques constituent 77% des maladies, dont les plus importantes sont les pathologies cardiovasculaires, cérébrales, respiratoires, métaboliques et cancéreuses (Mladovsky et al., 2010). De plus, l'augmentation de l'espérance de vie rend la durée d'évolution des maladies chroniques plus longue.

L'OMS définit en 2011 comme maladie chronique « tout problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou de plusieurs décennies ». Ce type de pathologie a plusieurs spécificités : elles sont permanentes, elles laissent des handicaps résiduels, elles sont causées par une altération irréversible, elles exigent une éducation spécifique par la réhabilitation, elles peuvent imposer une longue période de supervision, d'observation ou de soins (Timmreck, 1982). C'est dans ce contexte que rendre le patient acteur de sa prise en soins s'est révélé indispensable.

En 2008, le Collège des Enseignants de Sciences Humaines et Sociales en Médecine et Santé écrit : «Reconnaître le malade comme sujet, prendre en compte les spécificités individuelles du rapport à la maladie et les angoisses qu'elles génèrent, l'histoire de la maladie, l'appréhension du traitement, s'imposent comme des nécessités éthiques du travail du soin. » (Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé, 2011).

Ainsi, dans cette dynamique, de nouveaux modèles s'appuyant davantage sur l'autonomie du patient ont vu le jour. L'approche centrée sur le patient en est un des principaux. Cette approche, d'abord utilisée en Amérique du nord et notamment au Canada, permettrait selon McWhinney cité par (Stewart, 1995) pour le médecin de "rentrer dans le monde de son patient, et de voir la maladie à travers ses yeux".

2. L'approche centrée sur le patient

2.1 Historique et évolution

L'approche centrée sur la personne a été développée par Carl Rogers, un peu avant les années 50. Ce psychologue humaniste américain se demande comment aider au mieux ses patients dans la résolution de leurs problèmes ou dans leur détresse (Rogers, 1974), ce qui le conduit à valoriser l'approche centrée en psychanalyse. Le fondement de cette approche est que le patient aurait en lui-même d'importantes ressources lui permettant de se comprendre, modifier le concept de lui-même ou ses attitudes ; et que l'accès à ces ressources serait possible si l'individu est placé dans un climat approprié d'attitudes facilitatrices. Rogers développe alors le « counseling », une approche en psychothérapie qui se veut non directive, le thérapeute ayant alors un rôle d'aidant. Celui-ci accompagne son client, mais lui laisse le choix de son langage et de ses décisions. La relation se fonde sur l'optimisme et la confiance dans les capacités évolutives de chaque individu (Rogers, 1942). Puis cette approche s'est étendue à d'autres domaines (la pédagogie, la recherche) mais aussi en médecine. En effet, le praticien ne doit pas seulement comprendre la dimension biomédicale de la maladie, mais également le point de vue du patient sur sa maladie (croyances, souhaits, attentes, expérience avec la maladie, émotions...) (Levenstein et al., 1986).

Le concept de médecine centrée sur le patient a été développé par Stewart, en 1995 ; puis Levenstein et Stewart cités par (Silverman et al., 2010) ont formalisé cette approche en un modèle « maladie/malade ». Ce modèle a été repris sous forme de tableau par le Collège Haut Normand des Généralistes Enseignants (CNGE) en 2008 (Annexe 1).

2.2 La médecine centrée sur le patient

Jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, le médecin était positionné en détenteur de connaissances scientifiques, qui apporte son aide au malade, qui est alors passif. Ce n'est qu'à partir des années cinquante, que le patient est considéré comme un sujet actif et acteur à part entière de sa prise en charge. La notion « centré sur le patient » peut être définie de façon globale comme une approche reconnaissant chaque patient « comme un être humain unique » (Balint, 1969). De façon plus précise, nous pouvons extraire cinq grands principes de cette approche (Mead & Bower, 2000) :

-La dimension biopsychosociale repose sur le principe que la maladie est le fruit d'interactions entre des facteurs psychosociaux et biologiques (Engel, 1980). En effet, le praticien doit connaître les habitudes de vie du patient, et ainsi trouver les facteurs de risque ou de protection qui peuvent agir sur la maladie ou le trouble du patient pour que ceux-ci complètent les soins médicaux, ce qui s'apparente

à la « promotion de la santé ». Cette dimension considère également le patient comme faisant partie de plusieurs environnements comme l'environnement familial ou scolaire. Ainsi, dans cette approche, le médecin se préoccupera des difficultés globales du patient au sein de son environnement, et non uniquement de la maladie (Stewart, 1995).

-Le patient en tant que personne : un même trouble ou une même maladie aura des conséquences différentes selon le patient, et ne sera pas vécu de la même façon. Ainsi, le praticien ne doit pas seulement comprendre la maladie, mais il doit également chercher à comprendre le point de vue du patient sur sa maladie (croyances, souhaits, attentes, expérience avec la maladie, émotions, vécu...) (Levenstein et al., 1986).

-L'alliance thérapeutique : une relation de confiance entre le praticien et le patient permet d'augmenter l'adhérence du patient à la prise en soins. Pour la développer, la relation doit être basée sur la coopération entre le patient et le soignant. Une attitude d'écoute bienveillante et d'empathie est nécessaire au professionnel qui souhaite instaurer ce climat de confiance.

- Pouvoir et connaissances partagés : la relation patient/ soignant doit être une relation la plus symétrique possible. Pour cela le praticien aura une position d'écoute, encouragera le patient à exprimer ses idées, besoins et préférences. L'écoute, la réflexion et la collaboration seront au centre de la consultation ; le patient prenant pleinement part aux décisions prises pour sa santé (Byrne & Long, 1976).

-Le soignant en tant que personne : comme dans toute relation, les deux personnes ont un effet l'une sur l'autre. Ainsi la personnalité, l'humeur ou l'état d'esprit du soignant auront un impact sur les choix pris durant la consultation et sur la relation avec le patient.

Plus récemment, la coordination des soins a été ajoutée au modèle de Mead & Bower. Cela sous-entend un parcours de soin plus clair et simplifié pour le patient, avec l'abandon de soins non primordiaux, ce qui rend les interventions de santé plus accessibles mais aussi plus rentables (Hearld & Alexander, 2012).

Mis en évidence par une méta-analyse, ces six principes sont la description la plus actualisée et pertinente de l'approche centrée (Langberg et al., 2019).

Cependant, pour être dans cette approche, il est nécessaire pour le soignant d'avoir certaines compétences de communication. Or il a été montré que la communication soignant / patient pouvait être enseignée (Maatouk-Bürmann et al., 2016).

2.3 Présentation de quatre outils

En médecine, il a été montré que durant l'entrevue médicale, de nombreux problèmes de communication existaient (Silverman et al., 2005). Il apparaît alors primordial d'enseigner cette compétence aux étudiants en santé. Un bon support pour cet enseignement est le « guide de Calgary-Cambridge. »

Ce guide, mis au point par des chercheurs anglo-saxons, recense les compétences de communication nécessaires aux soignants voulant adopter une approche centrée sur le patient. Traduit en français par (Bourdy et al., 2004), cet outil décrit les étapes de l'entrevue médicale à savoir : débiter l'entrevue, recueillir l'information, faire l'examen physique, expliquer et planifier, et enfin terminer l'entrevue. Il est l'outil de référence dans la formation initiale des médecins à Calgary depuis 25 ans, et également très utilisé dans la plupart des écoles de médecine anglo-saxonnes (Silverman et al., 2010). Une partie sur les processus de communication explicite pour chaque phase les compétences de communication que doit adopter le soignant, et la façon concrète de les appliquer en fonction de l'objectif voulu.

En 2012, un consensus européen a été proposé pour l'enseignement des compétences de communication commun aux différentes professions de soin. 121 experts en communication de 15 domaines professionnels et issus de 16 pays différents ont permis la rédaction d'une liste de 61 compétences de communication (Bachmann et al., 2013). Ce consensus inclut largement des compétences s'inscrivant dans un modèle de soin centré sur le patient, cependant la France n'a pas pris part à ces concertations.

En mai 2015, la Haute Autorité de Santé (HAS) inscrit dans ses Recommandations de bonne pratique l'approche centrée sur le patient. Selon elle, cette démarche repose sur une relation de partenariat entre le patient, sa famille et l'équipe soignante. Elle considère que l'expertise du professionnel et l'expérience du patient sont complémentaires. Selon la HAS, cette pratique repose sur : la « personnalisation des soins » (écoute et compréhension des besoins et ressentis du patient) ; le « développement et le renforcement des compétences du patient » (rendre le patient acteur, partage de décisions avec le médecin...) et enfin une « continuité des soins dans le temps » (suivi et soutien pluriprofessionnel si nécessaire.). Trois « fiches techniques » à destination des soignants détaillent de manière concrète chacun des trois fondements de l'approche afin de faciliter son application.

Enfin, l'échelle « PPOS » (Patient-Practitioner Orientation Scale) (Krupat et al., 1999) permet d'évaluer si le médecin se positionne dans une approche centrée grâce à un score. L'échelle comporte 18 items, 9 concernent le pouvoir partagé entre le patient et le praticien, les 9 autres items permettent

de déterminer si le médecin considère les attentes, les préférences et les croyances du patient comme des éléments essentiels de la relation soignant/soigné. Cette échelle a notamment permis de cibler les préférences des ORL et des orthophonistes anglo-saxons en matière d'approche centrée (Bellon-Harn et al., 2017) mais n'a cependant pas été validée en français.

Bien que la notion de communication soit au cœur de l'approche centrée, d'autres concepts s'y rattachent également. En effet, en plus de s'intéresser au vécu de la maladie par le patient, le modèle considère le patient comme « expert » de sa maladie, grâce à son vécu avec celle-ci. Ainsi, le patient va pouvoir être formé, acquérir de nouvelles connaissances et compétences, pour augmenter sa qualité de vie et être un véritable acteur de sa prise en soins.

2.4 Notion d'empowerment et d'éducation thérapeutique

Empowerment

L'empowerment individuel, ou psychologique désigne la capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle (Israel et al., 1994). Quatre facteurs permettraient l'empowerment d'un individu : son environnement, qui peut faciliter ou entraver sa liberté d'action : l'étendue de ses compétences, la croyance en ses propres capacités de contrôle et ses états émotionnels (Tones, 1981 cité dans (Mackintosh, 1995). En médecine, l'empowerment du patient est un processus par lequel le patient, malade, va être amené à trouver des stratégies afin de reprendre le contrôle de sa vie avec la maladie. Désormais avec l'essor d'internet, le patient peut facilement acquérir de nouvelles connaissances sur sa maladie (qui ne sont pas toujours de source fiable) ; et peut participer à des échanges entre patients sur des forums de discussion. Cependant ces nouveaux moyens vont générer plus de pression chez le patient, qui « doit savoir » pour se protéger de la maladie. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) reste le moyen le plus efficace dans le processus d'empowerment du patient (Akrich & Méadel, 2009).

Education thérapeutique

Pour l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient consiste en « une série d'activités éducatives essentielles à la gestion de pathologies chroniques, gérées par des soignants formés dans le domaine de l'éducation et conçues pour aider les patients à gérer leur traitement et prévenir les complications évitables, tout en maintenant ou améliorant leur qualité de vie ». Un diagnostic éducatif est proposé au patient, et en fonction des résultats de celui-ci, le malade se voit proposer différents ateliers d'éducation thérapeutique, mis en place par des soignants spécialement formés à cette pratique. Enfin, une

évaluation en fin de programme permet de mesurer les compétences acquises par le patient. Ainsi, la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique (notamment pour des maladies telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires) ont permis d'obtenir une baisse du nombre d'incidents aigus dans une maladie, un retard d'apparition des complications, une meilleure capacité d'auto-soins pour les patients, et une amélioration de la qualité de vie (Gagnayre & d'Ivernois, 2008).

Les programmes d'ETP ont pour objectif de former des patients ou des aidants afin qu'ils deviennent des « référents » pour les autres patients, ou pour les médecins, dans leur maladie. Ces patients, au centre du processus d'empowerment, sont ainsi dotés de connaissances et de compétences techniques afin de prendre eux-mêmes en charge certains aspects de leur maladie (Cordier, 2014).

Bien qu'en orthophonie l'éducation thérapeutique ait surtout été décrite dans le cadre des pathologies neurologiques (Joyeux, 2014) certaines études princeps étudient l'utilité de programmes d'éducation thérapeutique dans les troubles neurodéveloppementaux (Garcia, 2014). Cela semble tout à fait pertinent que cet outil, relevant de l'approche centrée, soit adapté dans les troubles neurodéveloppementaux car ceux-ci ont des caractéristiques qui rendent indispensable une prise en charge centrée sur le patient.

