



HAL
open science

La dernière séance : comment bien terminer une prise en soin orthophonique ?

Estelle Lasfargues, Anna Prual

► To cite this version:

Estelle Lasfargues, Anna Prual. La dernière séance : comment bien terminer une prise en soin orthophonique ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-04007707

HAL Id: dumas-04007707

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04007707v1>

Submitted on 28 Feb 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Marseille

La dernière séance : comment bien terminer une prise en soin orthophonique ?

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention
du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Estelle LASFARGUES et Anna PRUAL

Sous la direction de
Julie RICCIO GRONDIN

16 juin 2022

Remerciements

Nous tenons à remercier grandement les orthophonistes ayant participé à notre mémoire, notamment Mireille Kerlan, Isabelle Ali et Colette Lignon pour leur expertise et le temps accordé à nos entretiens.

Nous remercions également Virginie Escoffier, Thémis Forêt, Audrey Lacroix, Véronique de Larturière, Lorène Marchand-Arnal, Mélanie Millet, Aurélie Pellaton et Odile Saulnier qui se sont investies avec enthousiasme pendant 6 mois pour les groupes de réflexion et nous ont apporté leur expérience clinique, leur soutien et leur bonne humeur.

Merci à toutes celles et ceux ayant répondu au questionnaire, ce qui nous a permis d'avoir des données chiffrées conséquentes sur cette thématique et une première vision de l'expérience clinique des orthophonistes.

Nous remercions également les personnes ayant relu notre mémoire pour leurs critiques constructives qui nous ont aidé à aller toujours plus loin ainsi qu'à nos familles et amies qui nous ont soutenu pendant ces deux années.

Merci à Nathaly Joyeux d'avoir accepté d'être membre du jury de notre soutenance.

Enfin, un grand merci à Julie Riccio, notre directrice de mémoire, qui a su par sa gentillesse et sa justesse nous accompagner tout au long de nos réflexions, doutes et victoires.

Sommaire

Introduction	4
Etat des lieux	5
1. Une relation thérapeutique forte	5
2. Pourquoi une thérapie orthophonique prend-elle fin ?	5
3. Lorsque le patient résiste	6
4. La fin des soins peut être mal acceptée	8
5. Les stratégies de “sevrage” : une réflexion à poursuivre	8
6. Viser l’autonomie, pas la guérison	10
7. Savoir arrêter les soins, une compétence qui distingue les novices des experts	11
Matériel et Méthode	13
1. Questionnaire	13
2. Groupes de réflexion	14
3. Entretiens avec des expertes	17
Résultats du questionnaire	18
Discussion	33
1. La dernière séance, un moment délicat pour les orthophonistes ?	33
2. Une pratique plus structurée est souhaitable et envisageable	35
3. Synthèse : 8 préconisations pour la pratique clinique	39
Conclusion	44
Bibliographie	45
Annexes	47
A. Tableau récapitulatif du questionnaire	47
B. Outils proposés aux groupes de réflexion	48
C. Trame d’entretien avec les expertes	55
D. Les 8 préconisations	56
Résumé	57
Abstract	58

Introduction

Au cours de nos études, nous sommes très bien formés à la première séance : rencontre avec le patient, anamnèse, bilan et diagnostic orthophonique... mais la dernière séance est rarement abordée. Or, nous avons constaté dans nos stages des incompréhensions et parfois de réelles difficultés à envisager la fin des soins, autant pour les orthophonistes que pour les patients et leur entourage.

Partant du constat que **la fin de prise en soin est une réelle problématique** sur laquelle il faut se questionner en tant que praticien, nous menons ce mémoire en nous demandant comment, actuellement, les orthophonistes mettent fin à leurs prises en soin. Certains le font plus facilement que d'autres. Comment les aider à vivre au mieux cette étape en tant que personne, praticien mais également pour et avec le patient ? En effet, le patient doit être au centre de nos questionnements et c'est pour cela que nous avons mis en lien ces recherches avec l'Evidence Based Practice (EBP) et notamment le pilier "patient" qui s'attache à interroger et respecter les préférences et valeurs du patient. D'une manière générale, l'EBP vise à réduire l'incertitude lors de la prise de décision clinique et améliorer les pratiques professionnelles. Ainsi, est-il possible de rédiger des **préconisations pour terminer sereinement une prise en soin orthophonique** ?

Etat des lieux

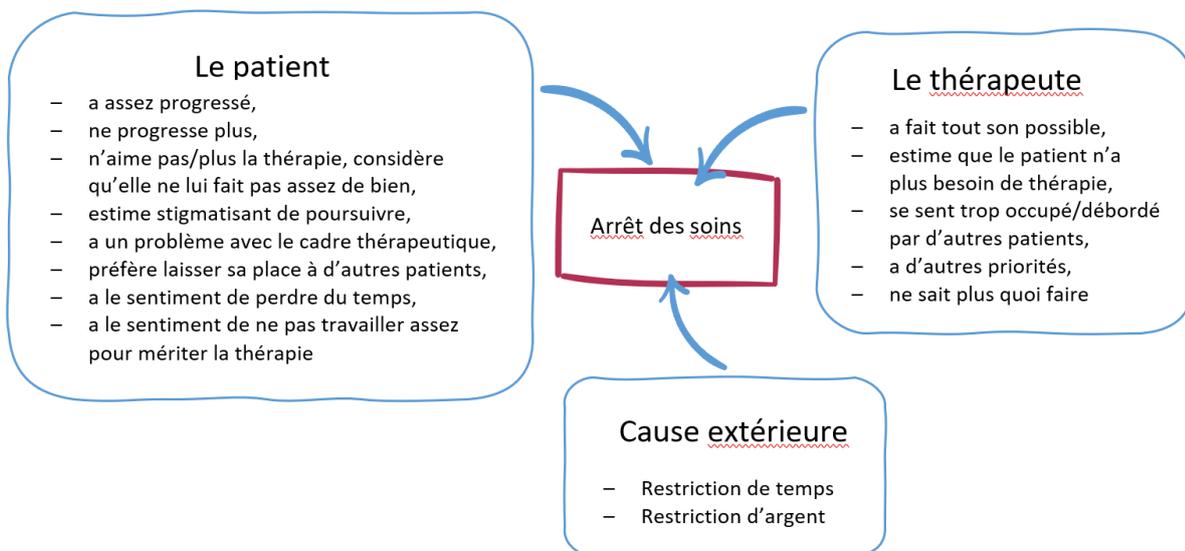
1. Une relation thérapeutique forte

L'orthophonie est l'un des plus longs actes thérapeutiques parmi les professions de santé (Thibault, 2007). Lorsque les soins orthophoniques durent plusieurs années, à raison parfois de deux à trois séances par semaine, une relation thérapeutique forte se noue. Il est alors indispensable d'anticiper l'arrêt des soins.

Deborah Hersh, orthophoniste australienne est celle qui a le plus réfléchi et publié sur le sujet de l'arrêt des soins en orthophonie. Dans ses nombreux articles (2003, 2009, 2010), elle affirme que **la manière dont le thérapeute gère cette fin de prise en charge reflète la qualité de la relation de soin**. Les orthophonistes reconnaissent que leurs relations avec leurs patients sont à la fois professionnelles et personnelles : la fréquence et la durée des soins amènent à nouer des liens de codépendance voire d'amitié. L'orthophoniste se heurte au "*paradoxe de construire une authentique relation vouée à être rompue*" (Hersh, in Baker, 2010).

2. Pourquoi une thérapie orthophonique prend-elle fin ?

Hersh (2009b) analyse que la fin de la thérapie peut venir de trois pôles, que nous avons schématisés ainsi :



Cette analyse est faite dans le contexte de santé australien et en aphasiologie.

Dans notre contexte français, les soins orthophoniques sont pris en charge à 60% par la CPAM et 40% par la mutuelle ; la cause extérieure "restriction d'argent" est donc quasiment annulée.

Les causes d'arrêt des soins apparaissent selon cette analyse comme multiples et **subjectives**. Cette subjectivité est délétère car elle génère incompréhension et indécision. Patients et orthophonistes ont tout à gagner à déterminer ensemble les conditions d'arrêt, et mesurer régulièrement la progression vers ce cap.

3. Lorsque le patient résiste

Pour Langgut (1983), lorsque le patient retire un bénéfice particulièrement élevé en suivant une thérapie, il devient dépendant du thérapeute et "résiste" à la fin de prise en soin : il poursuit le comportement qui l'a amené à consulter (dysphonie, bégaiement, défaut d'articulation, etc.). Langgut cite Cole et Lejeune (1972) : *"ils font peut être ainsi principalement parce que la maladie soulage la pression des attentes sociales et peut être un moyen légitime d'éviter de se confronter aux responsabilités sociales"*¹.

Ce mécanisme est inconscient et involontaire.

Le psychologue humaniste Carl Rogers remarque aussi que lorsqu'il pense à la possibilité que sa thérapie se termine, *"le client a une attitude ambivalente bien connue qui accompagne toute expérience de croissance. Il a peur que, s'il quitte le thérapeute, tous ses problèmes reviennent et qu'il soit incapable d'en venir à bout"* (p.212). De nouvelles difficultés, ou une résurgence des difficultés initiales, sont souvent constatées, *"phénomène momentané, amené par la peur de perdre le soutien de la relation d'aide [mais] les satisfactions d'indépendance et de croissance l'emportent de loin sur le confort qu'il y a à rester dépendant"* (p.212).

Langgut (1983) affirme que la recherche de soins médicaux en général et la dépendance au traitement dépendent de facteurs socio-économiques et culturels ainsi que du genre et de l'âge de la personne. Les catégories socioprofessionnelles supérieures, les femmes et les seniors sont le plus en demande de soins et les plus dépendants vis-à-vis de leurs thérapeutes. Langgut a cherché si ces critères étaient confirmés pour l'orthophonie. Elle a interrogé 159 cliniciens, dans 42 États des États-Unis. 86% ont répondu par l'affirmative à la question *"est-ce que les patients résistent parfois à la fin des soins ?"*² Mais pour 73% des orthophonistes interrogés, les patients "résistants" représentent moins de 10% du total de patients. Les orthophonistes interrogés reconnaissent que les patients viennent chercher une interaction sociale et un soutien

¹ *"They may do so primarily because illness relieves the tension of pressing social expectations and can be a legitimate way of excusing failure to meet social responsibilities"*

² *"Do clients sometimes resist discharge?"*

émotionnel ou psychologique au-delà du traitement orthophonique. Ainsi, moins les patients sont à l'aise dans leur vie en général (personne âgée, isolée ou entourée par des proches peu aidants), plus ils résistent à la fin des soins. Par ailleurs, toujours d'après cette étude, si le patient est adressé par un médecin, il se sent plus légitime dans sa pathologie et se montre donc moins enclin à arrêter les soins.

Les parents ou l'entourage du patient peuvent aussi être à l'origine d'une résistance.

Pour Hersh (2009b), trois facteurs principaux influencent le ressenti des patients, dans le contexte de la thérapie de l'aphasie :

- leur histoire personnelle,
- leur notion du rétablissement (*recovery*)
- leur ressenti sur la thérapie.

L'impression de retrouver ses facultés ou non influe sur le sentiment d'avoir terminé la prise en soins ou non. En aphasiologie, la récupération est incertaine. Certains estiment qu'ils ont récupéré quand ils auront les mêmes facultés qu'avant mais ce n'est pas forcément l'objectif thérapeutique (car non atteignable), d'autres acceptent que la thérapie les aide à compenser un handicap qui s'est installé.