CHAPITRE 2

LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES NEURODEVELOPPEMENTAUX

1. Les troubles neurodéveloppementaux

1.1 Définition et comorbidités des troubles neurodéveloppementaux

Les troubles neurodéveloppementaux (ou troubles développementaux) regroupent, d'après le DSM V (American psychiatric association, 2013): le handicap intellectuel, les troubles des apprentissages, les troubles moteurs développementaux, les troubles de la communication (langage, phonation, fluidité verbale ou communication sociale), le trouble du spectre de l'autisme, et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (Launay, 2018).

Les troubles spécifiques du langage oral et écrit, et les troubles du raisonnement mathématique et du calcul font partie des « troubles des apprentissages » du DSM V, eux-mêmes inclus dans les « troubles neurodéveloppementaux », dans cette même classification. Le trouble est dit « spécifique » non car il est spécifique à un domaine d'apprentissage, mais car il n'est pas secondaire à une étiologie connue (il est donc primaire) (Launay, 2018).

Le trouble spécifique des apprentissages se caractérise par quatre critères :

- les difficultés doivent persister depuis au moins 6 mois malgré la mise en place de mesures ciblées.
- Les compétences de l'enfant doivent être nettement au-dessous du niveau attendu pour l'âge chronologique ; ce qui interfère avec les performances scolaires, universitaires ou professionnelles, ou avec les activités de la vie courante ;

-Les difficultés doivent se manifester rapidement dans la vie scolaire de l'enfant, mais peuvent se manifester plus tardivement, lorsque les attentes scolaires dépassent les capacités limitées de l'enfant.

-Enfin, les difficultés d'apprentissage ne doivent pas pouvoir s'expliquer par un handicap intellectuel, des troubles sensoriels (visuels ou auditifs), d'autres troubles neurologiques ou mentaux, un manque de maîtrise de la langue de l'enseignement ou encore un enseignement inadapté.

D'après la CIM 11(OMS, 2019) nous retrouvons la définition suivante : « Le trouble d'apprentissage développemental se caractérise par des difficultés importantes et persistantes à acquérir des compétences scolaires, qui peuvent comprendre la lecture, l'écriture ou l'arithmétique ». Les quatre critères caractérisant ces troubles étant les mêmes que dans le DSM-V.

Cette classification internationale des troubles neurodéveloppementaux a été induite par la fréquence d'association entre ces troubles. En effet la coexistence de plusieurs troubles simultanément chez un même patient (appelée comorbidité) constitue la règle plutôt que l'exception (Kaplan et al., 1998). Il se peut par exemple que la pathologie A ait favorisé l'apparition de la pathologie B ; dans ce cas nous parlerons de pathologie primaire ou secondaire ; ou il se peut également qu'un facteur commun ait déclenché les deux pathologies (Barra-Jover, 2012). De plus, les profils langagiers des enfants porteurs de troubles spécifiques du langage sont très divers et très hétérogènes et donc difficiles à caractériser (Parisse & Maillart, 2010).

1.2 De nombreuses répercussions et croyances

En plus de représenter une grande diversité de profils pour la plupart hétérogènes, ces troubles ont de nombreuses répercussions dans la vie sociale, quotidienne mais aussi scolaire de l'enfant.

Tout d'abord, les difficultés scolaires rencontrées par ces enfants développent chez eux un sentiment d'échec, d'impuissance, et une baisse de l'estime de soi ; notamment chez les élèves de primaire et de secondaire (Ingesson, 2007). En effet, ces enfants seront souvent confrontés à des échecs scolaires, mais également à des problèmes d'insertion sociale (différence, incompréhension de la part des autres, trouble invisible...). Tout cela pourra s'accompagner de manifestations psychopathologiques secondaires comme une démoralisation, une anxiété à l'école ou pendant des devoirs ainsi qu'un faible intérêt pour la scolarité (Zesiger, 2004). Ces difficultés vont également impacter le temps des devoirs (perte de patience des parents, anxiété de l'enfant) et ainsi perturber l'équilibre familial. C'est pourquoi il est important pour le thérapeute de se placer dans une approche qui prend en compte à la fois les émotions de l'enfant et de son entourage, et qui cherche à comprendre l'impact du trouble dans la vie familiale mais aussi scolaire ou sociale de l'enfant ; comme décrit dans le modèle « maladie/malade » de Stewart.

Par ailleurs, les troubles du langage, notamment du langage écrit, véhiculent de nombreuses croyances, du fait de leur grande médiatisation. Il a même été démontré que les représentations parentales de la dyslexie influençaient les résultats de la prise en charge orthophonique (Lambert et al., 2006).

Le thérapeute doit donc prendre en compte ces ressentis et croyances afin de mettre en confiance le patient (et ses parents) et de développer l'alliance thérapeutique, essentielle à une bonne prise en charge.

2. Les grandes étapes de la prise en charge

2.1 Le bilan

Le premier entretien est très important en prise en soin orthophonique. En effet, le praticien, grâce à une position d'écoute bienveillante et empathique, recueillera l'anamnèse du patient. Il est également important que l'orthophoniste adopte une posture de neutralité bienveillante, car tout manquement à cette attitude pourrait avoir des répercussions sur la relation de soin (Estienne, 2004). Selon le Dictionnaire d'Orthophonie l'anamnèse se définit comme « l'ensemble des renseignements recueillis sur le patient et son trouble, au moyen d'entretiens ou tout autre possibilité. Elle est particulièrement importante en orthophonie pour déterminer les difficultés antérieures et obtenir des informations sur l'étiologie éventuelle des troubles. » (Brin-Henry et al., 2018). Cette étape est primordiale car le trouble (retard, handicap...) du patient n'existe pas de manière isolée mais fait partie de l'individu qui lui-même fait partie d'un groupe social ou familial. Cette première facette du bilan orthophonique permet donc au thérapeute de juger de l'impact et des représentations du trouble pour le patient ou son entourage, et ainsi voir le sujet dans sa globalité (Kremer & Lederlé, 2016). Préalablement à l'anamnèse, l'orthophoniste aura recueilli la plainte du patient (ou de son entourage). Celle-ci est également au centre du bilan, car elle informera sur la conscience ou l'acceptation du trouble par le patient (ou son entourage) et pourra ainsi déterminer la motivation de ce dernier pour une prise en charge orthophonique. En effet la plainte peut être absente (le patient est envoyé par l'enseignant ou un médecin), non formulée, explicitée... et sera ou non vérifiée par le bilan. A la suite de l'anamnèse, le professionnel proposera des tests, échelles et épreuves normées ou non ; permettant d'objectiver ou non un déficit (trouble, retard...) dans le domaine investigué.

Cependant, pour que le bilan soit correctement mené, le patient et son entourage doivent se sentir en confiance. En effet, ils vont être amenés à livrer une partie de leur histoire personnelle, et être confrontés parfois à des situations stressantes ou d'échec lors de la passation des épreuves. C'est pourquoi il est important pour l'orthophoniste de développer dès la première rencontre l'alliance thérapeutique.

2.2 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique « correspond aux liens de confiance et de collaboration qui se mettent en place entre le thérapeute et son patient. Le climat émotionnel positif engendré par l'alliance va servir de catalyseur, rendant efficaces les interventions techniques spécifiques » (Hervé & Maury, 2004). Ainsi, l'alliance thérapeutique va se construire grâce au thérapeute mais aussi au patient. Ceux-ci vont devoir s'ajuster afin d'instaurer une relation de confiance et de partenariat qui sera la base de la rééducation. Lorsque le patient est jeune et accompagné de ses parents, alors le professionnel doit créer cette alliance à la fois avec l'enfant mais également avec les parents. Afin de développer cette union, le thérapeute doit incontestablement se placer dans une approche centrée, car il va devoir recueillir les émotions, sentiments, croyances du patient (en fonction de son âge) mais également de ses parents, qui jouent un rôle essentiel dans la rééducation. Cette alliance se mettra en place grâce à un climat d'écoute bienveillante et d'empathie, mis en place par le thérapeute, notamment au moment de la première rencontre pendant l'anamnèse.

2.3 Déterminer le projet thérapeutique et les objectifs

Lorsque les données d'anamnèse et les évaluations et observations cliniques ont été collectées, alors l'orthophoniste doit procéder à l'élaboration du projet thérapeutique et définir les objectifs de la prise en soin. Ce projet de soin doit être « individualisé, précis, argumenté et évalué ». Il doit également être suffisamment clair et explicite afin de jouer son rôle de garant de la cohérence et de la continuité des soins ; notamment lors de prises en charge pluri professionnelles (Martinez-Perez et al., 2015). Il est primordial d'analyser la demande du patient, mais aussi de prendre en compte les croyances et attentes du patient et de son entourage pour proposer un projet thérapeutique adapté au patient (Schelstraete et al., 2011). C'est pourquoi, il semble difficile de laisser l'entière construction du projet à l'orthophoniste seule, sans concertation du patient. Par ailleurs, les objectifs fixés à plus ou moins long terme doivent être déterminés et priorisés selon toutes les composantes liées au patient. En effet, l'orthophoniste traitera en priorité le trouble qui impacte le plus le patient dans sa vie quotidienne ou scolaire, et pas forcément ce qui est le plus sévèrement atteint chez lui. Enfin, le praticien peut choisir de prioriser un objectif à long terme en raison de son impact positif sur une autre composante (Tyler et al., 2003). Cependant, ce projet thérapeutique sera amené à évoluer au cours de la prise en soin, en fonction des progrès ou de l'absence de progrès du patient, ou encore en raison de changements dans la vie de celui-ci.

L'approche centrée sur le patient prend de plus en plus d'ampleur dans le domaine du soin, et permet ainsi une meilleure adhésion des patients aux protocoles de rééducation, et une meilleure qualité de vie avec la maladie (Bauman et al., 2003). Cependant, si les modèles paternalistes semblent loin, la relation patient/médecin est loin d'être symétrique, certains aspects du soin comme la prise de décision ou l'éducation thérapeutique relèvent encore largement du rôle du soignant (Légaré et al., 2012).

3. Emergence de nouvelles approches de rééducation centrées sur le patient

3.1 Un modèle relationnel de partenariat-patient : le « Montréal Model »

Depuis 2010, l'université de Montréal a développé un nouveau modèle relationnel de partenariat entre le patient et les professionnels de santé, le « Montréal model ». Ce modèle s'appuie sur les savoirs empiriques qu'a acquis le patient au cours de son histoire avec la maladie (parcours de soin, répercussions sur sa vie, gestion de la maladie...) (Deschênes et al., 2014). Le patient est alors considéré comme un soignant à part entière dont le statut repose sur la compétence de soin (Jouet et al., 2012). Ce modèle implique que les soignants doivent informer les patients mais également avoir une portée didactique afin que le patient comprenne sa maladie ainsi que ses déterminants et son traitement, afin de devenir actif et autonome dans la dynamique de soin (Hart, 2002). Cependant, le bon fonctionnement de cette approche dépend de plusieurs facteurs. En effet, le niveau d'éducation du patient, son état de santé, ou sa confiance en soi sont très déterminants dans la réussite de ce partenariat. De plus, il faut également que la structure ait une politique et une organisation laissant la place à cette pratique, et les modalités de rémunération des établissements, des personnels et des patients peuvent être, ou non, un facteur favorisant leur participation (Carman et al., 2013). Cependant, il a été montré que les patients avaient parfois du mal à s'exprimer devant les professionnels, et à se sentir légitime face aux soignants détenant les connaissances scientifiques et techniques ; de leur côté les soignants ont parfois du mal à cerner les besoins des patients, à délivrer toutes les informations mais aussi à remettre en question leur pratique (Pomey & Ghadi, 2009). De manière concrète, des expériences pionnières en matière de partenariat-patient ont eu lieu aux Etats-Unis et au Canada, et en France à Paris la Faculté de Médecine Sorbonne Université a mis en place un diplôme universitaire et un master dans lequel patients et soignants sont formés conjointement à l'éducation thérapeutique du patient (Flora, 2013).