Les paramètres logistiques influencent aussi le vécu de la fin pour le patient : distance avec le lieu de domicile, moyens de transports nécessaires... ou au contraire séances à domicile. Le cadre thérapeutique (fréquence des séances, exercices donnés ou non entre les séances...) entre également en jeu. Enfin, la posture du thérapeute (encouragements, valorisation, empathie) est un élément-clef de l'acceptation ou de la résistance du patient à la fin des soins.

Hersh (2009b) conclut en regrettant la trop fréquente confusion du patient sur la raison de l'arrêt : ils en parlent rarement avec leur thérapeute et ne sont pas capables de discuter sa décision lorsque celui-ci la leur annonce. Les patients avec aphasie sont désarmés. Une décision plus en coopération serait plus satisfaisante pour les deux parties et montrerait de meilleurs résultats sur la thérapie.

4. La fin des soins peut être mal acceptée

Nos recherches en littérature ont abouti sur un nombre restreint d'articles (23) mais la totalité mentionne des situations difficiles. Les titres des articles sont évocateurs (nous soulignons) : *“The end of an affair : Discharging clients from speech language pathology”* (Roulstone, 2010) ou encore *“The dilemma of discharge and some possible solutions”* (Togher, 2010). “La fin d'une liaison”, “le dilemme”, ce sont des termes forts qui nous ont alertées sur la possible difficulté de mettre fin à la thérapie. Dans l'article précité, Togher constate que *“s'il est certain que la fin des soins peut être un moment positif pour certains patients, elle peut être également un moment où les personnes se sentent abandonnées, voire dépossédées et, dans certains cas, en colère”*³.

Hersh formule dans un article daté de 2010 des recommandations pour *“aider à réduire l'anxiété des nouveaux cliniciens à propos de la fin des soins, aider à clarifier et améliorer les approches d'arrêt de soin utilisées par les cliniciens et conduire à de meilleures expériences pour les patients”*⁴. C'est donc que les cliniciens se heurtent à ce moment de l'annonce de l'arrêt des soins et le redoutent.

La plupart des articles sont écrits dans un contexte de soins anglo-saxon (Royaume-Uni et Australie), où le nombre de séances remboursées est restreint, défini à l'avance par pathologie sans tenir compte de la situation individuelle et non renouvelable. En outre, les auteurs de ces articles font référence aux pathologies neurologiques, pour lesquelles l'orthophoniste travaille le plus souvent sur des objectifs de compensation, pas de guérison, et le patient doit faire le deuil de ses anciennes capacités. Même en tenant compte de ce contexte spécifique (pathologies longues, non guérissables et soins limités), ces articles soulignent la nécessité de réfléchir et de se préparer à la dernière séance.

Or, orthophonistes et patients abordent rarement le sujet de la fin des soins avant que la décision ne soit imminente (Hersh, 2009a). Un flou persiste, aussi bien chez le patient que chez le thérapeute, sur les conditions d'arrêt.

5. Les stratégies de “sevrage” : une réflexion à poursuivre

Hersh (2003) a interrogé 30 orthophonistes australiens (entretiens semi-dirigés d'1 à 2 heures chacun, réalisés entre 1999 et 2000, auprès de différents professionnels (1 homme et 29

³ *“while it is acknowledged that discharge can be a positive time for some clients, it can also be a time where people feel abandoned, even bereft and, in some cases, angry”*

⁴ *“help reduce anxieties about discharge for new clinicians, help to clarify and improve the discharge approaches used by clinicians and lead to better discharge experiences for clients”*

femmes) exerçant dans différents milieux (ruraux, urbains, privés, publics), avec différents patients (pas seulement des aphasiques) et avec différentes durées d'expérience clinique). Elle a identifié 19 stratégies pour ce qu'elle nomme "*weaning*" ("sevrage" en français). C'est un terme fort, qui illustre bien la notion de dépendance dans la relation thérapeutique. Ces stratégies sont regroupées en 5 catégories :

- "*wait and see*" = attendre que le patient demande lui-même l'arrêt
- "*negociation*" = 4 stratégies orientées dans la discussion avec le patient
- "*preparation*" = 7 stratégies destinées à amener la fin "en douceur"
- "*separation*" = espacement des séances
- "*replacement*" = transfert vers d'autres professionnels, d'autres services, ou des associations, loisirs et exercices à réaliser en autonomie.

Hersh plaide en faveur d'**une pratique réflexive**. Elle constate que les orthophonistes utilisent consciemment ou non plusieurs de ces stratégies à la fois, stratégies qui "***méritent d'être analysées, réfléchies et enseignées***" (p.1026).

En effet, le "sevrage" n'est pas une dérive passive vers l'indépendance. Il nécessite une planification, des efforts et une négociation qui en font **un processus actif, sur une période précise**, et qui implique un changement d'habitude plutôt que le simple constat d'une maturation (p.1008).

Les techniques de "sevrage" visent à **protéger** :

- les patients (en leur laissant le temps de s'habituer au changement à venir, à la perspective de l'arrêt des soins),
- les orthophonistes (en prenant de plus en plus de distance avec le patient, en leur permettant de renouveler leur patientèle et en leur laissant le contrôle de la thérapie),
- et le système (en assurant un renouvellement de patientèle) (p.1021-1025).

Hersh propose dans cet article soixante pistes publiées en 2003 pour le "sevrage" :

- déterminer des **objectifs** (et mieux : faire déterminer des objectifs par le patient)
- proposer un travail de plus en plus "**écologique**" et "fonctionnel"
- réaliser des **bilans** car ils objectivent les résultats, permettent de réajuster les objectifs et aussi renforcent le patient dans son autonomie et dans sa conviction qu'il peut réussir seul.

6. Viser l'autonomie, pas la guérison

Roulstone donne quelques pistes pour définir le cap, dans un article écrit en 2010 à la suite de celui de Hersh. Le contexte est celui des Troubles Développementaux du Langage Oral, ce qui permet de généraliser les constats faits pour l'aphasiologie vers d'autres pathologies. Deux recommandations ont retenu notre attention :

- la notion de "guérison" doit être oubliée (c'est la fin "idéale" de la thérapie mais pas la fin "réaliste")
- les attentes des parents diffèrent souvent de celles des orthophonistes (les objectifs au départ et la décision d'arrêter les soins par la suite doivent être discutés entre le thérapeute et le patient et son entourage).

Ces éléments rejoignent la notion de "**reliquat non résolu**" développée par Watzlawick (in Estienne, 2004) : le problème ou le trouble pour lequel une personne consulte ne sera jamais totalement résolu ; il sera atténué et le bien-être de la personne amélioré. Il est donc nécessaire de se libérer de l'utopie du "tout ou rien" / "succès ou échec". Le patient doit quitter la thérapie avec une confiance accrue dans ses possibilités et une dépendance moindre à l'égard des "béquilles" de la thérapie. Sylvie Robel, orthophoniste, considère que "*la fin d'un traitement et sa finalité ne sont que rarement - jamais ? - superposables*" et encore que

la fin d'un traitement orthophonique peut être envisagée lorsque celle-ci ne risque pas de mettre à mal le "continuum de compréhension du langage", à savoir le sentiment que le patient a d'être en mesure de trouver du sens dans le monde qui l'entoure, et ce de façon indissociable du sentiment d'être en capacité de communiquer à autrui ses états internes et la signification qu'il y met (Robel, 2022, p.47).

C'est la thèse défendue également par Carl Rogers :

on ne s'attend pas à ce que ses problèmes soient tous résolus par la thérapie, pas plus qu'on en fait un but souhaitable. Une existence satisfaisante ne consiste pas en une vie sans problème, mais en une vie où une intention unifiée et une confiance en soi fondamentale trouvent leur satisfaction dans une continuelle attaque des problèmes (Rogers, 1970, p.209).

Lorsque la relation thérapeutique tend à se transformer en relation sociale, que le patient et/ou son entourage commencent à poser des questions personnelles, à tenter de s'immiscer dans la vie du thérapeute, c'est signe que le patient a grandi, s'est autonomisé. La fin de thérapie est proche (Rogers, 1970).

On se rend de plus en plus compte que les professionnels de la santé et des services sociaux doivent travailler avec leurs patients pour les aider à acquérir les outils nécessaires à l'amélioration de leur auto-contrôle. C'est un pas en avant qui s'éloigne significativement de l'ancienne vision paternaliste du soin⁵ (Roulstone, 2010).

Cette direction vise "l'empowerment", terme défini en français comme le "développement du pouvoir d'agir". Les patients deviennent alors pleinement acteurs de leur rééducation.

7. Savoir arrêter les soins, une compétence qui distingue les novices des experts

Alors que la première séance a fait l'objet de nombreuses réflexions, et qu'une architecture rédactionnelle du bilan est inscrite dans la Convention nationale des orthophonistes, aucune indication précise n'est fournie pour l'arrêt des soins. "*L'orthophoniste se doit d'approfondir sa réflexion, de modéliser sa démarche d'initiation comme de clôture de traitement*" (Coquet, 2007). Nous avons trouvé dans la littérature quelques (rares) réflexions et recommandations sur les critères d'arrêt de prises en soins, la durée des soins selon les pathologies mais rien sur la dernière séance elle-même, ni sur son annonce ni sur son déroulement. Or, "*la dernière rencontre devrait avoir un caractère aussi précieux et unique que la première rencontre*" (Calvarin, 2007). La dernière séance répond à la première, en miroir, car "*il existe une relation entre l'annonce initiale et l'annonce du terme de la rééducation*" (Leloup, 2007).

Dans son ouvrage traitant de l'éthique en orthophonie, Mireille Kerlan recommande aussi de prendre du temps pour préparer la fin et se séparer en douceur, sans donner plus de précisions. Pourtant, mettre un terme est **un véritable savoir-faire** qui ne s'improvise pas. Hersh milite pour un enseignement formel en Formation Initiale comme en Formation Continue (Hersh, 2010c). Elle constate que la fin de thérapie n'est pas enseignée explicitement à l'université. Les cliniciens développent leurs propres intuitions et pratiques sans repères. Cette absence d'enseignement dessert les thérapeutes et les patients. Il serait du ressort des thérapeutes de transmettre explicitement leurs expériences aux stagiaires, afin que ce processus d'arrêt de prise en charge paraisse moins culpabilisant.

⁵ "*There is a growing realization that health and social care professionals need to work with clients to empower them with the tools to improve self-management. This is a significant step away from the paternalistic provision of healthcare services of the past*"

L'orthophoniste australienne pose trois piliers pour enseigner cette thématique :

- tenir compte du contexte de soins (politique et système de santé, lieu de la thérapie et professionnels impliqués, mais aussi contexte familial et relationnel)
- proposer différents lieux d'enseignement (cours magistraux, travaux dirigés, stages)
- proposer différents moments d'enseignement (y revenir sur plusieurs années).

Nous avons élaboré deux **hypothèses** à la suite de nos questionnements et nos recherches.

La première indique que **la dernière séance est un moment délicat** pour les orthophonistes. Ceci pourrait être en lien avec l'absence de formation et de repères. Une dernière séance peut mal se dérouler et être associée à un vécu d'abandon et de frustration, pour le patient comme pour l'orthophoniste.

Notre seconde hypothèse postule qu'**une pratique plus structurée est souhaitable et envisageable** :

- ce moment particulier devrait faire l'objet d'un **enseignement** en formation initiale et éventuellement continue ;
- il est possible de **formuler des préconisations** pour bien vivre la dernière séance. Nous pouvons mettre en lien la dernière séance avec la première qui, elle, est très cadrée.

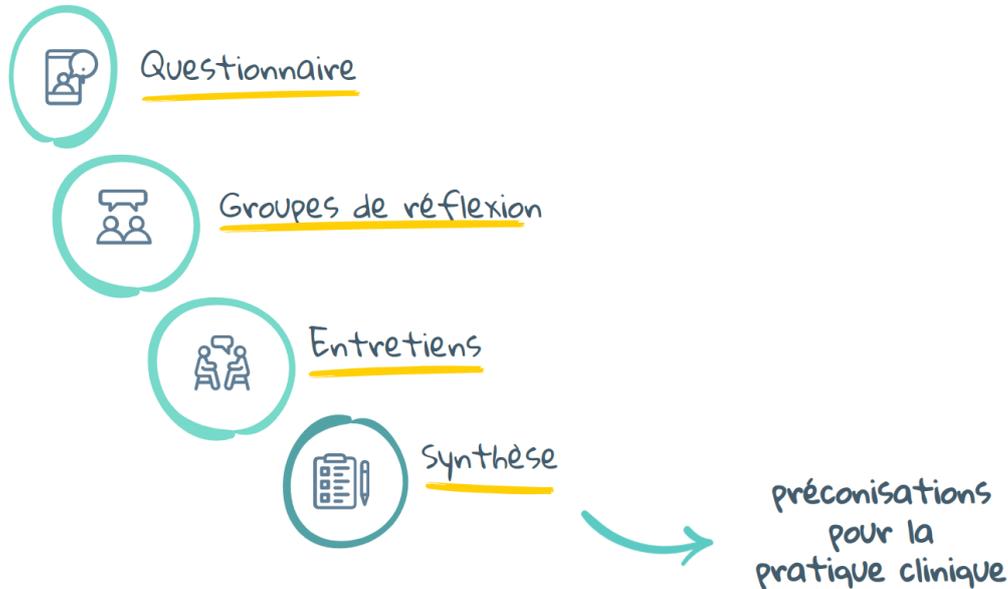
Savoir arrêter les soins est une compétence clinique avancée,
qui permet aux cliniciens de passer de novices à experts

Hersh, 2010⁶

⁶ "discharge is an advanced clinical skill, potentially one where clinicians move from novice through to expert"

Matériel et Méthode

Nous avons élaboré une méthode spécifique pour notre mémoire, dédié à la pratique clinique :



1. Questionnaire

Nous avons réalisé un questionnaire avec l’outil “Google form” comprenant 18 questions, et une durée de passation de moins de dix minutes. Il a été conçu pour les orthophonistes exerçant en libéral. En effet, nous avons exclu les orthophonistes exerçant uniquement en salariat car d’autres critères influent sur la fin de la prise en soin comme le déplacement du patient dans un autre service ou une autre structure sans que l’orthophoniste soit nécessairement impliqué, ce qui rend les “dernières séances” plus soudaines voire inexistantes ; l’annonce de la fin de thérapie ne dépend pas non plus forcément de l’orthophoniste.

Le questionnaire a été diffusé du 06 au 16 mai 2021, sur les groupes Facebook privés réservés aux orthophonistes et étudiants en orthophonie : “orthophonistes du 13” (1 200 membres), “orthophonistes du 07”, “Ortho-infos” (17 200 membres) ainsi que par courriel à nos contacts personnels. Le temps de diffusion est relativement court mais a été suffisant pour obtenir 738 réponses. Le tableau récapitulant les questions posées, le type de réponse attendu, le caractère obligatoire ou non de la question et le nombre de réponses obtenues par question est en annexe. Nous avons ensuite analysé les données avec Excel et créé des graphiques avec Excel et Infogram.com pour représenter visuellement les résultats obtenus.

2. Groupes de réflexion

Pour affiner notre réflexion et bénéficier de l'expérience clinique que nous n'avons pas encore, nous avons décidé d'organiser un groupe de réflexion avec des orthophonistes exerçant en libéral.

Ces orthophonistes ont été recrutées via le questionnaire : nous avons proposé à toutes les personnes ayant laissé leurs coordonnées dans la question 18 d'intégrer ce groupe. Douze orthophonistes, exerçant dans toute la France, étaient intéressées pour y participer. Ce nombre était plus élevé qu'attendu et nous avons alors décidé de créer deux groupes distincts, pour que les échanges soient plus fluides et consistants.

Finalement, après avoir déterminé les dates, heures et modalités, chaque groupe a réuni quatre orthophonistes. Les groupes se sont rencontrés virtuellement à trois reprises, avec le logiciel Zoom :

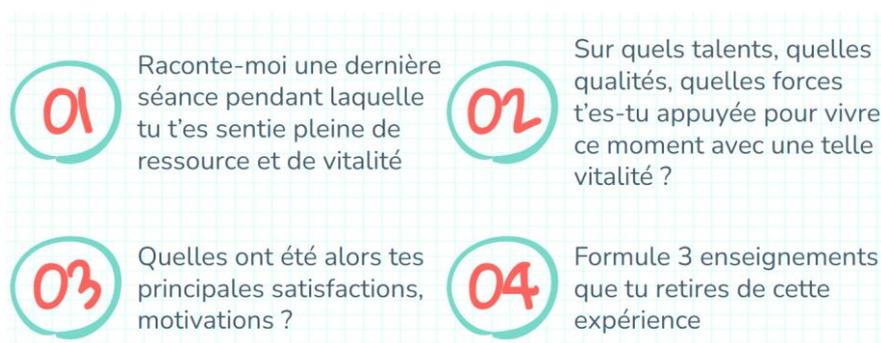
- Groupe A : lundi 28 juin 2021, samedi 3 juillet 2021, 19 janvier 2022 ;
- Groupe B : mardi 29 juin 2021, mardi 6 juillet 2021, 21 janvier 2022.

L'objectif était d'échanger sur les fins de prise en soins faciles et difficiles pour identifier des outils et stratégies utiles et reproductibles.

Nous avons utilisé les méthodes de brainstorming et de travail en sous-groupes, ainsi que l'*appreciative inquiry*. Cette méthode est née dans les années 1980, à l'université de Cleveland (USA), dans le cadre de l'accompagnement au changement. Elle postule que :

- les gens répondent aux questions qu'on leur pose ;
- si on leur pose des questions positives ils répondent positivement ;
- les émotions positives entraînent la créativité et le désir de nouveaux défis ;
- collectivement, les gens entrent en résonance et partagent leurs "pépites".

Un questionnement en "appreciative inquiry" suit toujours le même modèle :



Nous avons proposé aux orthophonistes différents outils qui nous semblaient pertinents pour faciliter les fins de thérapie (cf. annexes B) :

- un questionnaire sur le partenariat avec le patient créé par Aurélie Larzillère, orthophoniste qui a répondu à notre questionnaire et autrice d'un blog <https://larzillere-aurelie.online/>
- un tableur avec les objectifs de prise en soins à colorier selon leur avancement,
- les lignes de base,
- un document informel pour recueillir les préférences du patient, qui prend simplement la forme d'une feuille blanche à laisser dans le dossier et sur laquelle l'orthophoniste peut noter à tout moment ce que le patient exprime au sujet de ses attentes, ses objectifs et ses progrès,
- un auto-questionnaire de satisfaction inspiré de celui de Françoise Estienne.

Une participante a ajouté un outil répandu au Canada, qui inclut des objectifs d'intervention définis en concertation avec le patient : le Plan d'Intervention Orthophonique Concerté (PIOC).

Nous avons également élaboré des stratégies :

1. annoncer la fin dès le début (à la remise du bilan commentée par exemple)
2. espacer les séances avant la fin : pour quelles pathologies ?
3. proposer un "arrêt thérapeutique" avec une date à laquelle se recontacter
4. faire de la dernière séance une séance à part ; la préparer en amont ; verbaliser le fait que cette séance est la dernière
5. annoncer que nous restons disponibles s'il y a une question ou une inquiétude et évoquer les signes d'alerte qui nécessitent de revenir vers l'orthophoniste
6. remettre des conseils écrits, un récapitulatif de tous les exercices et techniques à la disposition des patients pour encourager leur autonomie.

Les orthophonistes ont discuté ces 6 propositions, elles les ont testées puis les ont reformulées, abandonnées ou en ont proposé de nouvelles, lors des dernières réunions en groupes.

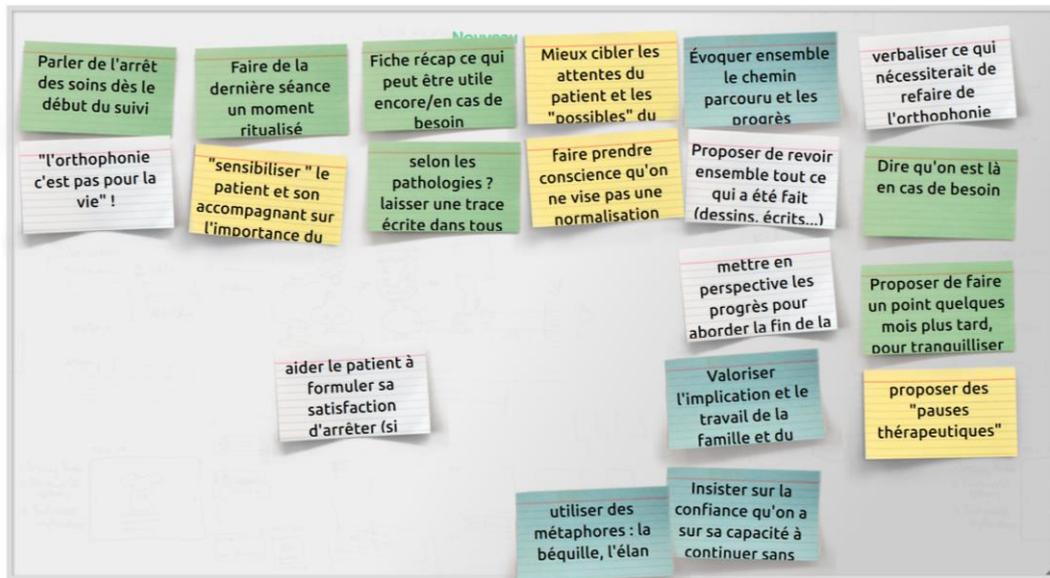


Tableau de brainstorming en ligne <https://postit.colibris-outilslibres.org/>

Six mois se sont écoulés entre les deux dernières réunions de chaque groupe afin que les orthophonistes aient le temps de vivre des dernières séances et d'essayer les outils et stratégies évoqués en groupe. Pendant ce laps de temps, nous avons effectué des appels de suivi individuels auprès de chaque orthophoniste pour conserver un lien et évoquer les améliorations de certains outils.

3. Entretiens avec des expertes

Au-delà du recueil de ce ressenti clinique, nous avons souhaité échanger avec des professionnels, orthophonistes et psychologues, ayant réfléchi aux questions éthiques et/ou ayant une prise de recul sur la pratique clinique. Les trois entretiens se sont déroulés par téléphone pendant une durée d'une heure environ avec des questions ouvertes précises.