3.2 L'Evidence-Based Practice

L'Evidence-Based Practice (EBP) est en français appelée « pratique basée sur les preuves ». Cette approche permet de réduire l'incertitude et d'aider au meilleur choix thérapeutique. Pour cela, il faut intégrer quatre composantes (Sackett et al., 1996) :

- Les « preuves » ou données probantes, issues de la recherche
- L'expertise clinique du praticien
- Les préférences et caractéristiques du patient
- Le contexte local du soin

De manière plus concrète, la démarche d'EBP se décompose en cinq grandes étapes (Sackett et al., 2000) :

- Formulation de la question clinique sous la forme PICO : Problème / Population ; Intervention envisagée, Comparaison avec une autre intervention, Objectifs visés.
- Recherche des articles les plus pertinents (vérifier ses sources, évaluer la fiabilité de l'étude selon les types d'étude existants)
- Evaluation systématique de la validité et de l'intérêt des résultats et extraction des preuves (vérifier rigoureusement la population, la taille de l'échantillon, la méthodologie ... de l'étude)
- Utilisation des preuves dans les soins apportés au patient (vérifier la cohérence entre l'objectif visé et l'intervention choisie par rapport aux besoins du patient).
- Auto-évaluation (réalisation de lignes de base pré et post prise en charge afin d'objectiver les résultats de notre intervention).

Cette approche, très rigoureuse et indéniablement centrée sur le patient, est en plein essor en médecine mais aussi dans le domaine orthophonique. En 2005, l'American Speech-Language Hearing Association (ASHA) recommande aux orthophonistes d'intégrer la pratique fondée sur les preuves lors de leurs interventions, afin de fournir aux patients des soins de qualité.

PARTIE PRATIQUE

1. Problématique et objectifs

Pendant longtemps, la relation de soin s'est inscrite dans un modèle paternaliste. Le patient était alors considéré comme un sujet passif, qui suit les directives du médecin. Celui-ci était placé en détenteur de savoir ; ce qui rendait cette relation complètement asymétrique. Il faut attendre le vingtième siècle pour que le statut du patient évolue. L'émergence des nouvelles technologies permettant l'accès aux informations de santé et l'émergence des maladies chroniques ont revalorisé la place du patient, lui donnant davantage de pouvoir dans son parcours de soin. C'est dans ce contexte que l'approche centrée sur le patient, initialement décrite par Carl Rogers, s'est développée en médecine. Cependant, bien que cette approche semble particulièrement adaptée et nécessaire dans les disciplines de soin, elle reste encore peu conceptualisée en orthophonie.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de vérifier si cette approche était appliquée en orthophonie lors de la prise en soins de troubles neurodéveloppementaux, et de quelle manière.

Notre objectif principal est d'observer si les orthophonistes estiment être dans cette approche centrée et ce qu'ils mettent en place afin de l'être. Nos objectifs secondaires seront de vérifier si le nombre d'années d'expérience de l'orthophoniste et la démarche de rééducation dans laquelle se trouvent les orthophonistes (EBP ou approche plus classique) sont des facteurs influençant l'approche centrée, d'objectiver les connaissances qu'ont les orthophonistes sur cette approche, et enfin d'identifier d'éventuelles limites ou freins à cette approche dans la pratique orthophonique. Pour ces cinq objectifs le critère de jugement est l'analyse des différents corpus recueillis et retranscrits, accompagnée de citations afin d'illustrer les idées importantes de notre étude.

2. Matériel et méthode

2.1 Population

Notre population d'étude est composée de huit orthophonistes. Pour la plupart, ils ont été sélectionnés grâce à leur expertise dans les troubles neurodéveloppementaux, certains étant également chargés de cours et maîtres de stage. Les deux orthophonistes formés récemment ont été choisis grâce à nos contacts au sein du centre de formation de Nice.

Tous les orthophonistes sont titulaires du CCO, ont été formés en France, et au moins un tiers de leur patientèle est constituée de troubles neurodéveloppementaux.

Cependant afin d'avoir une grande diversité de profils, nous avons sélectionné des orthophonistes d'âges, de formations, et d'expériences différents. Les profils sont répertoriés dans le tableau ci-dessous. Ils exercent tous actuellement en libéral uniquement.

Participant	Nombre d'années d'exercice	Patientèle	Expérience/ Formations
O1	10 à 30	Majorité de troubles neurodéveloppementaux	Expérience en pédopsychiatrie, centre de référence, IME enseignement et recherche
O2	Plus de 30	Majorité de troubles neurodéveloppementaux	Expérience en pédopsychiatrie, formation à la pédagogie relationnelle du langage
O3	Plus de 30	Troubles neurodéveloppementaux, surtout cognition mathématique	Exercice libéral, formations en cognition mathématique
O4	1	Troubles neurodéveloppementaux et neurologie adulte	Ehpad, exercice libéral
O5	10 à 30	Troubles neurodéveloppementaux, essentiellement langage écrit	Centre de référence, hôpital (divers services), recherche
O6	10 à 30	Majorité de troubles neurodéveloppementaux	Diplôme de psychologie et neuropsychologie de l'enfant
O7	Plus de 30	Troubles neurodéveloppementaux et neurologie	Exercice Libéral
O8	2	Troubles neurodéveloppementaux et neurologie	Exercice Libéral

Tableau 1: Détail de la population d'étude

2.2 Matériel

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons choisi de réaliser une enquête auprès d'orthophonistes intervenant en libéral dans les pathologies neurodéveloppementales. Nous avons préféré nous concentrer sur la pratique libérale afin de ne pas rajouter de variable supplémentaire liée au mode d'exercice et ainsi pouvoir davantage explorer l'approche centrée dans ce mode d'exercice libéral. Nous avons précédemment vu que le concept d'approche centrée était un concept assez vaste, regroupant de nombreuses notions, et encore assez peu conceptualisé en orthophonie. C'est pourquoi nous voulions nous assurer de la bonne compréhension des questions par notre population d'étude. De ce fait, nous avons opté pour la technique de l'entretien semi-directif, qui, au contraire du questionnaire, nous permet d'avoir un feedback sur la compréhension par notre interlocuteur des questions posées. Le choix de ce matériel nous permet d'avoir des réponses plus précises, plus complètes et permettant de répondre au mieux à nos objectifs.

L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif est une technique de collecte de données favorisant des approches qualitatives et interprétatives, et permettant de développer des connaissances dans un domaine (Lincoln, 1995). Cette technique est, selon Poupart et al., « un moyen propre à engager une personne à dire ce qu'elle pense, à décrire ce qu'elle a vécu ou ce qu'elle vit » (Poupart et al., 1997). Enfin, ce type d'entretien implique le point de vue de l'interlocuteur, et met au premier plan son expérience vécue, sa logique, et sa rationalité (Blanchet & Gotman, 2007).

De plus, ces entretiens permettent à l'enquêté d'exprimer librement sa pensée, tout en garantissant à l'enquêteur l'obtention des informations sur les points qu'il a préalablement définis. En effet, grâce aux reformulations, nous pouvons nous assurer que l'orthophoniste a bien compris nos questions et pouvons les préciser si besoin.

C'est pour cela que l'entretien semi-dirigé s'est imposé comme étant la meilleure méthode pour notre enquête, en nous apportant des informations riches et précises sur un sujet encore peu conceptualisé.

Nous avons donc opté pour cette méthode d'enquête qui, contrairement au questionnaire, nous permet une analyse qualitative de nos informations, nous permettant ainsi une analyse détaillée des pratiques professionnelles concernant l'approche centrée.

Cependant mener ce type d'entretiens demande de la rigueur et une certaine démarche éthique (Hopf, 2004). C'est pourquoi nous avons adopté une méthodologie précise pour nos passations.

2.3 Réalisation de l'enquête

Création du guide d'entretien

Le guide d'entretien permet de structurer l'interrogation sans diriger le discours. Il s'agit d'un système de thèmes organisés, que l'interviewer doit avoir en tête afin de l'aider à improviser des relances pertinentes pour le déroulement de l'entretien, au moment où les thèmes sont abordés. Cet outil est indispensable pour mener à bien nos entretiens, et est amené à évoluer et à être adapté au fil des entretiens. La version finale est disponible en annexe 2.

Pour le créer, nous avons extrait des grands thèmes en lien avec l'approche centrée grâce à nos lectures sur le sujet et notamment le modèle développé par Mead et Bower en 2000. Nous avons ensuite regroupé des questions précises dans chaque thème. Après chaque entretien, le guide était un peu remodelé en fonction des réponses de notre interlocuteur, afin d'explicitier certaines questions et permettre une meilleure clarté de l'entretien. Suite à cela, nous avons pu extraire les six grands thèmes de notre étude :

- « Données sur l'orthophoniste », qui nous serviront à décrire notre population d'étude et à corrélérer certaines caractéristiques des orthophonistes avec nos résultats.
- « Connaissances sur l'approche centrée » qui nous permettront d'analyser si ce concept d'approche centrée est bien conceptualisé et défini pour les orthophonistes.
- « Le patient et son trouble » qui renvoie aux deux dimensions de l'approche centrée développées dans le modèle de Mead et Bower en 2000 : la « dimension biopsychosociale » du trouble et l'« Individualité du patient ».
- « Adhérence du patient » qui permet d'évoquer l'alliance thérapeutique dans la prise en charge.
- « Pouvoir et connaissances partagés » qui est un domaine important de l'approche centrée.
- « Limites à cette approche » qui nous permettront de vérifier l'existence de limites ou freins à l'utilisation de cette approche lors de rééducations de troubles neurodéveloppementaux.

La dimension « coordination des soins » développée par certains auteurs comme Hearld et Alexander en 2012, et ajoutée au modèle par Langberg en 2019, n'apparaît pas explicitement dans le guide d'entretien car le thème fait écho au domaine de l'environnement du patient qui est déjà présent.

Enfin nous laissons la possibilité à l'enquêté de nous faire part d'éventuelles remarques, afin qu'il puisse exprimer son opinion ou développer un point plus précis.

Nous avons donc interrogé les orthophonistes par le biais de ce guide (Annexe 2), selon une méthodologie rigoureuse.

Réalisation de l'entretien

Les orthophonistes sélectionnés pour participer à l'étude ont tous été contactés par mail. Ce message contenait le cadre général de l'étude, et en pièce-jointe un flyer expliquant l'étude dans son ensemble, sans donner trop de détails afin de ne pas biaiser les résultats des entretiens. Huit orthophonistes ont répondu favorablement à notre appel, nous avons donc convenu d'une heure et une date de rendez-vous. Les entretiens en présentiel ont été privilégiés afin d'instaurer un canal d'échange plus complet, nous permettant de recueillir les informations verbales mais aussi non verbales ou para-verbales de notre interlocuteur. Ils se sont déroulés pour certains au cabinet de l'orthophoniste, dans une salle de cours, ou encore en lieu extérieur (neutre). Seul un entretien a été réalisé par téléphone, en raison de l'éloignement géographique de l'orthophoniste.

Avant de débiter chaque entretien nous avons rappelé le sujet et le cadre de l'étude. Nous avons par ailleurs insisté sur le caractère anonyme des données recueillies et avons fait remplir les autorisations de participation à une étude clinique et d'enregistrement des données.

Les entretiens ont tous duré entre vingt et quarante minutes, et ont souvent débouché sur un échange libre sur la pratique orthophonique ; la plupart des sujets interviewés se sont montrés très intéressés par l'étude menée. Chaque échange était enregistré grâce à une application mobile, afin de permettre une retranscription exhaustive des propos recueillis, qui est disponible en annexe 4.

3. Collecte et exploitation des données

L'analyse de contenu

Afin d'exploiter au mieux nos données nous avons procédé à une analyse de contenu. En effet ce type d'analyse « implique des hypothèses [...] elle vise la simplification des contenus : elle a pour fonction de produire un effet d'intelligibilité et comporte une part d'interprétation » (Blanchet & Gotman, 2007). C'est pourquoi cette technique nous semble tout à fait adaptée afin de répondre à nos objectifs et nos hypothèses de départ. En effet, nous voulons interpréter nos données recueillies et non simplement extraire les données importantes de manière neutre comme pourrait le faire le résumé de texte.

Afin de mener à bien notre analyse de contenu, tous les entretiens ont été enregistrés grâce à une application mobile. Ces enregistrements nous ont été nécessaires pour retranscrire de manière fiable et

exhaustive chacun de nos huit entretiens. Ces retranscriptions sont disponibles en annexe 4. Cette retranscription est nécessaire afin de rendre l'analyse reproductible. Il est en effet important d'avoir de manière fiable le matériel utilisé pour l'étude, qui est ici composé des corpus recueillis grâce à nos entretiens.

L'analyse thématique

Plusieurs méthodes d'analyse de contenu s'offrent à nous. Nous choisissons l'analyse thématique. En effet nos objectifs portent chacun sur un thème assez précis et notre grille d'entretien comporte des thèmes qui ont été développés par les participants à l'étude. Notons que le thème est l'unité significative qui se dégage de manière naturelle d'un texte analysé, en fonction de certains critères relatifs aux données théoriques qui guident la lecture. Ainsi, réaliser une analyse thématique consiste à repérer des « noyaux de sens » qui composent les données récoltées grâce aux entretiens et dont la fréquence d'apparition ou la présence seront significatives pour l'objectif analysé choisi (Bardin, 2013). Pour cela, nous avons élaboré une grille d'analyse thématique (disponible en annexe 3), qui recense de manière fluide et naturelle les différentes notions abordées lors des entretiens. Nous avons donc articulé les informations présentes dans les corpus avec nos apports théoriques afin de repérer quelles notions sont absentes ou présentes, et dans quelles proportions. Alors que le guide d'entretien a comme visée la production de données, la grille d'analyse a pour fonction la production de résultats.

La double lecture

Cette grille d'analyse nous a permis deux lectures de nos entretiens. Une première lecture verticale, qui consiste à remplir pour chaque entretien cette grille, afin de recenser les thèmes présents et pour chaque thème, d'y inscrire les données de corpus s'y référant. Enfin, la deuxième lecture horizontale permet de comparer entre eux tous les entretiens afin de répondre à nos objectifs. Grâce à nos grilles d'analyse, nous avons mis en évidence les différences mais aussi les caractéristiques communes de représentations pour chaque thème présent dans le discours.

Afin de pouvoir interpréter nos résultats nous avons donc sélectionné les thèmes des corpus, repéré leur variation au sein des corpus et recherché les éléments pouvant expliquer cette variation.

4. Résultats

Modalités d'application de l'approche centrée

Notre objectif principal est de vérifier si les orthophonistes sont dans une approche centrée sur le patient lors des prises en charge de troubles neurodéveloppementaux, et si oui de quelle manière.

A la question « Estimez-vous être dans une approche centrée sur le patient lors de vos prises en charge des troubles neurodéveloppementaux ? » les huit orthophonistes interrogés ont tous répondu oui, de façon franche.

« Ah moi oui complètement ! » (O1) « Ça me paraît un peu évident mais bon non ? enfin je sais pas à moins de ce centrer sur ... Non je sais pas. Enfin on est en relation duelle avec le patient donc on est forcément centrée sur le patient j'vois pas sur quoi on peut se centrer d'autre. » (O5) ou encore « Oui oui complètement je suis dans cette approche. » (O2)

Cependant, quand nous leur avons demandé ce qui, dans leur pratique, rend leur prise en charge centrée sur le patient, les réponses ont été très variées. Elles sont synthétisées dans ce tableau, puis reprises dans un graphique. Seuls les domaines évoqués en réponse à la question « Pourquoi estimez-vous être dans cette approche centrée ? » sont ici pris en compte.

Domaine de l'approche centrée	Nombre d'orthophonistes	Citations
Dimension bio-psychosociale	7	<p>« Se centrer sur le patient c'est aussi voir dans l'environnement de l'enfant ce qui peut être un facteur aggravant ou un facteur de protection pour le trouble, parce que c'est sûr que ça va changer l'impact du trouble. Il y a certains facteurs qu'on va devoir prendre en compte, on pourra faire de la guidance par exemple, et ça sera complémentaire à notre prise en charge. » O7, séquence 2</p> <p>«et surtout de prendre en compte les différents aspects du patient donc environnementaux , affectifs , cognitifs ... Du coup en fonction je vais pas axer ma rééducation de la même manière. » O4, séquence 1</p> <p>« Être centré sur le patient pour moi ça veut aussi dire s'intéresser à l'environnement de l'enfant, comment ça se passe à l'école, à la maison , au sport ... » O6, séquence 2</p>

<p>Individualité du patient</p>	<p>8</p>	<p>« Le patient est unique donc en relation duelle avec lui, cette approche est vraiment incontournable je pense. » O2, séquence 1</p> <p>« Alors dans cette approche oui, dans cette approche bien sûr, centrée sur le patient parce que chaque cas est unique et on a l'impression de faire la même chose parce que le cadre ou le thème par exemple la numération, on fait de la numération ; on en refait la semaine suivante avec un autre enfant ça n'a rien à voir ! » O3, séquence 2</p> <p>« C'est important oui d'être centré sur le patient, parce qu'il est unique déjà, et qu'il fait partie d'un système. » O7, séquence 2</p>
<p>Alliance thérapeutique</p>	<p>4</p>	<p>« Parce que j'estimais que si je voulais avoir cette alliance thérapeutique avec les parents et bien il fallait que je leur fasse faire des choses qui marchaient à la maison et voilà » O1 , séquence 2</p> <p>« ... je vais essayer de créer un climat de confiance, que l'enfant se sente bien, qu'il ait envie de venir. En fait c'est l'alliance thérapeutique que je développe dès le départ je vais m'intéresser aux centres d'intérêt de l'enfant, écouter les parents.... Vraiment créer ce climat serein, que tout le monde se sente bien. » O8 séquence 1</p> <p>« ...donc je leur demande s'ils sont d'accord bien sur puis je demande à l'enfant s'il est d'accord aussi après lui avoir donné toutes les informations nécessaires. C'est-à-dire les raisons pour lesquelles je travaille de cette manière. C'est important que l'enfant adhère à mon fonctionnement, qu'il comprenne bien. » O5 séquence 3</p>
<p>Pouvoirs et connaissances partagées</p>	<p>3</p>	<p>« Donc bien sur l'anamnèse, le bilan, la plainte, et la demande. Est-ce qu'il y a une demande, quelle est la demande du patient. Ensuite on fait le projet ensemble, moi je te propose ça, est ce que tu l'acceptes ou pas ? Les entrainements, même chose. » O3, séquence 2</p> <p>« Mais c'est vraiment important de veiller à ce que ça soit bien compris de tous, je n'hésite pas à redemander à la séance suivante ce qu'ils ont retenu, s'ils ont d'autres questions etc. Pour moi c'est vraiment les bases de la prise en charge. » O6, séquence 1</p> <p>« ... quand j'explique le diagnostic je m'adresse également à lui (au patient) et je lui explique les choses en essayent de m'adapter à son âge, à son intelligence, à ses capacités ... j'évite de m'adresser directement aux parents même s'ils sont là je m'adresse à l'enfant . » O5, séquence 3</p>

<p>Coordination des soins</p>	<p>2</p>	<p>« Donc souvent après je fais un petit mail à l'enseignant ou j'essaie de croiser les données comme ça. » O1, séquence 3 paragraphe 9</p> <p>« Donc j'hésite pas à demander aux parents des compte rendu d'autres professionnels, ou des mots de la maitresse, parfois je contacte directement les autres professionnels mais c'est vrai que ça prend vite du temps et que ce temps n'est pas du tout valorisé. » O6, séquence 2, paragraphe 3</p>
--------------------------------------	----------	--

Tableau 2: Nombre d'orthophonistes ayant évoqué chacun des domaines de l'approche centrée

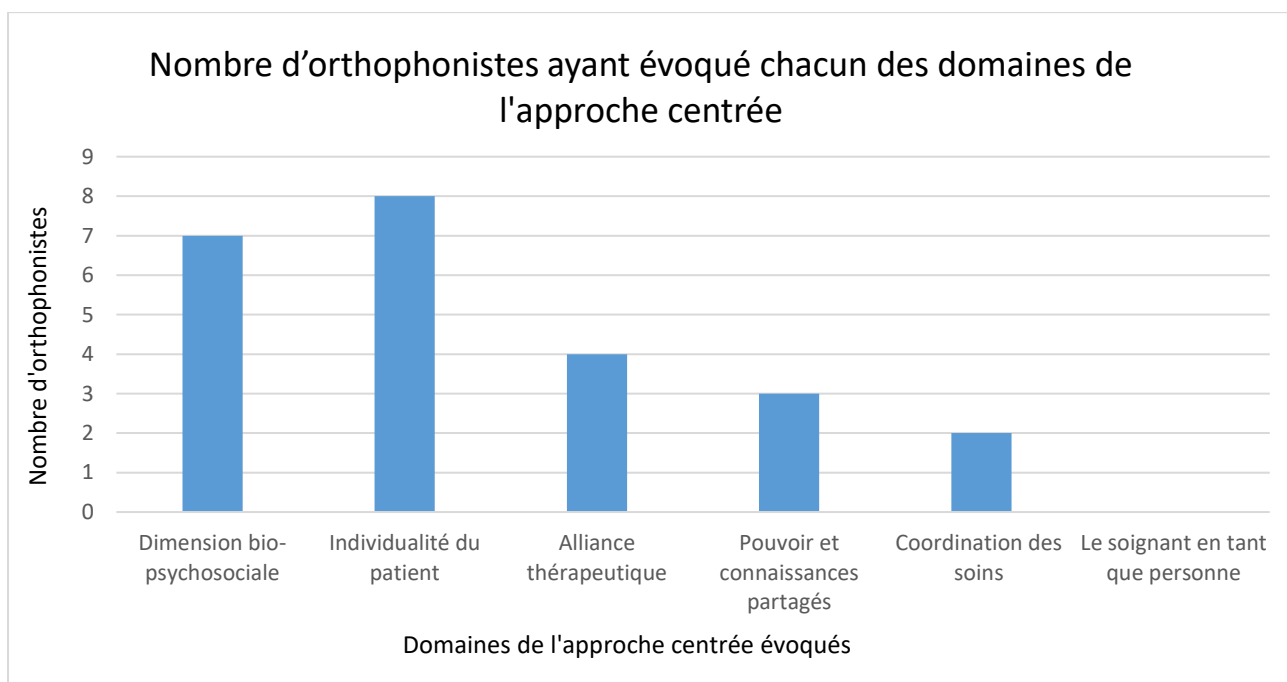


Figure 1: Domaines de l'approche centrée évoqués spontanément par les orthophonistes

Nous remarquons que cinq des six domaines de l'approche centrée (selon Mead & Bower en 2000 et complété par Langberg en 2019) sont évoqués par les orthophonistes. Parmi ces domaines, l'individualité du patient a été développée spontanément par chacun des huit orthophonistes et la dimension bio-psychosociale par sept. Quatre orthophonistes ont évoqué l'alliance thérapeutique alors que le domaine « pouvoir et connaissances partagés » n'a été abordé que par trois orthophonistes, et la « coordination des soins » par deux orthophonistes. Aucun professionnel n'a évoqué spontanément le domaine du « soignant en tant que personne ».

Lien entre le nombre d'années de pratique et l'application de l'approche centrée

Orthophoniste	Nombre d'années d'expérience	Domaine 1 évoqué	Domaine 2 évoqué	Domaine 3 évoqué	Domaine 4 évoqué	Domaine 5 évoqué	Nombre de domaines évoqués
O4	1	●	●		●		3
O8	2	●	●				2
O1	10 à 30		●	●	●	●	4
O5	10 à 30	●	●	●	●		4
O6	10 à 30	●	●	●		●	4
O2	Plus de 30	●	●				2
O3	Plus de 30	●	●				2
O7	Plus de 30	●	●	●			3

Tableau 3: Domaines de l'approche centrée évoqués par les orthophonistes en fonction du nombre d'années de pratique

Notons que les numéros de domaine correspondent à l'ordre des domaines du tableau et du graphique précédents. Le domaine 1 étant la dimension bio-psychosociale, et le 5 la coordination des soins.

En synthétisant les domaines évoqués en fonction des années d'expérience de l'orthophoniste, nous remarquons que les orthophonistes ayant beaucoup d'années de pratique évoquent environ le même nombre de domaines que ceux formés en cinq ans (ayant donc 1 ou 1 ans de pratique). Les orthophonistes ayant dix à trente ans de pratique évoquent 4 domaines chacun.

De plus, les domaines sont évoqués indifféremment que les orthophonistes aient beaucoup ou peu d'années de pratique.

Par ailleurs, les orthophonistes formés en cinq ans (grade master) n'abordent pas plus de domaines que les autres.