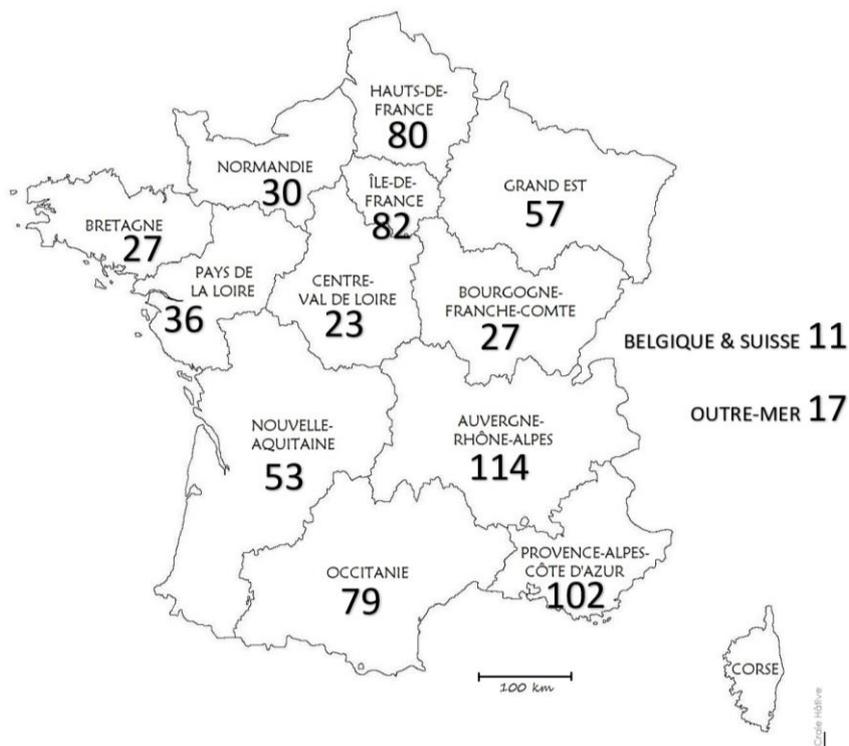
Les personnes interrogées sont les suivantes :

- Isabelle Ali, orthophoniste exerçant dans la Sarthe depuis 20 ans et engagée à la Fédération des Orthophonistes de France, auteur de *Entre langue et parole, le métier d'orthophoniste*, Eres, 2016.
- Mireille Kerlan, orthophoniste retraitée ayant exercé dans le Doubs et chargée de mission éthique à la Fédération Nationale des Orthophonistes depuis 2013, chargée d'enseignement, directrice de mémoires, auteur de *Ethique en orthophonie*, De Boeck, 2016.
- Cosette Lignon, psychologue clinicienne, ayant exercé en structure sanitaire et médico-sociale et exerçant désormais dans un cabinet libéral partagé avec des orthophonistes dans les Bouches-du-Rhône.

La trame d'entretien est en annexe.

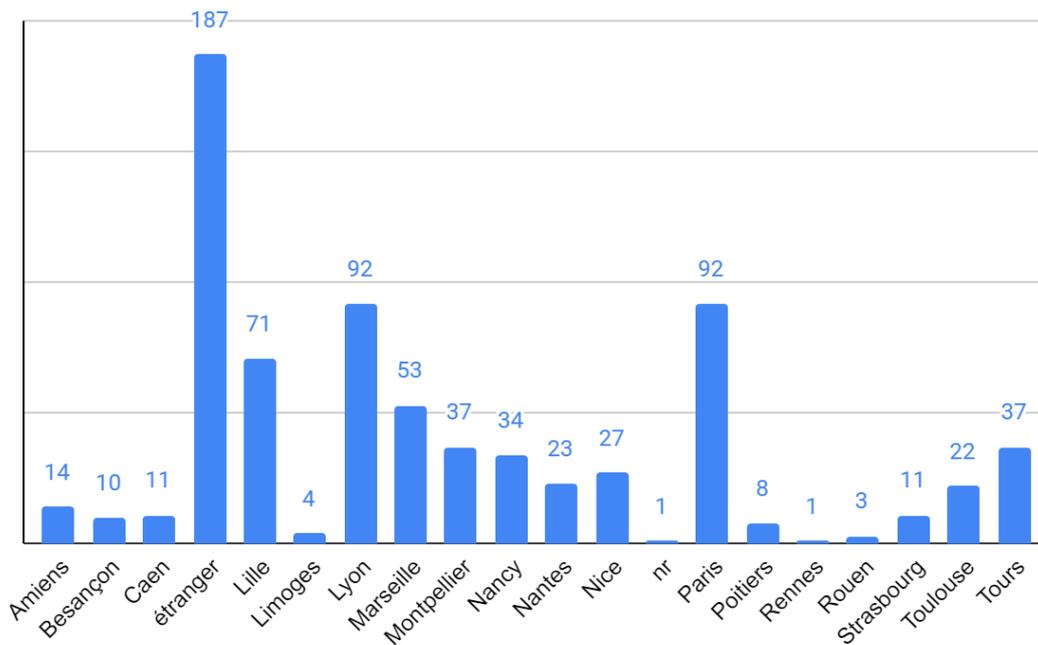
Résultats du questionnaire

Question 1 - Répartition par région d'exercice des 738 répondants



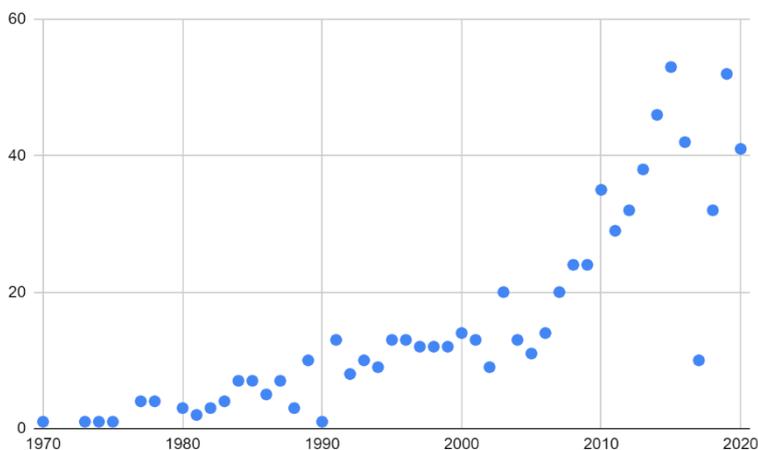
La publication de notre questionnaire sur le groupe Facebook “Ortho-Infos”, regroupant plus de 25 000 orthophonistes sur tout le territoire français et au-delà a permis de récolter des réponses largement au-delà de notre réseau, bien répartie géographiquement, et assure une certaine représentativité.

Question 2 - Ville de formation des 738 répondants



La répartition des villes de formation est assez représentative du nombre de diplômés par an dans les centres de formation. Les villes où il y a le moins de réponses correspondent aux centres ouverts récemment. 25% des répondants ont été formés à l'étranger (Belgique pour la quasi-totalité), ce qui est en lien avec le nombre de places (environ 400 étudiants français admis pour être formés en Belgique chaque année, et un peu plus de 900 étudiants admis en France).

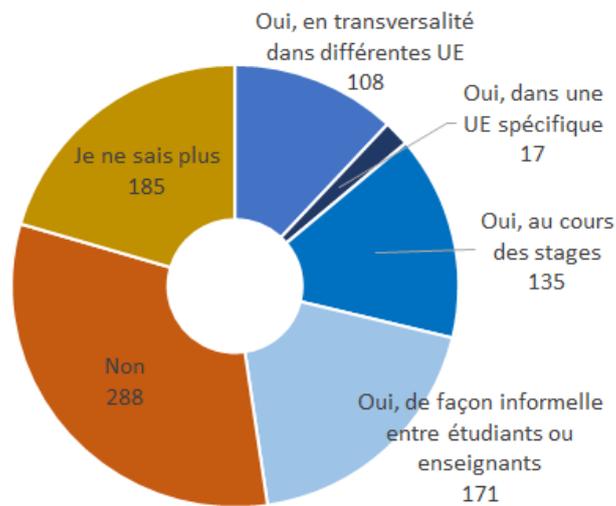
Question 3 - Année d'obtention du CCO



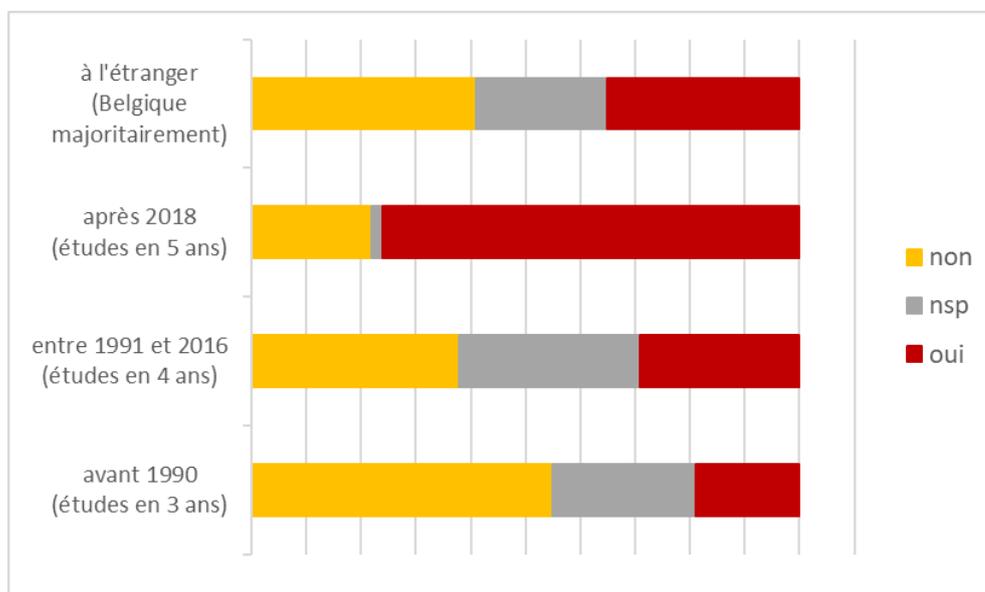
55% de répondants ont obtenu leur diplôme entre 2010 et 2020. Nous supposons que les questionnaires diffusés pour les mémoires de fin d'études touchent plus les orthophonistes diplômés récemment et c'est le public qui utilise le plus les réseaux sociaux.

Question 4 - La fin du traitement orthophonique a-t-elle été abordée au cours de votre formation initiale ? (plusieurs réponses possibles)

Il y a seulement 47% de réponses positives malgré la possibilité de cocher plusieurs réponses. Nous pouvons donc confirmer que le sujet est peu abordé lors de la formation initiale et qu'il l'est le plus souvent de façon informelle.