Lien entre le type de pratique et l'application de l'approche centrée

Orthophoniste	Type de pratique	Domaine 1 évoqué	Domaine 2 évoqué	Domaine 3 évoqué	Domaine 4 évoqué	Domaine 5 évoqué	Nombre de domaines évoqués
O1	EBP		●	●	●	●	4
O6	EBP	●	●	●		●	4
O4	EBP	●	●		●		3
O5	EBP	●	●	●	●		4
O3	Approche classique	●	●				2
O2	Approche classique	●	●				2
O7	Approche classique	●	●	●			3
O8	Approche classique	●	●				2

Tableau 4: Domaines de l'approche centrée évoqués par les orthophonistes en fonction du type de pratique orthophonique

Les orthophonistes pratiquant l'Evidence-Based Practice (EBP) évoquent globalement plus de domaines de l'approche centrée que les orthophonistes dans une approche plus classique.

Par ailleurs, les trois orthophonistes ayant évoqué le domaine « pouvoir et connaissances partagés » et les deux orthophonistes ayant évoqué le domaine « coordination des soins » utilisent l'EBP dans leur pratique.

Connaissance de l'approche centrée par les orthophonistes

La totalité des orthophonistes interrogés pensent que l'approche centrée sur le patient n'est pas bien conceptualisée en orthophonie.

« Non. Non je pense que je suis dedans parce que ça me semble logique et qu'on est obligés d'être centrés sur le patient en orthophonie si on veut que la prise en charge se passe bien. C'est important pour favoriser l'alliance thérapeutique de toute façon, mais après au niveau théorie c'est pas très clair pour moi » **O4, Séquence 2**

Sur les huit orthophonistes, trois ne connaissent aucune donnée théorique sur le sujet.

« Euh de la théorie propre à cette approche non, je ... en tout cas en orthophonie j'en connais pas! c'est vrai que je fais ça naturellement et j'imagine qu'il faut le faire ... mais non en littérature je connais rien. Je pense qu'il y a des études en médecine là-dessus, après en orthophonie non je sais pas. Mais ça m'intéresserait s'il y en a ! » **O7, séquence 4**

Les deux orthophonistes formées en cinq ans ont entendu parler de l'approche centrée durant les cours, sans que cela soit très clair pour elles.

« L'approche centrée ... oui je... je pense être là-dedans. Oui je pense que c'est important. On nous en avait parlé un peu en cours, avec l'empowerment etc ... mais j'avoue que j'en ai que des vagues souvenirs. » **O8, séquence 1**

Les deux autres orthophonistes connaissent l'approche centrée grâce à des formations dans lesquelles elle a été évoquée, ou grâce à des lectures non spécialisées sur l'approche.

« ...mais alors c'est vrai que dans beaucoup de formations on nous parle d'approche centrée forcément oui l'éducation thérapeutique, l'approche centrée, oui c'est abordé dans la plupart des formations. » **O5, séquence 1**

Limites à l'application de l'approche lors des prises en charge des troubles neurodéveloppementaux

Limites à l'application de l'approche	Nombres d'orthophonistes	Citations
Pas de limites	3	<p>« Non moi je pense qu'on peut autant l'appliquer avec des enfants qu'avec des adultes. Bon bien sûr faut s'adapter aux personnes qu'on a en face mais je pense qu'on peut être autant centré sur le patient avec des enfants que des adultes. Dans tous les cas il faut prendre en compte l'entourage du patient, que ça soit un aidant ou les parents. Bon peut être que pour les enfants vraiment jeunes c'est plus dur d'avoir leur ressenti etc donc ça passe vraiment par les parents, qui vivent au quotidien avec l'enfant, mais non non je pense qu'on peut et qu'on doit ! être aussi dans cette approche avec les enfants. »</p> <p>07, séquence 4, paragraphe 7</p>
Limites venant des orthophonistes	3	<p>« En fait le problème qu'on a c'est que les orthophonistes se sentent supérieures, elles estiment que les parents ne sont pas compétents pour dire de quoi souffre leur enfant, et ça c'est hérité de l'ancienne garde, de la psychanalyse, faut sortir de ça ! »</p> <p>01, séquence 5, paragraphe 13</p> <p>« Les plus jeunes orthophonistes fonctionnent à mon sens plutôt dans un registre très technique, ce qui exclut pas la relation bien sûr, mais je pense qu'elles ont une approche beaucoup plus axée sur la maladie, sur le trouble que sur le patient. Elles analysent très très bien le trouble, c'est ce qu'on voit dans la plupart des écrits, et puis on fait des lignes de base, on entraîne les lignes de base et on passe à la suite voilà. Mon sentiment c'est que encore une fois les orthophonistes formées y'a un peu plus longtemps on ou avaient une approche plus centrée sur le patient. »</p> <p>02, séquence 4, paragraphe 8</p>
Outils spécifiques	2	<p>Et aussi des outils, c'est vrai qu'avec les enfants c'est plus compliqué d'avoir un ressenti, d'évaluer l'impact qu'a le trouble sur la vie de l'enfant. Donc ouais je dirais des outils peut être plus spécialisés pour les enfants, enfin peut être qu'il en existe mais en tout cas je ne les connais pas. C'est vrai que les enfants ont souvent moins de recul pour parler de leur trouble, alors que les troubles des apprentissages impactent quand même beaucoup de choses dans leur vie donc ouais ça pourrait être intéressant de creuser à ce niveau là</p> <p>04, séquence 3, paragraphe 7</p>

Littérature sur le sujet	2	Alors je pense que déjà même si dans mes études j'en ai entendu parler, mais je pourrais pas expliquer ça de façon claire. Donc je pense qu'il me manque déjà pas mal de théorie. Après je sais pas si il existe des choses précises sur l'approche centrée en orthophonie mais en tout cas oui je dirais qu'il me manque déjà de la théorie. Peut être aussi des choses sur l'efficacité de cette approche, qu'est ce que ça apporte à la prise en charge d'être dans cette approche. 04, séquence 3 paragraphe 7
Manque de valorisation du travail pluriprofessionnel	1	Alors en limite oui je dirais enfin pour ma part c'est vraiment le manque de reconnaissance du travail pluri professionnel quand on est en libéral. Enfin si on veut être centré sur l'enfant il faut s'intéresser à ce qui e passe autour de l'enfant : l'école, la maison, les autres suivis. Et quand on veut faire ce travail là ba ça prend pas mal de temps et c'est pas valorisé, donc oui j'aimerais le faire + mais malheureusement je me limite pour ces raisons-là. O6, séquence 5 paragraphe 9

Tableau 5: Limites à l'application de l'approche dans les prises en charge des troubles neurodéveloppementaux

Trois orthophonistes sur les huit interrogés ne ressentent pas de limites les empêchant d'adopter complètement une posture centrée sur le patient lors des prises en charge des troubles neurodéveloppementaux. Trois orthophonistes ressentent des limites intrinsèques aux orthophonistes : une pense que les orthophonistes ont encore du mal à rendre la relation plus symétrique, alors que les deux autres craignent que l'utilisation de la pratique basée sur les preuves n'entrave le centrage sur le patient, en délaissant la place du patient dans une orthophonie trop « instrumentalisée ». Deux orthophonistes estiment qu'il manque des outils spécialisés (notamment adaptés aux enfants, pour évaluer leur ressenti ou l'impact du trouble), et deux orthophonistes expriment leur souhait d'avoir des lectures sur le sujet, propres à l'orthophonie. Enfin une orthophoniste a évoqué le manque de valorisation du travail pluriprofessionnel en libéral, comme limite à l'approche centrée sur le patient.

DISCUSSION

Au cours du XX^{ème} siècle, la relation soignant-soigné a fondamentalement changé. Le patient, initialement passif dans cette relation asymétrique, a progressivement gagné du pouvoir pour devenir un véritable acteur de son parcours de soin. C'est dans cette optique que la démarche centrée sur le patient s'est largement répandue et est maintenant bien appliquée dans le domaine du soin. Il a en effet été prouvé que cette approche permet d'améliorer la qualité des soins et l'adhérence des patients à leurs prises en soin (Epstein & Street, 2011). Elle permet également une pleine utilisation du courant qu'est l'EBP, dont un des piliers est la prise en compte des valeurs du patient.

Mais si en médecine cette approche est largement enseignée (Silverman et al., 2010) et a fait l'objet de plusieurs recherches, ce n'est pas le cas en orthophonie. C'est pourquoi il nous a paru judicieux d'investiguer l'utilisation de cette approche centrée en orthophonie grâce à un état des lieux assez général.

Les huit entretiens semi-dirigés réalisés nous ont permis d'observer comment les orthophonistes rendent compte de leur pratique de l'approche centrée. Nous souhaitons également mettre en évidence des facteurs influençant l'application de cette démarche. Enfin nous avons pu vérifier si cette notion est bien conceptualisée pour les orthophonistes, et s'il existe des freins quant à l'application de cette approche centrée.

Nos résultats ont montré que tous les orthophonistes ont affirmé de manière franche être dans cette approche, certains exprimant même l'évidence d'adopter cette posture. Cette attitude centrée sur le patient semble donc être importante, voire incontournable pour les orthophonistes. Cependant les différents domaines de l'approche centrée (Mead & Bower, 2000), (Langberg et al., 2019) ne sont pas tous exploités de la même manière (Tableau 2, Figure 1).

Les orthophonistes, pour confirmer être dans cette approche, évoquent spontanément le patient comme individu unique et la nécessité de s'adapter à lui. La grande majorité des participants à l'étude a également affirmé que s'intéresser à l'environnement de l'enfant (scolaire, familial ...) et prendre en compte les facteurs extérieurs à la pathologie (investissement familial, mode de vie ...) rend leur posture centrée sur le patient. L'alliance thérapeutique est évoquée par la moitié des orthophonistes comme étant un outil favorisant le centrage sur le patient. Cependant, peu d'orthophonistes ont abordé les pouvoirs et connaissances partagés entre le patient et le thérapeute. Ces résultats ne concordent pas avec la revue de littérature de Langberg (2019) qui montre que dans l'approche centrée les domaines les plus cités en littérature sont les pouvoirs partagés et l'alliance thérapeutique. Nous pouvons alors

en déduire que bien que les orthophonistes soient dans une approche centrée sur le patient, ils auraient encore un peu de mal à sortir de leur rôle d'expert et à déléguer certains pouvoirs de décision aux patients. Ces résultats concordent avec les études de Leahy qui a analysé le discours d'orthophonistes en Irlande. Elle a ainsi montré qu'à travers le discours il apparaissait que les orthophonistes étaient encore dans ce rôle « d'expert » et que le patient était « celui qui a des difficultés » avant d'être un partenaire du praticien (Leahy, 2004) (Leahy & Walsh, 2008). En revanche considérer le patient en tant qu'individu unique et prendre en compte les facteurs de risque et de protection du trouble semble évident pour les praticiens voulant adopter une posture centrée. Peu d'orthophonistes ont évoqué la coordination des soins, cela montre que la plupart des orthophonistes enquêtés n'estiment pas que la collaboration avec les autres professionnels comme l'enseignant ou les autres thérapeutes rentre dans cette approche. En tout cas ils n'y pensent pas spontanément lorsqu'ils évoquent l'approche centrée sur le patient. Nous pouvons cependant émettre l'hypothèse que les orthophonistes salariées seraient davantage conscientes de l'enjeu et du bénéfice de la pluriprofessionnalité pour le patient. Enfin, aucun orthophoniste n'évoque le domaine du « soignant en tant que personne ». Cela signifie qu'ils ne pensent pas à évoquer le caractère, ou l'état d'esprit du soignant comme étant déterminants dans la relation entre le patient et le thérapeute. Pourtant toute relation, contrairement à l'interaction, implique des affects, des attentes ou des représentations spécifiques et ce, de la part du patient et du soignant (Fischer, 1996). Il est donc important que le thérapeute prenne en compte ces déterminants lorsqu'il souhaite adopter une posture centrée. Le soignant, en plus d'adopter une posture d'écoute bienveillante et une communication permettant l'approche centrée, doit également être capable de considérer son état d'esprit, ses croyances ou encore son caractère comme des facteurs pouvant entraver la relation de soin. Il doit ainsi être capable de se remettre en question, et bien se connaître pour ainsi avoir une juste appréciation de ses limites et de ses valeurs. Cependant ce domaine n'a pas été approfondi dans nos entretiens car il reste encore peu défini dans le cadre de l'approche centrée, et ne ressort que dans sept articles selon la revue de littérature de Langberg. En revanche, il serait tout à fait intéressant d'analyser l'approche centrée en orthophonie sous l'angle relationnel / communication, cela pourrait donner lieu à une étude à part entière.

Nous pouvons donc en conclure que les orthophonistes sont indéniablement dans cette approche centrée et que cela leur semble important et évident. Cependant, ils pourraient l'être davantage en prenant en compte dans leur pratique tous les aspects de l'approche centrée.