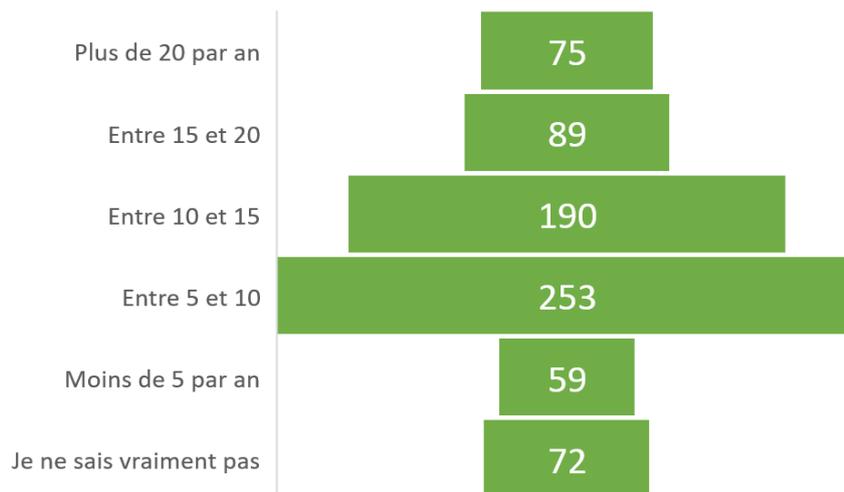


Analyse supplémentaire par rapport à la durée des études



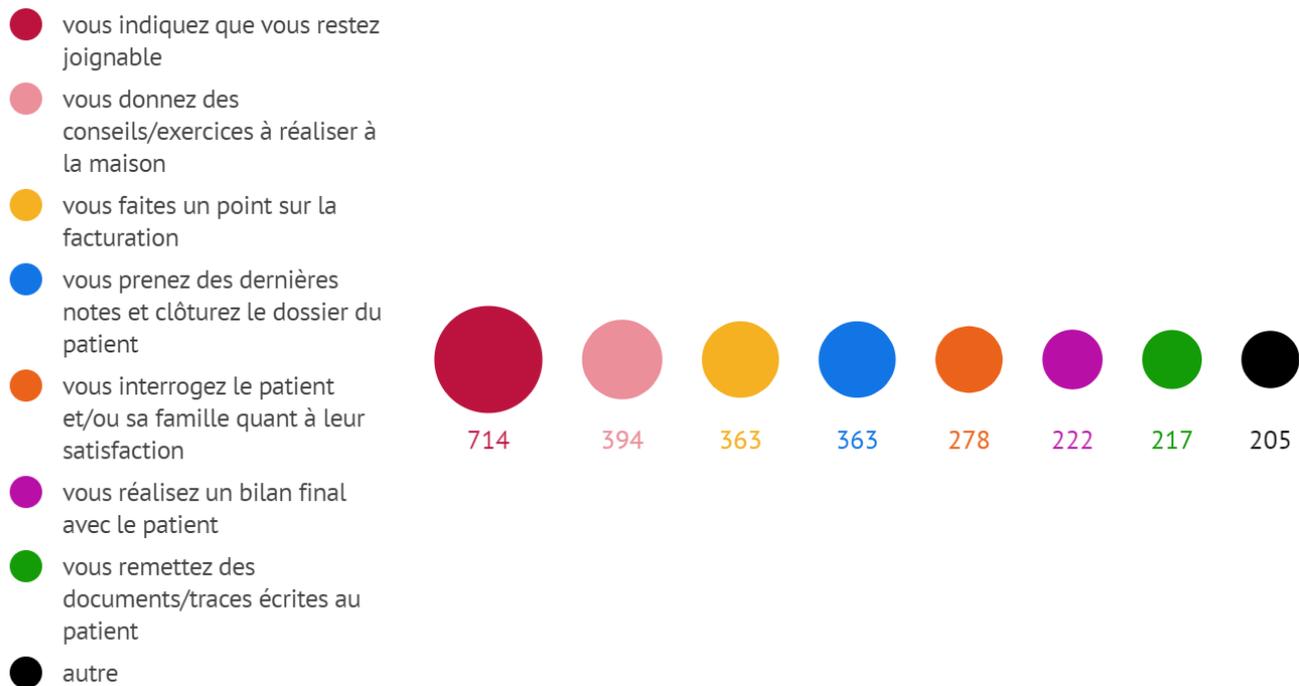
L'analyse croisée avec la durée des études met en exergue que plus le diplôme est récent plus le sujet est abordé au cours des études : parmi ceux qui ont suivi un cursus en trois ans, seulement 20% déclarent avoir au moins évoqué le sujet, de façon formelle ou informelle, au cours de leurs études, tandis qu'ils sont 80% à avoir abordé le sujet lorsque le cursus a duré 5 ans. Ceci peut s'expliquer soit par l'allongement des années d'études, qui permet d'aborder plus de thématiques, soit par le fait que le sujet de la fin des soins prend de l'importance au sein de la profession, ou les deux.

Question 5 - Nombre de “dernières séances” par année



Presque 10% des répondants ne savent pas combien de dernières séances ils vivent par an. Cela peut être en lien avec le flou qui réside parfois entre “dernière séance” et “pause thérapeutique”. Pour autant, la majorité (60%) des répondants vivent en moyenne entre 5 et 10 “dernières séances” par an. Ce chiffre peu élevé suggère que les prises en soins sont souvent plutôt longues. Nous avons imaginé que, s’il y a peu de “dernières séances”, cela laisse du temps aux orthophonistes pour s’y préparer et les réaliser sereinement. Cependant, les professionnelles interrogées en groupe de réflexion ont mentionné une affluence de “dernières séances” avant les mois d’été. Les dernières séances se répartissent souvent mal dans l’année et les orthophonistes se retrouvent à vivre une multitude de dernières séances dans un temps restreint.

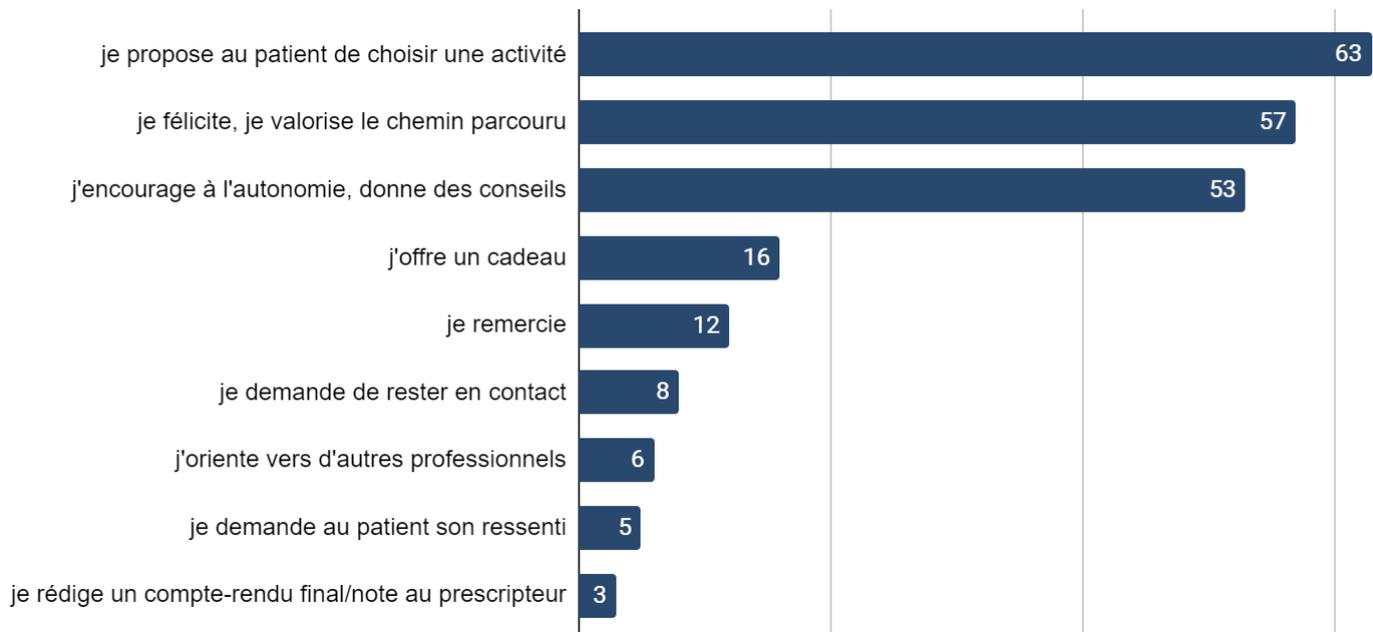
Question 6 - Que faites-vous lors de ces “dernières séances” ? (plusieurs réponses possibles)



97% des orthophonistes ayant répondu au questionnaire indiquent lors de cette dernière séance qu'ils restent joignables. Ce si fort pourcentage peut paraître surprenant voire inquiétant : les orthophonistes seraient donc vraiment en difficulté pour mettre fin aux rééducations ? Après discussion lors de Groupes de Réflexion, il s'est avéré que cette indication a pour but de rassurer les patients, d'adoucir la séparation mais que dans les faits, les patients rappellent rarement, ou alors juste pour donner des nouvelles.

Vient ensuite le fait de prodiguer des conseils pour l'autonomie, des exercices à réaliser chez soi pour prolonger les bénéfices de la thérapie (53%). Puis la vérification de la facturation (49%) et la clôture du dossier avec la rédaction de dernières notes (49%) sont effectuées dans les mêmes proportions.

Détail des 205 réponses “autre”



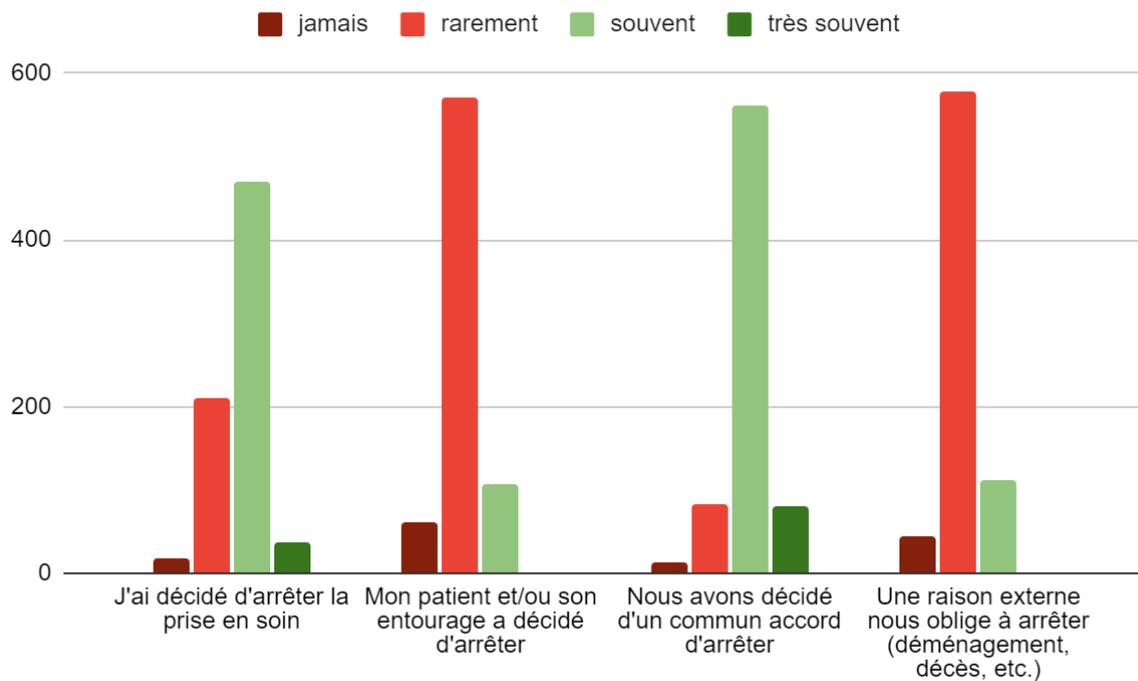
Les réponses “autres” qui se distinguent sont :

- je propose au patient de choisir une activité ;
- je félicite, valorise le chemin parcouru ;
- j'encourage à l'autonomie, donne des conseils

Elles encouragent à **faire de cette dernière séance une séance à part**, au cours de laquelle **le passé est revisité** en commun, et **l'avenir projeté**.

La dernière séance marque donc une étape forte entre le temps de la rééducation et celui de l'autonomie.

Question 7 - L'origine de ces dernières séances



La décision d'arrêter les soins est rarement celle du patient seul (15%) ou une raison de force majeure telle que déménagement, décès, etc. (15% également). Le plus souvent (87%) c'est le résultat d'un commun accord entre l'orthophoniste et son patient et/ou son entourage.

Il semble que le commun accord, la décision argumentée et partagée, soit l'idéal vers lequel se tourner.

Question 8 - Voulez-vous préciser ou ajouter quelque chose par rapport à la question précédente ? (172 réponses)

Certains répondants ont ajouté que la dernière séance peut aussi ne pas avoir lieu en tant que telle :

- le patient "disparaît" ; ne vient plus, ne donne plus de nouvelles
- une pause thérapeutique a été décidée, mais le patient ne revient plus. Ce qui devait être une simple pause devient une fin de soins ; cette pause thérapeutique peut d'ailleurs être une esquivé de l'orthophoniste, qui n'ose pas annoncer ou ne parvient pas à faire accepter au patient la fin définitive (cette stratégie a d'ailleurs été relevée par Hersh, 2003)
- la première séance devient la dernière. L'orthophoniste peut ressentir un sentiment d'échec lorsqu'il propose une prise en soin à la suite du bilan mais que le patient se contente du bilan.

D'autres orthophonistes ont indiqué que la dernière séance correspond à la fin de prescription ou à la fin d'un protocole (par exemple dans le cadre de la technique LSVT ou du bégaiement).

L'arrêt des soins peut être également initié ou imposé par d'autres professionnels intervenant autour du patient.

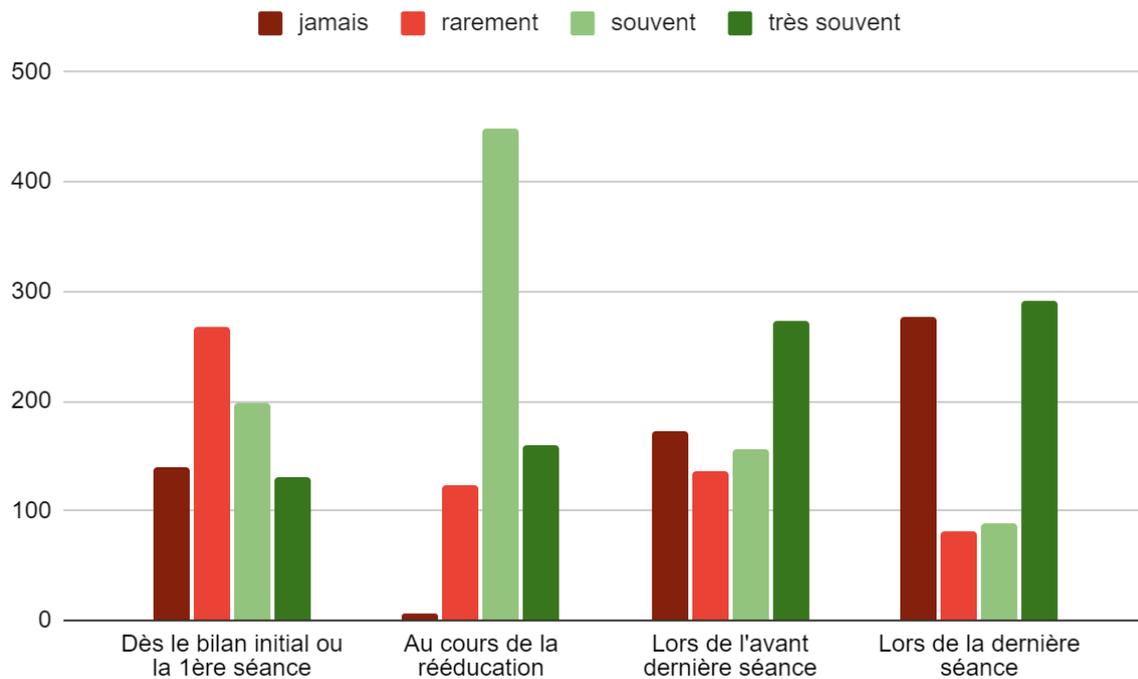
Lorsque l'orthophoniste décide d'arrêter les soins, sa décision peut être motivée par des éléments très différents :

- atteinte des objectifs,
- lassitude vis à vis de la prise en soin,
- alliance thérapeutique difficile et/ou cadre non respecté.

La fin d'une prise en charge interroge toujours le début⁷.

⁷ Le texte retranscrit ainsi est directement extrait du questionnaire adressé aux orthophonistes. Nous n'avons rien corrigé ou modifié.

Question 9 - Vous discutez avec votre patient du fait que les soins orthophoniques s'arrêtent un jour...



Plus on avance dans la rééducation, plus le sujet est abordé. Le sujet est abordé "souvent" au cours de la rééducation (61%). 55% des répondants n'abordent jamais ou rarement le sujet lors de la 1ère séance.

Question 10 - Vos dernières séances vous préoccupent-elles en général ?

	jamais	rarement	souvent	très souvent	Total
J'en parle à d'autres orthophonistes ou professionnels de santé	224	361	134	19	738
J'en parle autour de moi, dans mon entourage personnel	297	323	109	9	738
Je n'y pense pas spécialement	195	236	237	70	738
Je ressens le besoin de me former à ce sujet	367	278	83	10	738
Je réfléchis seul.e à la question	51	142	388	157	738
Je me sens à l'aise pour aborder les dernières séances	7	99	423	209	738

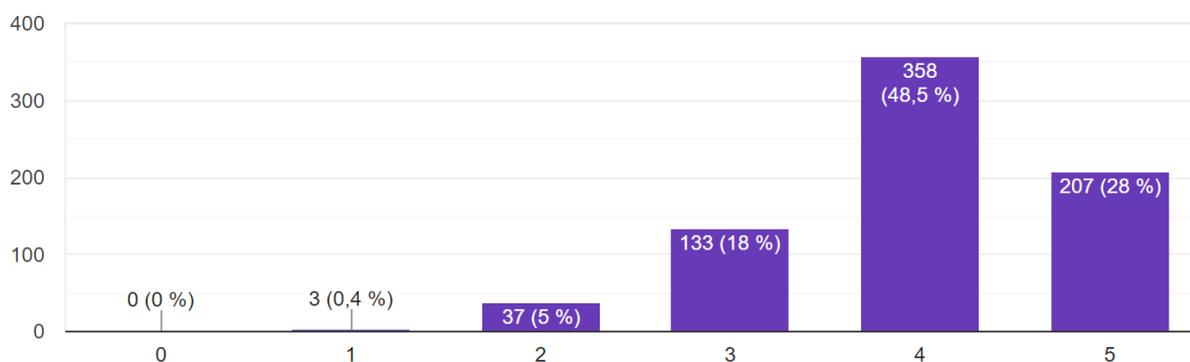
79% des répondants n'évoquent "rarement" voire "jamais" leurs dernières séances avec d'autres professionnels ; 84% n'en parlent "rarement" ou "jamais" à leur entourage personnel.

87% ne ressentent "rarement" ou "jamais" le besoin de se former à la question.

73% réfléchissent "souvent" ou "très souvent" seul.e à la question.

85% des répondants se sentent "souvent" et "très souvent" à l'aise pour aborder les dernières séances.

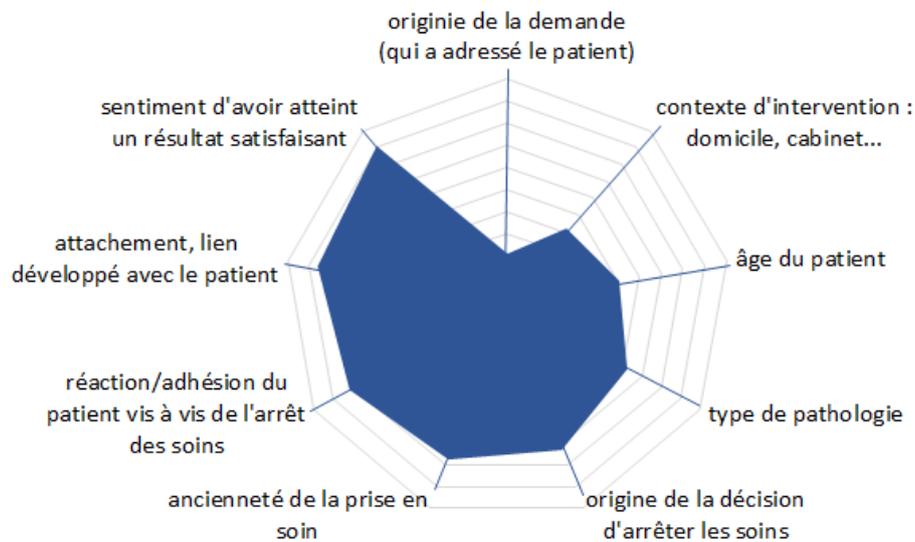
Question 11 - Sur une échelle de 0 à 5, comment vous sentez-vous lors de ces "dernières séances" le plus souvent ? (0 = pas du tout bien ; 5 = très bien) - 738 réponses.



76,5% des répondants déclarent se sentir "bien" ou "très bien" lors de leurs dernières séances.

Il semblerait que les dernières séances ne préoccupent pas les orthophonistes malgré le nombre important de réponses et de sollicitations à la suite de ce questionnaire.

Questions 13 et 14 - Est-ce que ces éléments influencent votre ressenti lors des dernières séances ? (grille à choix multiples)



Pour chacune des propositions, les répondants sont invités à donner leur niveau d'accord : "pas du tout", "un peu", "beaucoup", "totalement". Nous avons calculé une note pondérée en affectant un coefficient de 0-pas du tout, 1-un peu, 2-beaucoup, 3-totalement. A partir de cette note pondérée nous avons calculé un pourcentage d'accord à la proposition.

Les trois éléments qui influencent le plus le ressenti des orthophonistes lors des dernières séances sont :

- le sentiment d'avoir atteint un résultat satisfaisant (82% de répondants sont en accord avec la proposition)
- l'attachement, lien développé avec le patient (78%)
- la réaction/adhésion du patient vis à vis de l'arrêt des soins (74%)

La satisfaction revient comme élément principal dans le ressenti positif de l'orthophoniste, comme cela ressort du nuage de mot plus haut.

On remarque que le patient est au cœur du ressenti de l'orthophoniste par la relation qui existe entre les deux et son retour quant à l'arrêt des soins.

La dernière séance est souvent le reflet de la relation thérapeutique mise en place.

Ceux qui influencent le moins le ressenti sont :

- l'âge du patient (46%)
- le contexte d'intervention au domicile ou au cabinet (38%)
- l'origine de la demande (19%)

Le lien avec la prescription et la plainte d'origine semble donc s'être effacé au cours des séances, puisque ce facteur apparaît comme le moins important.

Question 15 - Voulez-vous préciser, ajouter quelque chose, par rapport à ces facteurs ? (question facultative ; 92 réponses ouvertes)

Quantitativement, l'âge des patients et le type de pathologie n'ont pas souvent été cités comme facteur influençant le ressenti de l'orthophoniste lors de la dernière séance, mais qualitativement il a été noté plusieurs fois que cela peut être plus compliqué d'annoncer une fin de prise en soin pour les troubles durables (pathologies dégénératives, neurologiques) et avec les personnes âgées à qui on ne peut plus rien proposer.

La condition particulière des pathologies neuro-dégénératives et du décès du patient qui crée la fin des soins est très difficile à vivre.

D'autres éléments ont aussi un rôle à jouer :

- le paiement ou non des soins,
- l'assiduité/motivation du patient,
- l'alliance thérapeutique/qualité de la relation avec l'entourage du patient,
- la pression due à la liste d'attente,
- le dynamisme que peut apporter une nouvelle prise en soin,
- la difficulté estimée de la prise en soin au départ (ressenti de l'orthophoniste),
- la conscience du transfert et du contre-transfert,
- la peur de ne pas avoir pris la bonne décision, le sentiment d'abandonner son patient.

Il est revenu plusieurs fois la notion de **singularité de chaque prise en soin**.

Question 16 - Avez-vous une anecdote à partager ? (question facultative ; 171 réponses ; sélection arbitraire ci-dessous)

Un patient Alzheimer de 91 ans très anosognosique suivi depuis deux ans qui m'annonce que la séance suivante sera la dernière car il ne voit plus l'intérêt de venir, je l'ai « guéri » il n'a plus le problème initial (qu'il ne peut nommer).

Il est arrivé que des patients machinalement reviennent la semaine d'après le même jour à la même heure... on a bien ri.