Suite à ces résultats, nous avons voulu savoir si l'expérience des orthophonistes était un facteur d'influence de l'approche centrée. Or les orthophonistes formés il y a plus de trente ans sont autant dans l'approche centrée que ceux formés plus récemment, et que les orthophonistes formés en cinq ans (Tableau 2). En effet ils évoquent en moyenne le même nombre de domaines de l'approche. Ce résultat est en contradiction avec l'étude de Laplante-Levesque qui a montré que les années d'expérience déterminaient le degré d'approche centrée sur le patient des audio-prothésistes australiens (Laplante-Levesque & Hickson, 2014). En revanche, il est en adéquation avec l'étude de Bellon-Harn qui a mis en évidence que le nombre d'années d'expérience des orthophonistes n'était pas un facteur d'influence de l'approche centrée chez les orthophonistes américains (Bellon-Harn et al., 2017). De plus, les domaines évoqués le sont indifféremment que l'orthophoniste ait beaucoup ou peu d'années de pratique. Nous pouvons en déduire que bien que les orthophonistes diplômés au grade master aient eu une formation sur l'approche centrée, celle-ci ne semble pas avoir fondamentalement influencé leur pratique. Cela pourrait s'expliquer par le manque de recul sur la pratique. Les orthophonistes nouvellement diplômées ont peut-être plus de mal à avoir un regard critique sur leur pratique et à la partager. De plus, tous les centres de formation en orthophonie ne dispensent pas les mêmes cours sur ce domaine et il aurait été alors judicieux d'interroger des orthophonistes formées dans plusieurs centres de formation. En tout cas, nous observons que le degré d'application de l'approche centrée ne semble pas dépendre de l'expérience des orthophonistes.

Nous avons donc cherché à vérifier si être dans une approche EBP ou plus classique jouait sur le degré de centrage sur la personne du professionnel. Il apparaît dans nos résultats que les orthophonistes utilisant l'EBP sont davantage dans l'approche centrée, en évoquant globalement plus de domaines que les orthophonistes dans une approche plus classique. Cependant une orthophoniste placée dans l'approche EBP a évoqué le même nombre de domaines que ceux ayant une approche de rééducation plus classique. Ce résultat est donc à nuancer. Cependant, il a été intéressant de noter que les trois orthophonistes ayant évoqué les pouvoirs et connaissances partagés et les deux orthophonistes ayant abordé la coordination des soins, se trouvent toutes dans une approche EBP (Tableau 4). Nous pouvons donc en déduire qu'adopter une pratique basée sur les preuves permet de placer le patient davantage en acteur de sa prise en charge et de le percevoir davantage comme un partenaire, sans pour autant délaisser les domaines plus « centraux » de l'approche à savoir l'individualité du patient ou l'alliance thérapeutique. Cela est cohérent avec la littérature, car un des piliers de l'EBP est de prendre en compte les valeurs et caractéristiques du patient. Ces deux approches sont bien complémentaires et non opposées comme le craignaient certains orthophonistes interrogés (Guyatt et al., 2004).

L'approche centrée est importante et évidente pour les orthophonistes (Dilollo & Favreau, 2010), nous avons voulu voir si celle-ci leur semblait bien conceptualisée. Nos résultats montrent que toutes les orthophonistes ont évoqué le manque de définition et de conceptualisation de l'approche, qui reste floue en orthophonie. Ce résultat est cohérent avec la littérature. En effet il existe de nombreuses définitions de l'approche centrée et plusieurs modèles permettent de la conceptualiser (Saha et al., 2008). Cela montre qu'il existe un manque d'harmonisation dans la description de l'approche, qui va varier selon les auteurs. La revue de littérature de Langberg en 2019 a cependant permis de vérifier et de compléter le modèle principal de l'approche centrée de Mead & Bower (2000). Cependant la majorité des orthophonistes ont déjà entendu parler de l'approche en orthophonie : soit pendant la formation initiale, soit pendant des formations continues ou encore grâce à des articles sur différentes pathologies orthophoniques. Cela montre que l'approche, bien qu'encore mal définie et conceptualisée en orthophonie, est en plein essor et totalement adaptée et nécessaire à une bonne prise en soin orthophonique. Il serait par ailleurs intéressant de poursuivre la recherche par la création d'un outil illustrant de manière concrète et adaptée à l'orthophonie les domaines développés par Mead & Bower et Langberg. Cela permettrait de pallier le manque de conceptualisation de l'approche dans le domaine orthophonique.

Enfin, nous avons voulu mettre en évidence d'éventuelles limites quant à l'utilisation de l'approche centrée dans les prises en soin des troubles neurodéveloppementaux. D'après nos résultats il existe selon les orthophonistes divers freins à la mise en place de cette approche centrée. Cependant certaines orthophonistes ne voient pas de limites quant à l'utilisation de cette approche (Tableau 5).

Nous notons tout d'abord des limites intrinsèques aux orthophonistes : sentiment de supériorité de l'orthophoniste, ou crainte d'une incompatibilité entre EBP et approche centrée. Si la première limite a été vérifiée par des études comme expliqué plus haut, la deuxième ne devrait pas se vérifier dans la pratique. Comme vu dans l'article de Guyatt en 2004, l'EBP et l'approche centrée semblent tout à fait complémentaires et indissociables en pratique. Le manque d'outils validés pour les enfants (questionnaires, échelles de qualité de vie, échelles de Likert...) a été également cité comme limite à l'application de l'approche. Cependant certains orthophonistes ont évoqué cela en disant ne pas connaître d'outils de ce type, mais il en existe notamment pour le bégaiement, ou en psychologie qui peuvent être adaptées facilement à l'orthophonie. En revanche, il n'existe pas de questionnaires écologiques spécifiques au handicap des troubles neurodéveloppementaux. Des participants à l'étude

ont également abordé le manque de littérature sur le sujet comme un frein à l'utilisation de l'étude. S'il existe des lectures sur le sujet, il est vrai que seuls trois articles évoquent l'approche centrée dans la pratique orthophonique : Dilollo & Favreau, Bellon-Harn, et Laplante-Levesque cités plus haut. Enfin, une orthophoniste a évoqué le manque de reconnaissance et de valorisation du travail pluriprofessionnel en libéral comme l'empêchant d'être pleinement dans l'approche centrée. En effet Langberg a ajouté le domaine « coordination des soins » à l'approche centrée, ce qui sous-entend un travail de coopération entre les divers intervenants de l'enfant. Ce travail, s'il est important pour le bon déroulement de la prise en charge, est compliqué à mettre en place en libéral. En effet, les nombreux échanges avec les autres professionnels autour de l'enfant (école, autres thérapeutes, médecins ...) prennent du temps et ce temps n'est pas valorisé. En assistant aux diverses réunions dans lesquelles notre rôle est pourtant primordial, nous devons annuler nos patients prévus, sans aucun dédommagement. Nous pouvons penser que l'approche centrée, ou du moins ce domaine de l'approche, pourrait être plus facilement appliquée dans l'exercice salarié, en hôpital ou en centres médico-sociaux.

Notre étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, seuls huit orthophonistes ont été interviewés, ce qui ne permet pas une généralisation à l'ensemble de la profession. En effet, ce faible échantillonnage n'a pas permis d'aller jusqu'à la saturation des entretiens, ce qui aurait garanti la fiabilité de l'étude. De plus, bien que les âges, patientèles, années d'exercice et type d'approche utilisées diffèrent entre chaque orthophoniste, seule une orthophoniste a été formée et exerce hors de la région de Nice. Cela constitue un biais indéniable de notre enquête car elle ne permet pas de rendre compte des différences de formation qu'offrent les nombreux centres de formation en orthophonie. Notre recherche permet cependant un état des lieux assez général sur l'application de cette approche.

Par ailleurs, nous retrouvons un biais de déclaration. En effet, nous ne pouvons nous assurer de la véracité des réponses offertes par les participants et l'analyse des différents corpus a été soumise à notre propre subjectivité et interprétation. Cependant, la retranscription rigoureuse et exhaustive des entretiens (en annexe 4) grâce aux enregistrements garantit la fiabilité des dires des participants.

Cette étude étant la première, à notre connaissance, à traiter de l'application de l'approche centrée sur le patient en orthophonie et en France, elle permet tout de même de bien appréhender le sujet en offrant de nombreuses pistes de réflexion et de recherche qui ne demandent qu'à être poursuivies, à plus

grande échelle cette fois. Avec l'émergence des approches qui mettent le patient au centre du système de soin, telles que l'EBP, l'éducation thérapeutique ou encore le partenariat-patient en médecine comme en orthophonie, il semblait important d'analyser les pratiques professionnelles des orthophonistes en termes d'approche centrée.

Il serait intéressant de poursuivre cette étude dans le domaine des troubles neurodéveloppementaux, avec un échantillon plus large, qui permettrait la saturation des entretiens et ainsi la consolidation de la méthodologie. Ce type d'étude pourrait nous permettre d'analyser davantage les pratiques professionnelles en termes d'approche centrée en fonction de chaque trouble neurodéveloppemental, car cette appellation regroupe de nombreuses pathologies qu'il est parfois difficile d'associer. Cette recherche peut également être étendue aux prises en charge d'adultes, ou encore aux orthophonistes exerçant en salariat. En effet, cela pourrait mettre en évidence des besoins propres aux orthophonistes (outils spécifiques, formation à cette approche plus ciblée sur la profession...) afin qu'ils puissent pleinement s'approprier cette notion.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Si l'approche centrée sur le patient tend à se développer et à se conceptualiser en médecine, aucune recherche n'a été menée en France dans le domaine de l'orthophonie à notre connaissance. C'est pourquoi il nous a semblé judicieux d'observer si les orthophonistes estimaient être dans cette approche, et de quelle manière. Pour cela, nous avons choisi d'interviewer des orthophonistes libéraux par le biais d'entretiens semi-dirigés. Durant ces entretiens étaient abordés les grands domaines de l'approche centrée mis en évidence par la méta-analyse de Mead & Bower puis de Langberg. Des questions portaient également sur les connaissances de l'approche et les limites éventuelles à sa mise en place en orthophonie. Nous avons donc recueilli les propos de huit orthophonistes d'âges, d'expériences, de pratiques et de patientèles différents.

L'objectif principal était d'observer comment les orthophonistes rendent compte de leur pratique de l'approche centrée lors des prises en charge en libéral des troubles neurodéveloppementaux. Nous avons également voulu mettre en évidence d'éventuels facteurs favorisant l'application de l'approche, et d'éventuelles limites quant à l'utilisation de l'approche en orthophonie. Nous avons également recueilli les connaissances des orthophonistes sur l'approche centrée.

Nos résultats ont montré que si tous les orthophonistes estiment être dans cette approche, ils ne le sont pas tous de la même manière. En effet, nous remarquons une grande disparité dans les domaines de l'approche évoqués par les thérapeutes. Au niveau des facteurs d'influence, le nombre d'années d'expérience du praticien ne semble pas être lié à l'application de l'approche centrée, les orthophonistes formés plus ou moins récemment évoquant en moyenne le même nombre de domaines de l'approche centrée. Le type de pratique (classique ou basée sur les preuves) de l'orthophoniste n'apparaît pas non plus comme lié à la mise en place de l'approche centrée. Cependant il est intéressant de noter que les orthophonistes utilisant l'EBP laisseraient davantage de pouvoir au patient que ceux dans une pratique plus classique.

L'approche centrée est cependant mal conceptualisée pour les orthophonistes, qui n'estiment pas pouvoir la définir de manière claire, même si certains affirment avoir lu des articles sur le sujet ou avoir abordé cette notion en cours. Par ailleurs il existe pour la plupart des orthophonistes enquêtés des limites quant à l'application de cette approche en orthophonie. Celles-ci sont de différents types : intrinsèques aux orthophonistes, le manque d'outils ou de littérature sur le sujet, ou encore le manque de valorisation du travail pluriprofessionnel en libéral.