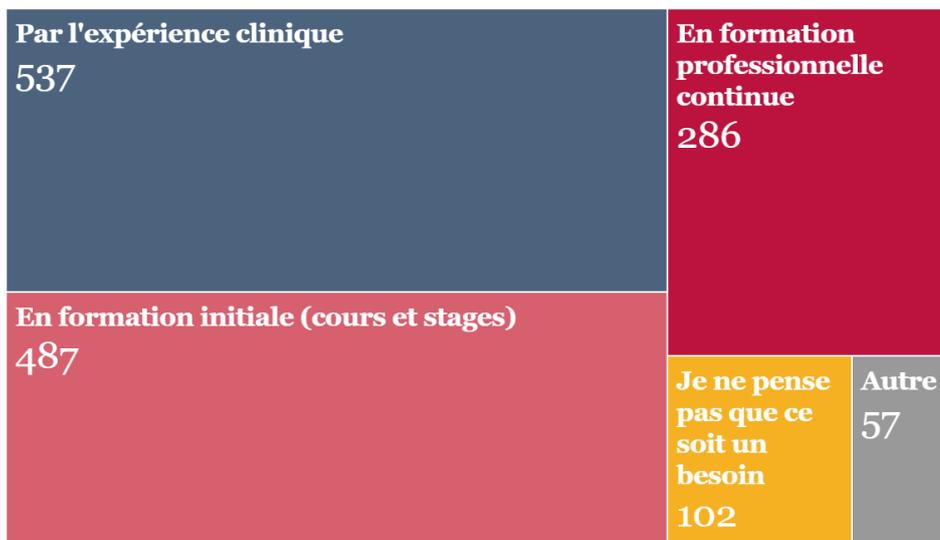
Un patient post avc est arrivé au bilan. Dès le bilan nous avons parlé de nos objectifs et de la fin de la prise en soin. Juste avant la dernière séance, mon patient avait rdv avec son neurologue qui s'était offusqué de l'arrêt. Mon patient a répondu que lui se sentait prêt, qu'il avait bien compris toutes les stratégies et que s'il avait besoin il me rappellerait avec une demande précise... Top non ?

Il est agréable de terminer les PEC des ados qui viennent à contrecœur. Toujours un plaisir de dire « ne perdons plus de temps ensemble, cessons de nous voir! » L'ado est ravi, le parent décomposé. Vécu 4-5 fois!

Je demande toujours à l'enfant de reformuler pourquoi la PES s'arrête : une petite patiente de 5 ans m'a dit « parce que nous avons été deux reines ensemble et que maintenant je suis suffisamment reine pour l'être seule »

Un de mes tout petits patients (contexte éducatif compliqué) avait super progressé et nous avons donc mis fin à la pec. Il a conclu en me disant les larmes aux yeux : "mais maintenant, qui va me gronder ? et puis je n'ai pas encore tout appris"

Question 17 - Comment les orthophonistes pourraient en apprendre plus afin d'assurer leurs fins de prises en soins ? (plusieurs réponses possibles)



La plupart des réponses donnent la pratique clinique comme source d'apprentissage. Est-ce que les répondants considèrent qu'*assurer les fins de prises en soins* s'acquiert juste avec de l'entraînement, de la répétition, "avec le temps" ? ou est-ce qu'ils lient la pratique clinique à une pratique réflexive, une interrogation sur leurs méthodes ? Chaque dernière séance est unique. "*Savoir arrêter les soins est une compétence clinique avancée*" (Hersh, 2010) qui ne s'acquiert pas avec la répétition mais avec le questionnement éthique en lien avec le vécu de l'orthophoniste.

D'autres répondants pensent que les orthophonistes pourraient en apprendre plus afin d'assurer leurs fins de prise en soin, par la formation initiale, la formation professionnelle continue et les groupes d'échanges (formels ou informels, supervision ou autre).

La réponse "je ne pense pas que ce soit un besoin" a été cochée seulement 102 fois. Pourtant dans la question 10, 87% ne ressentent "rarement" ou "jamais" le besoin de se former sur les fins de prises en soin... d'un côté les orthophonistes déclarent être à l'aise avec le sujet, de l'autre, ils reconnaissent que ce sujet mérite des échanges, des débats voire un temps dédié de formation.

Détail des réponses "autre" (57 réponses)

30 réponses "autre" indiquent les groupes d'analyse de pratique, les groupes d'échanges informels entre orthophonistes et les groupes de supervision avec un psychologue.

Discussion

1. La dernière séance, un moment délicat pour les orthophonistes ?

Le même jour : enterrement de la tante de mon mari que j'appréciais beaucoup et dernière séance avec une patiente qui allait entrer en ehpad. J'ai pleuré davantage pour l'arrêt de prise en charge. J'ai réellement vécu un deuil à ce moment.

C'est la partie la plus délicate de notre métier, je trouve, même après des années de pratique !

Un sujet de réflexion plutôt qu'un moment difficile

La plupart des dernières séances se passent bien voire très bien. Seulement, celles qui se passent mal restent en mémoire et interrogent. Et même si les orthophonistes ont un ressenti positif de leurs dernières séances, ce sujet n'en demeure pas moins une interrogation. La fin de traitement *“constitue une préoccupation et un objet d'étude particulièrement compliqués, puisqu'elle implique la totalité du processus, depuis ses débuts, ses visées, ses aléas et ses effets”* (Chabert, 2022, p.9).

Kambanaros (2010) a mené une enquête auprès de 25 orthophonistes exerçant en Grèce et à Chypre : *“la majorité a admis que la charge émotionnelle était souvent forte mais qu'ils ressentaient généralement un sentiment de bonheur et la satisfaction professionnelle d'avoir atteint les objectifs, et que les patients étaient guéris ou pouvaient avancer”*⁸ (nous soulignons). Ce mot-clef conforte ceux qui ressortent de notre questionnaire.

⁸ *“the majority admitted that the emotional load was often high but generally felt happiness and professional satisfaction that goals were achieved, and clients were cured or could move on”*

Hersh (2010) écrit qu'il y a trois zones de tension pour les orthophonistes lorsque vient le moment de l'inévitable et parfois délicate fin de prise en charge :

- 1) la différence entre fin idéalisée et fin réelle,
- 2) le paradoxe d'avoir construit une relation authentique destinée à être rompue,
- 3) le dilemme entre l'encouragement à l'autonomie du patient et le maintien d'un certain contrôle, en tant que professionnel.

Or, pour Rogers *"il y a, en terminant n'importe quel entretien thérapeutique réussi, un sentiment normal de perte, de regrets, qui est naturel et qui, dans une certaine mesure, est mutuel"* (p.213). Cette perte est cependant liée à des bénéfices. *"Le thérapeute doit apprendre à tirer ses satisfactions personnelles de ce progrès de son client vers la croissance et non vers la dépendance"* (p.219).

Un vécu différent selon la pathologie

Étonnamment, dans notre questionnaire, le type de pathologie n'est que le 6ème facteur (sur 9) qui influence le ressenti des orthophonistes lors de la dernière séance. Pourtant l'impact du type de pathologie sur la dernière séance est avéré :

les orthophonistes trouvent particulièrement difficile de mettre fin aux prises en charge de certains groupes de patients. Ce sont les enfants et les jeunes avec troubles neurodéveloppementaux tels que l'autisme, la déficience intellectuelle, l'Infirmité Motrice Cérébrale, ou encore les troubles de la parole et du langage acquis à la suite d'un traumatisme crânien. Quitter les personnes âgées est aussi une affaire délicate qui impacte négativement les orthophonistes exerçant en Chypre et en Grèce, particulièrement si les troubles sont chroniques et ne s'améliorent pas⁹ (Kambanaros, 2010)

Lors des groupes de réflexion, il a été évoqué que les fins de prises en soin pour des troubles neurologiques (dégénératifs ou acquis) sont compliquées car il faut accepter, tant pour l'orthophoniste que pour le patient, qu'il n'y aura pas de retour à "la normale".

⁹ *"there are particular client groups that speech-language pathologists find particularly difficult to end the therapeutic relationship. These include children and young people with developmental disorders such as autism, mental disabilities and cerebral palsy or acquired speech and language disorders after traumatic brain injury. Discharging the elderly is a sensitive issue that also impacts negatively on speech-language pathologists working in Cyprus and Greece particularly if communication disorders are chronic and do not improve"*

Il n'y a pas qu'une seule façon de finir mais deux sortes de "dernières séances"

La dernière séance se déroule très différemment selon qu'elle est voulue ou subie. Parfois elle n'a même pas lieu. Nos préconisations pour la pratique clinique présentées ci-dessous concernent les dernières séances voulues et visent à éviter les dernières séances subies.

Les outils que nous avons proposés aux membres de nos groupes de réflexion n'ont pas prouvé leur utilité ou efficacité pour mieux gérer les dernières séances mais, de l'avis général, restent des ressources intéressantes, des stratégies plutôt que des outils pour bien terminer la rééducation.

On a souvent le rêve de tout formaliser pour s'appuyer sur des repères mais on ne peut pas éviter la surprise de ce qui va se passer lors d'une dernière séance. Il est très important d'y réfléchir et de soulever cette question mais sans formalisation. Il faut aussi rester cohérent avec notre manière d'être orthophoniste (entretien avec Isabelle Ali).

⇒ Notre première hypothèse est invalidée : la dernière séance n'est pas vécue comme un moment délicat par les orthophonistes. Mais cela reste un sujet de réflexion.

2. Une pratique plus structurée est souhaitable et envisageable

Formation initiale

Il ressort des groupes de réflexion la nécessité d'informer les étudiants sur le fait que l'arrêt des soins est dû à **beaucoup de facteurs** internes et externes dépendants du patient, de son entourage, de l'orthophoniste, et pas seulement à l'atteinte des objectifs de traitement.

Les étudiants doivent être préparés à ce qui échappe au contrôle thérapeutique.

Les étudiants en psychomotricité bénéficient d'un cours spécifique de 2 heures à propos des dernières séances. Dans le Bulletin Officiel régissant les études en orthophonie, il n'est rien prévu de spécifique. L'UE 9.3 "éthique et déontologie" est rattachée au domaine "Santé publique". L'UE 4.5 "la relation thérapeutique dans un contexte d'intervention orthophonique" aborde le lien avec le patient, sans focus obligatoire sur l'arrêt des soins et la fin de la relation.

Les cours d'éthique devraient plus se faire en fin de cursus, et être plus centrés sur la pratique (entretien avec Mireille Kerlan).

Il est envisageable de formuler des préconisations

Les orthophonistes Hersh, Togher, Baker, Estienne et Leloup, ainsi que les psychologues Bioy, Maquet et Rogers ont chacun partagé des suggestions pour réussir la fin de la thérapie.

Hersh (2010c) donne trois préconisations :

- communiquer ! parler de la fin, des arguments en faveur de l'arrêt ou de la poursuite des soins ;
- offrir des choix ; la décision de fin doit être collégiale - Hersh (2009b) précise que *partager la décision* ne signifie pas forcément *entière satisfaction* mais *meilleur ressenti* du patient ;
- avoir établi des objectifs clairs et partagés.

Ces préconisations confirment l'étude menée par Langgut en 1983, qui aboutit à la conclusion que

la majorité des participants pensent que la préparation à la fin doit être fermement établie au début de la thérapie et doit être discutée avec le patient. Tout changement ou modification des objectifs doit être présenté et expliqué au fur et à mesure. Il est reconnu qu'un patient bien informé, considéré comme acteur du processus thérapeutique et de la prise de décision, sera moins réfractaire à la fin des soins lorsque celle-ci sera nécessaire¹⁰.

C'est pourquoi il nous semble primordial d'anticiper la fin dès le début et d'impliquer le patient au maximum.

Togher (2010) utilise le terme évocateur de "*the dilemma of discharge*" pour le titre d'un article dans lequel elle suggère de :

- commencer à parler de la fin dès le début ;
- discuter des émotions du thérapeute face à la fin des soins (en supervision).