Cette étude devra être poursuivie à plus grande échelle, et étendue au travail en salariat et à tout type de patientèle afin de pouvoir être généralisée à la profession entière. Cette recherche apporte toutefois un premier état des lieux sur l'approche centrée en orthophonie. Elle met en évidence la nécessité de garder le patient et les rapports humains au centre de nos prises en charge, ce qui est primordial pour mettre en place une pratique basée sur les preuves. Mieux connaître les questionnements, les demandes, ou les outils dont les thérapeutes ont besoin pour l'approche centrée permettra de les aider à profiter pleinement de ce courant qu'est l'EBP, qui tend à devenir la norme dans les pratiques orthophoniques. Dans ce sens, ce travail pourrait aboutir sur la création d'un outil permettant aux orthophonistes de mettre en place davantage l'approche centrée dans leur pratique. Il pourrait être intéressant de reprendre l'échelle PPOS (Patient-Practitioner Orientation Scale) de Krupat (2000) qui permet aux professionnels d'évaluer leur application de l'approche, afin de l'adapter à la pratique orthophonique. De plus les domaines développés dans les modèles de Mead & Bower et de Langberg pourraient être mis en parallèle avec des situations concrètes de prise en soin, afin d'illustrer de manière claire et pratique la mise en place d'une véritable approche centrée adaptée aux caractéristiques de la pratique orthophonique.

BIBLIOGRAPHIE

- Akrich, M., & Méadel, C. (2009). Les échanges entre patients sur l'Internet. *La Presse Médicale*, 38(10), 1484-1490. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2009.05.013>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition). American Psychiatric Association.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2005.). *Pratique fondée sur des preuves dans les troubles de la communication*. www.asha.org/policy
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., Loureiro, E., Ratajska, A., Silverman, J., Winterburn, S., & Rosenbaum, M. (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18-26. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269-276.
- Bardin, L. (2013). Chapitre II. Le codage. *Quadrige*, 134-149.
- Barra-Jover, M. (2012). Trouble de l'acquisition de la coordination et troubles de l'écriture : Peut-on parler de comorbidité ? *Developpements*, n° 12(3), 18-24.
- Bauman, A. E., Fardy, H. J., & Harris, P. G. (2003). Getting it right : Why bother with patient-centred care? *Medical Journal of Australia*, 179(5), 253-256. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05532.x>
- Bellon-Harn, M., Hartwell Azios, J., & Dockens, A. (2017). Speech-language pathologists' preferences for patient-centeredness. *Journal of communication disorders* 68, 81-88.
- Blanchet, & Gotman. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Armand Colin.

- Bourdy, C., Millette, B., Richard, C., & Lussier, M.-T. (2004). Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication. http://clge.fr/wp-content/uploads/2015/04/Guide_entrevue_Calgary_Cambridge.pdf
- Brin-Henry, F., Lederlé, E., Courrier, C., & Masy, V. (2018). Anamnèse. Dans *Dictionnaire d'orthophonie*. Ortho Edition.
- Byrne, P., & Long, E. (1976). Doctors Talking 10 Patients. A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in their Surgeries. *HMSO*.
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient And Family Engagement : A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies. *Health Affairs*, 32(2), 223-231. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>
- Patient. Dans *CNRTL* Consulté le 12 février 2020 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/patient>
- Code de la santé publique—Article L1111-4
- Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé. (2011). *Médecine, santé et sciences humaines (Les belles lettres)*.
- Collège Haut Normand des Généralistes Enseignants. (2008). Guide de Calgary Cambridge. Consulté le 29 avril 2020 sur https://rouen.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=41
- Cordier, J.-F. (2014). The expert patient : Towards a novel definition. *European Respiratory Journal*, 44(4), 853-857. <https://doi.org/10.1183/09031936.00027414>
- Deschênes, B., Jean-Baptiste, A., & Matthieu, E. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services, vers une collaboration optimale entre intervenants et avec le patient*. Consulté le 20 février 2020 sur http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

- Dilollo, A., & Favreau, C. (2010). Person-centered care and speech and language therapy. *Seminars in speech and language, 31*(2), 90-97
- Haute Autorité de Santé. *Education thérapeutique du patient (ETP)*. Consulté le 12 janvier 2020 sur https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/educationtherapeutique-du-patient-etp
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American journal of psychiatry 535-544*.
- Epstein, R., & Street, R. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *Annals of family medicine 100-103*.
- Estienne, F. (2004). Orthophonie et efficacité Les fondements d'une pratique. Solal.
- Fischer, G. N. (1996). Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Dunod.
- Flora, L. (2013). Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : État des lieux. *Education permanente 15, 59-72*.
- Gagnayre, R., & d'Ivernois, J.-P. (2008). Propositions pour l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient. *ADSP 58, 57-61*.
- Garcia, F. (2014). De la conception à la labellisation d'ateliers thérapeutiques pour adolescents dyslexiques. *L'éducation thérapeutique en orthophonie*.
- Guyatt, G., Montori, V., & Devereaux, P. (2004). Patients at the centre : In our practice, and in our use of language. *EBM notebook*
- Hart, J. T. (2002). Book of the Month : The Autonomous Patient: Ending Paternalism in Medical Care. *Journal of the Royal Society of Medicine, 95*(12), 623-624.
<https://doi.org/10.1177/014107680209501215>
- Hearld, & Alexander. (2012). Patient-centered care and emergency department utilization : A path analysis of the mediating effects of care coordination and delays in care. *Medical care research*

- Hervé, M.-J., & Maury, M. (2004). Le travail d'ajustement du thérapeute dans la co-construction d'une alliance avec les familles. *La psychiatrie de l'enfant* 47, 491-510.
- Hopf, C. (2004). Qualitative Interviews : An Overview. *A Companion to qualitative research*
- Ingesson, S. G. (2007). Growing Up with Dyslexia : Interviews with Teenagers and Young Adults. *School Psychology International*, 28(5), 574-591. <https://doi.org/10.1177/0143034307085659>
- Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health Education and Community Empowerment : Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. *Health Education Quarterly*, 21(2), 149-170. <https://doi.org/10.1177/109019819402100203>
- Jouet, E., Las Vergnas, O., & Flora, L. (2012). Patients' experiential knowledge recognition—A state of the art. *Socialno Delo* 51.
- Joyeux, N. (2014). Engagement in training of aphasics' family. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2006.01.005>
- Kaplan, B. J., N. Wilson, B., Dewey, D., & Crawford, S. G. (1998). DCD may not be a discrete disorder. *Human Movement Science*, 17(4-5), 471-490. [https://doi.org/10.1016/S0167-9457\(98\)00010-4](https://doi.org/10.1016/S0167-9457(98)00010-4)
- Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2016). L'orthophonie en France. *Que sais-je*, 2571.
- Krupat, E., Hiam, C. M., Fleming, M. Z., & Freeman, P. (1999). Patient-Centeredness and its Correlates among First Year Medical Students. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(3), 347-356. <https://doi.org/10.2190/DVCQ-4LC8-NT7H-KE0L>
- Lambert, V., Colé, P., & Rey, Y. (2006). Prise en charge orthophonique des dyslexiques : Influence des représentations familiales. *Pratiques Psychologiques*, 12(3), 365-377. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.06.004>

- Langberg, E. M., Dyhr, L., & Davidsen, A. S. (2019). Development of the concept of patient-centredness - A systematic review. *Patient education and counseling*, 102(7), 1228–1236. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.023>
- Laplante-Levesque, A., & Hickson, L. (2014). An Australian survey of audiologists' preferences for patient-centredness. *International journal of audiology* 76-82.
- Launay, L. (2018). Du DSM-5 au diagnostic orthophonique : Élaboration d'un arbre décisionnel. *Rééducation orthophonique* 273, 71-92.
- Leahy, M. (2004). Therapy Talk : Analyzing Therapeutic Discourse. *Language Speech and Hearing Services in Schools* 35, 70-81.
- Leahy, M., & Walsh, I. P. (2008). Talk in Interaction in the Speech-Language Pathology Clinic : Bringing Theory to Practice Through Discourse. *Topics in language disorders* 28, 229-241.
- Légaré, F., Turcotte, S., Stacey, D., Ratté, S., Kryworuchko, J., & Graham, I. D. (2012). Patients' Perceptions of Sharing in Decisions : A Systematic Review of Interventions to Enhance Shared Decision Making in Routine Clinical Practice. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 5(1), 1-19. <https://doi.org/10.2165/11592180-000000000-00000>
- Levenstein, J. H., Mccracken, E. C., Mcwhinney, I. R., Stewart, M. A., & Brown, J. B. (1986). The Patient-Centred Clinical Method : A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine. *Family Practice*, 3(1), 24-30. <https://doi.org/10.1093/fampra/3.1.24>
- Lincoln, Y. S. (1995). Emerging Criteria for Quality in Qualitative and Interpretive Research. *Qualitative Inquiry*, 1(3), 275-289. <https://doi.org/10.1177/107780049500100301>
- Maatouk-Bürmann, B., Ringel, N., Spang, J., Weiss, C., Möltner, A., Riemann, U., Langewitz, W., Schultz, J.-H., & Jünger, J. (2016). Improving patient-centered communication : Results of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 117-124. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.012>

- Mackintosh, N. (1995). Self-empowerment in health promotion : A realistic target? *British Journal of Nursing*, 4(21), 1273-1278. <https://doi.org/10.12968/bjon.1995.4.21.1273>
- Martinez-Perez, T., Dor, O., & Maillart, C. (2015). Préciser, argumenter et évaluer les objectifs thérapeutiques pour améliorer la prise en charge orthophonique. *Rééducation orthophonique* 261.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness : A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Mladovsky, P., Allin, S., Masseria, C., Hernández-Quevedo, C., McDaid, D., & Mossialos, E. (2010). Health in the European Union : Trends and Analysis. *Health in the european union*
- OMS. (2019). *CIM-11*. Consulté le 15 janvier 2020 sur <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- OMS / *Maladies chroniques*. (2011). WHO. Consulté le 21 décembre 2020 sur https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- Parisse, C., & Maillart, C. (2010). Nouvelles propositions pour la recherche et l'évaluation du langage chez les enfants dysphasiques. *Autour du mot : Pratiques et compétences* (p. 201-222).
- Pierron, J.-P. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *sciences sociales et santé*, 25, 43-66. <https://doi.org/10.3917/sss.252.0043>
- Pomey, M.-P., & Ghadi, V. (2009). La participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé : une dynamique encore à construire *Santé société solidarité* (p. 53-61).
- Poupart, J., Deslauriers, & Groulx. (1997). L'entretien de type qualitatif : Considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Gaetan Morin.
- Rogers, C. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Houghton Mifflin Company.

- Rogers, C. (1974). *Client-centered theory*. Brunner/Mazel.
- Sackett, D., Rosenberg, W., & Muir Gray, J. (1996). Evidence based medicine : What it is and what it isn't. *BMJ* 312, 71-72.
- Sackett, D., Straus, S., & Richardson, W. (2000). *Evidence-based medicine : How to practice and teach EBM*. *BMJ*.
- Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. (2008). Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *Journal of the national medical Association* 1275-1285.
- Schelstraete, M.-A., Bragard, A., & Collette, E. (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant : Interventions et indications cliniques*. Elsevier-Masson.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2005). *Skills for Communicating with Patients* (2nd edition). CRC press.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2010). *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. *Médecine et hygiène*.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes : A review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.
- Tannier, C. (2013). Éthique de l'autonomie et relation de soins. *Revue hospitalière de France* 550.
- Timmreck, T. C. (1982). Some challenges in the management of community Health Education. *Health Policy and Education*, 3(3), 223-228. [https://doi.org/10.1016/0165-2281\(82\)90003-0](https://doi.org/10.1016/0165-2281(82)90003-0)
- Tyler, A., Lewis, K., & Haskill, A. (2003). Outcomes of Different Speech and Language Goal Attack Strategies. *Journal of speech language and hearing research* 46, 1077-1094.
- Worms, F., Mino, J. C., Lefève, C., & Benaroyo, L. (2010). *La philosophie du soin : Éthique, médecine et société*. Presses Universitaires de France.
- Zesiger, P. (2004). Neuropsychologie développementale et dyslexie. *Enfance* 56, 237-243.

ANNEXES

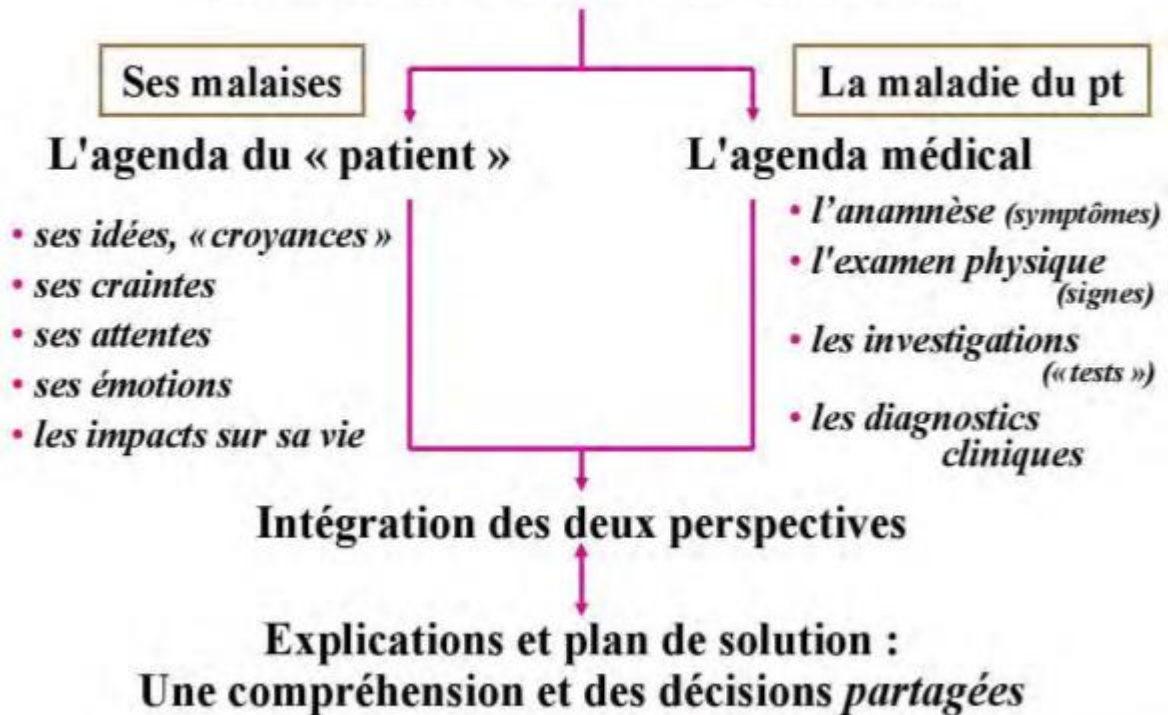
Annexe 1 : Modèle maladie-malade sous forme de tableau

Collège Haut Normand des Généralistes Enseignants (CNGE), 2008

https://rouen.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=41

Une approche centrée sur le « patient » !

La rencontre « patient » - médecin



[#] Traduit et adapté de Stewart M et coll , 1995

Annexe 2 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Papier de consentement à donner

(Préciser que ça sera enregistré dans le cadre de l'étude et anonymisé lors de la retranscription)

Lancer l'enregistrement

Rappel du thème de l'étude :

Dans le cadre de mon mémoire de master 2 d'orthophonie, dirigé par N. Joyeux je cherche à analyser les pratiques professionnelles des orthophonistes adoptant une prise en charge centrée sur le patient. Pour cela je m'intéresse plus spécifiquement à cette approche dans la PEC des troubles neurodéveloppementaux.

Mon objectif est d'analyser ces données afin d'établir un état des lieux de l'application de cette approche en orthophonie dans le cadre des troubles neurodéveloppementaux.

Questions préliminaires

Diplômé depuis combien de temps ?

Type de patientèle

Expérience ? formations ?

Connaissances sur l'approche

Connaissez-vous bien cette approche ? connaissances théoriques ?

Comment l'avez-vous connue ? en avez-vous déjà entendu parler ? par qui ?

Question de départ

Pensez-vous être dans cette approche centrée sur le patient ?

Que mettez-vous en œuvre (posture, outils) afin de rendre vos prises en charge des troubles neurodéveloppementaux centrées sur le patient ?

Thèmes à développer

- Le patient et son trouble

Explication du trouble par l'orthophoniste

Compréhension du trouble par le patient ?

Recueil des **besoins et attentes du patient** ? sur la connaissance du trouble

Besoins / attentes de la famille sur la connaissance du trouble

Connaissance du **rôle de l'orthophoniste**

Stratégies de facilitation spontanées de l'enfant / fournies par l'ortho

- Environnement du patient

Facteurs de risque / de protection

Implication de **la famille**

Identification des **situations** qui mettent le patient en **difficulté**

Aménagements scolaires

Lien avec les **autres professionnels** ?

- Adhérence du patient (alliance thérapeutique)

Adaptation de la PEC aux **intérêts** du patient

Motivation de patient

Alliance thérapeutique en place ?

Etablissement d'un « **contrat** » avec l'enfant ? selon l'âge

PEC **écologique** pour le patient / objectifs concrets ?

Besoins et attentes du patient sur la PEC = objectifs ?

Revue régulière des objectifs ?

Posture/ outils utilisée selon l'âge du patient ? Qu'utilisez-vous déjà ?

- Pouvoir et connaissances partagées

Déterminer les objectifs : qui décide ? en fonction de quoi ?

Évaluer les connaissances du patient ?

Entraînements à la maison ?

Connaissances du patient ?

Groupes de parole / associations ?

Et La place des parents ?

Limites de l'Approche centrée :

besoins/ limites de cette approche en orthophonie ?

En fonction du type de trouble ? de l'âge des enfants ?

Implication de la famille ?

Remarques / questions ?

Annexe 3 : Grille d'analyse thématique des entretiens

Thème	Sous-thème	Réponses (idées ou citations)
Données sur l'orthophoniste	Sexe	
	Années de pratique	
	Patientèle	
	Parcours	
Connaissances de l'approche	Ma définition de l'approche centrée	
	Où j'en ai entendu parler	
Application de l'approche centrée	Oui / Non	
	Modalités	
	Venue à cette approche	
Domaines de l'approche centrée évoqués	Le patient et son trouble (Individualité du patient / Dimension bio-psychosociale)	
	Adhérence du patient	
	Connaissance et pouvoirs partagés	
	Coordination des soins	
	Le soignant en tant que personne	
Limites à cette approche	Outils	
	Type de patientèle	
	Autres	
Autres données inattendues		

Annexe 4 : Retranscription des entretiens

Extrait de la retranscription des entretiens, dont l'intégralité est disponible à l'adresse suivante

<https://drive.google.com/file/d/1-fQxqJGf3QH0LIRGqzFZo0NtZDaUwDP/view?usp=sharing>

<i>Repère</i>	<i>O5</i>	<i>Domaines</i>	<i>Remarques</i>
<i>Séquence 1</i>	<p>Pouvez-vous me dire les grandes lignes de votre parcours ?</p> <p>Alors j'ai été diplômée il y a 30 ans. J'ai travaillé en libéral et en structure hospitalière, puis j'ai continué le libéral sans interruption jusqu'à maintenant. En structure hospitalière j'ai commencé en ORL ensuite neurologie ensuite un CAMPS, neuropédiatrie et j'ai fini avec le centre des apprentissages.</p> <p>Dans mon parcours j'ai pas parlé des formations, vous voulez que je vous parle des formations ?</p> <p>Alors uniquement s'il y a des formations qui ont vraiment modifié votre pratique ou qui peuvent être en lien avec l'approche centrée</p> <p>Alors oula oui parce que j'en ai fait une centaine je pense, mais alors c'est vrai que dans beaucoup de formations on nous parle d'approche centrée forcément oui l'éducation thérapeutique l'approche centrée oui c'est abordé dans la plupart des formations. Et puis moi-même dans ma pratique c'est ce que j'ai toujours fait c'est un peu du bon sens quoi non ?</p>		<p>Formée il y a 30 ans Libéral + hôpital</p> <p>Education thérapeutique Approche centrée abordée dans la plupart des formations</p> <p>Bon sens</p>
<i>Séquence 2</i>	<p>Etes-vous dans cette approche centrée, pourquoi ?</p> <p>Ça me paraît un peu évident mais bon non ? enfin je sais pas à moins de se centrer sur ... Non je sais pas. Enfin on est en relation duelle avec le patient donc on est forcément centrée sur le patient j'vois pas sur quoi on peut se centrer d'autre.</p> <p>Et donc qu'est-ce que vous mettez en œuvre pour que votre approche soit centrée sur le patient</p> <p>Quand vous dites patient est ce que vous incluez les parents ?</p>		<p>Evidence Relation duelle</p>
<i>Séquence 3</i>	<p>Oui oui le patient et l'entourage oui</p> <p>Alors donc moi ma pratique c'est que je... les parents donc assistent avec l'enfant au bilan et aux séances de rééducation. Donc je travaille beaucoup avec les parents puisque je donne des entraînements à domicile. Ensuite ça passe bien sûr sur l'information donc j'explique donc je donne le diagnostic et j'explique au bilan déjà les épreuves que l'enfant va passer je lui explique directement à lui, les questions je les pose directement à lui et quand j'explique le diagnostic je m'adresse également à lui et je lui explique les choses en essayant de m'adapter à son âge, à son intelligence, à ses capacités ... j'évite de m'adresser directement aux parents même s'ils sont là je m'adresse à l'enfant. Voilà ça ça me paraît important. Sinon y'a beaucoup de choses que je fais naturellement</p>	<p>Dimension bio psycho sociale</p> <p>Pouvoirs et connaissances partagés</p> <p>Individualité du patient</p>	<p>Entraînements à la maison</p> <p>Dialogue</p> <p>S'adresser à l'enfant</p>

Ratel Agathe

Approche centrée sur le patient : le cas des troubles neurodéveloppementaux

Enquête auprès d'orthophonistes

La place du patient a été revalorisée au cours du XX^{ème} siècle, et avec cette évolution s'est développée l'approche centrée sur le patient. Les études soulignent les effets bénéfiques de l'approche dans la prise en soin médicale des maladies chroniques. Cette démarche centrée semble être adaptée aux prises en soin orthophoniques cependant, rares sont les études portant sur le sujet.

L'objectif principal de notre étude était d'observer si les orthophonistes libéraux appliquent cette approche lors de leurs prises en soin des troubles neurodéveloppementaux, et de quelle manière.

Nos objectifs secondaires avaient pour but de dégager des facteurs d'influence comme le nombre d'années de pratique du praticien ou son type de pratique. Nous avons également voulu vérifier les connaissances qu'avaient les orthophonistes sur cette approche, et l'existence d'éventuelles limites à l'application de celle-ci. Nous avons pour cela réalisé une enquête par entretien auprès de huit orthophonistes libéraux.

Nos résultats ont mis en évidence que les orthophonistes appliquent cette approche, mais pas tous de la même manière. Le type d'approche de l'orthophoniste (classique ou basée sur les preuves) serait par ailleurs un facteur favorisant le pouvoir donné au patient. Cependant il existerait certaines limites entravant la pleine utilisation de l'approche qui, selon les orthophonistes interrogés, reste mal conceptualisée.

Malgré la faible population étudiée, l'étude offre un regard sur l'approche centrée en orthophonie. D'autres études, plus vastes, permettraient de mieux conceptualiser l'approche et ainsi la rendre adaptée aux spécificités du métier. En effet, connaître et maîtriser l'approche centrée permet de mieux s'approprier l'evidence-based-practice qui place le patient au centre de sa prise en charge.

Mots-clés : troubles neurodéveloppementaux, approche centrée sur le patient, pratiques professionnelles, orthophoniste libéral, enfant et adolescent

Professional practices of french speech therapists regarding the application of the patient-centeredness in neurodevelopmental disorders

The position of the patient was upgraded during the 20th century, and with this evolution a more patient-centeredness approach developed. Studies underline the beneficial effects of this approach in the medical care of chronic diseases. This centered approach seems to be suitable for speech therapy care, however, there are few studies on the subject.

The main objective of our study was to see whether and how liberal speech-language therapists apply this approach when caring for neurodevelopmental disorders. Our secondary objectives were the identification of influencing factors such as the practitioner's number of years of practice or his type of practice. We also wanted to check their knowledge of this centered approach, and the existence of possible limits to its application. To do so, we conducted a survey by interviewing eight liberal speech and language therapists.

Our results have shown that speech and language therapists apply this approach, but do not do it the same way. The speech therapist's type of approach (classic or evidence-based) would also be a factor favoring the power given to the patient. However, there would be certain limits that hinder the full use of the approach, which, according to the speech therapists interviewed, remains poorly conceptualized.

Despite the small population studied, the study offers an interesting overview of the patient-centeredness in speech and language therapy. Larger studies, would be helpful to conceptualize the approach and make it suitable for the specificities of the profession. The centered approach is necessary to keep the human side of our care which tends to become more technical and scientific with the emergence of approaches like evidence-based-practice.

Keywords : neurodevelopmental disorders, patient-centeredness, professional practices, french speech therapist, child and teenager