Le fait d'aborder la fin des soins dès le début est une constante des recommandations de la littérature. Nous soulignons ici l'idée supplémentaire d'accorder du temps a posteriori à ces fins de traitement.

¹⁰ *The majority believed preparation for discharge should be firmly established at the beginning of therapy and should be discussed with the client. Any goal changes or modifications should be presented and explained as they occur. It was noted that a well-informed client who is treated as an active participant in the therapy process and decision making will be less resistant to discharge when it becomes necessary*

Baker (2010) propose deux stratégies pour “finir en douceur” :

- réorienter vers un autre praticien, orthophoniste ou non
- espacer les séances

Ces stratégies étaient déjà envisagées par Langgut (1983), qui ajoutait la possibilité de passer d’une prise en soin individuelle à une prise en soin de groupe.

Estienne (2004) donne des recommandations très pratiques et concrètes :

- annoncer dès le début que les séances s’achèveront et sur quels critères ; Estienne recommande d’établir un véritable contrat à la suite de la première rencontre
- espacer puis arrêter les séances dès que la personne se prend en main
- se fonder sur une évaluation objective des acquis (“bilan de contrôle”)...
- ...et sur le ressenti de la personne et de son entourage (“questionnaire de satisfaction”).

Pour cette orthophoniste, chaque séance thérapeutique doit être un enrichissement. Nous pouvons donc nous poser la question suivante, et essayer d’y répondre pour soi ou avec le patient : **de quoi part-on plus riche après la dernière séance ?**

Les psychologues Bioy et Maquet (2003, p.103) constatent que *“nos sociétés favorisent la quick consommation : rapide, efficace, le moins coûteux (et notamment en termes d’efforts) possibles. Pourtant, un suivi doit être le plus court possible, mais aussi long que nécessaire”*. Ils conseillent, lorsque vient le moment de s’arrêter, de *“faire une synthèse du chemin parcouru, des ressources utilisées et maintenant disponibles”* (ibid). Nous soulignons ici les deux nouvelles idées que nous retenons pour nos 8 préconisations (cf. infra).

Enfin, Leloup (2007) écrit que pour bien gérer l’annonce du terme d’une rééducation il est nécessaire de s’appuyer sur :

- l’éthique, morale et déontologie, la personnalité et les compétences relationnelles,
- la méthodologie, les connaissances théoriques et la pratique clinique.

En cas d'échec de la thérapie

Une absence de progrès est souvent considérée comme un échec. Rogers (1942) conseille de :

1. en chercher la cause (le patient est-il résistant à la thérapie, ou pas encore prêt ; le thérapeute est-il trop directif ? n'applique-t-il pas les bonnes méthodes ? etc.),
2. en parler ouvertement, faire le point avec le patient, recueillir son ressenti,
3. lui demander s'il souhaite poursuivre malgré tout (avec l'espoir que les obstacles se lèvent) ou arrêter.

La cause de l'échec peut se révéler au cours de cet entretien, et permettre une poursuite autrement, ou bien la relation se clôt. *“Même quand la relation d'aide n'a pas été réussie, on peut souvent l'arrêter de façon constructive”* (Rogers, p.226). Ces conseils donnés dans le cadre d'une relation d'aide c'est-à-dire d'une psychothérapie sont transposables en orthophonie et nous amènent à penser que des guides et repères sont utiles pour clore tout traitement, que celui-ci soit considéré comme en échec ou comme réussite.

⇒ Notre deuxième hypothèse est validée : il est possible de structurer notre pratique clinique grâce à des préconisations pour réaliser les dernières séances.

3. Synthèse : 8 préconisations pour la pratique clinique

La dernière séance fait partie du cadre thérapeutique. Il est nécessaire d'y penser, de s'y préparer, de soigner sa posture dans ce moment, tout autant que pour la première séance. Voici nos préconisations pour la pratique clinique, synthèse de nos recherches, de l'analyse du questionnaire, des groupes de réflexion et des entretiens avec trois expertes.

1. Aborder ouvertement la fin des soins dès le début

Thibault (2007) constate que *“le début de la rééducation est aussi la première étape vers la fin ou l'interruption de celle-ci”*. Elle incite donc à *“dès la première rencontre, poser clairement les conditions du contrat rééducatif”*. La nécessité d'oser parler de la fin dès le début est approuvée par Leloup (2007) : *“une fin de prise en charge se réfléchit et se construit dès son commencement”*.

Je me laisse encore "avoir", je devrais systématiquement dès le 1er RDV annoncer que la prise en soins aura une fin...

Parler de la fin, ce n'est pas donner une durée fixe, une date précise, mais évoquer le fait que les séances ont une durée limitée, que *“l'orthophonie, ce n'est pas pour la vie”*. C'est l'occasion de :

- donner nos critères d'arrêt des soins, critères qui font partie intégrante de notre cadre thérapeutique ;
- recadrer sur ce qui est possible en orthophonie, afin d'éviter des espérances illusoires pour le patient (*“l'orthophoniste n'a pas de baguette magique”*).

Le tout premier rendez-vous est parfois déjà très chargé en informations et explications. Il est possible alors d'aborder les conditions de fin de soins un peu plus tard, mais pas au-delà de la 3ème séance.

Lors de la première séance, après le bilan, on fixe des objectifs et on définit donc une fin. **Annoncer qu'il y aura une fin est important, même si ça prend du temps** (entretien avec Cosette Lignon).

Il est important que certains mots soient prononcés dès le début : projet de soin, partenariat, jalons à court, moyen (qualité de vie) et long terme (à l'école puis en milieu professionnel) (entretien avec Mireille Kerlan).

2. Définir des objectifs pour fixer un cap

“La réflexion sur l’arrêt ne doit pas être contenue dans le nombre de séances prescrites mais dans l’organisation de la rééducation et des objectifs de réhabilitation ou d’accompagnement thérapeutique qui ont été fixés” (Leloup, 2007).

Il y a un consensus sur le fait que les objectifs se co-construisent avec les patients, à partir de leurs besoins, même si *“les patients porteurs de plainte font partie d’une tranche marginale de notre population”* (Thibault, 2007). C’est à nous de faire émerger la plainte et les attentes des patients, par le questionnement et l’écoute active.

Les objectifs seront si possible MALINS¹¹ :

- Mesurables (concrets, précis)
- Atteignables (réalistes)
- Limités dans le temps
- Individualisés (adaptés à chaque patient)
- Négociables (révisables en cours de traitement)
- Stimulants (co-construits selon les préférences du patient)

Dans une perspective normative, les objectifs sont la réduction des écarts ; dans une perspective adaptative, ils sont plutôt des ajustements par rapport à la situation.

Baker (2010) écrit que *“les orthophonistes doivent faire l’effort de créer des attentes réalistes pour éviter les expériences décevantes et décourageantes associées à une fin de soins loin d’être idéale”*¹².

La fin de la rééducation correspond au **moment où on a atteint des objectifs**. Il est parfois difficile de **bien définir les objectifs au début** mais ceux-ci peuvent s’affiner au fil du temps. Pour les matérialiser, il est possible de réaliser “une carte d’objectifs à atteindre”. Une fin avec des objectifs non atteints ou partiellement atteints est envisageable (entretien avec Cosette Lignon).

Plus le parent a participé aux objectifs et s’est investi aussi (compréhension etc.) plus il y a acceptation.

¹¹ L’économiste américain George T Doran est le premier à utiliser l’acronyme SMART pour la définition d’objectifs dans un article publié dans *Management Review*. SMART signifie “intelligent” en anglais, et l’acronyme est détaillé en Specific, Mesurable, Ambitious, Realistic, Time-Bound. L’acronyme a été adapté en français (source non identifiable) et s’est répandu dans le monde de la gestion de projet.

¹² [SLPs] endeavour to create realistic expectations, to avoid the disappointment and disheartening experiences associated with less than ideal discharge.

3. Réaliser des points d'étapes tout au long du traitement

Les points d'étapes sont importants pour voir ce qui bouge en séance mais aussi à la maison. Se lancer dans une prise en soins sans régulièrement dire qu'un suivi n'est pas éternel est très risqué pour tout le monde. S'il y a souvent des retards, absences ou autre signes de perte d'intérêt on peut poser la question "est-ce que tu/vous as/avez encore besoin de moi ?". S'il y a encore un besoin, c'est un nouvel engagement.

Il est possible de se fixer un calendrier commun avec le patient, "cousu-main" selon ses besoins, mais souvent le patient n'est pas prêt même si on a décidé ensemble de la date de la fin. Les mots n'ont pas toujours de réalité. La question de la fin doit être soulevée très régulièrement au cours du suivi. (entretien avec Isabelle Ali).

Passer les objectifs en revue permet d'ajuster le traitement si nécessaire et de se projeter vers la fin.

L'orthophoniste fait des bilans réguliers (souvent tous les 6 mois) pour voir l'avancée, les progrès, ce qui permet de prévoir la fin. Parfois les améliorations sont continues, parfois il y a des pas en avant, des pas en arrière. Chaque bilan nous laisse présager qu'il y a une fin (entretien avec Cosette Lignon).

4. Aider le patient à reconnaître le travail accompli et exprimer sa satisfaction

Selon Rogers, *le thérapeute aide le client à reconnaître clairement, tels qu'ils sont exprimés, ses sentiments de perte à propos de son départ et aussi son désir positif et indépendant de mener ses propres affaires* (p.213).

D'après les membres de nos groupes de réflexion, cela peut être compliqué pour certains patients (notamment les enfants, les personnes avec des troubles autistiques) d'exprimer une émotion et cela peut les mettre dans un certain désarroi. Nous devons savoir écouter et faire silence pour accueillir les paroles. A nous de trouver les ressources en nous appuyant sur nos savoir-faire et matériel, mais aussi sur l'entourage du patient, pour aboutir à cette expression. Lorsqu'on habitue la patient à exprimer régulièrement son ressenti, sa motivation, sa satisfaction, tout au long du traitement, cet exercice devient pour lui de plus en plus facile. Estienne (2004) propose même des outils concrets de mesure de la satisfaction.

Une fin est idéale quand le patient exprime lui-même sa satisfaction, son sentiment de progrès et dit ne plus avoir besoin de suivi (entretien avec Cosette Lignon).

5. Faire de la dernière séance une séance à part

Comme la première séance, la dernière doit être une séance à part entière, différente des séances de rééducation. Il est important de l'annoncer comme telle et de la vivre comme telle, de **prendre le temps nécessaire**, même si la séance est plus longue que d'habitude.

On n'est pas obligé de tout verbaliser ; ce n'est pas le moment de faire des grands discours. Effectivement, c'est un moment relationnel très fort. Quand on dit "c'est fini" ça se concrétise (entretien avec Isabelle Ali).

A cette occasion l'aidant principal sera présent, comme il l'est aussi souvent lors de la première séance. Attention toutefois à ne pas focaliser le discours sur l'aidant, lorsque le patient n'est pas ou plus en capacité de s'exprimer lui-même. La dernière séance reste "sa" dernière séance.

6. Réaliser une synthèse du chemin parcouru

Pour cela, le bilan initial peut être un très bon outil. Il sert de support pour se rappeler de la plainte et du niveau initial. Il est intéressant de pouvoir évoquer voire mesurer les progrès réalisés. Passer en revue le travail effectué en binôme avec l'orthophoniste rend positif la fin de la thérapie et aide à convaincre le patient qu'il est désormais capable de continuer de façon autonome.

Éventuellement, l'orthophoniste reconnaît et partage avec le patient ce qu'il ou elle lui a apporté. Les séances de rééducation orthophonique sont un enrichissement commun !

Il faut prendre soin du "dire au revoir". Les engagements sont conséquents donc il faut bien prendre le temps de signifier la quantité de travail effectué et la présence de résultats : revenir en arrière avec le dossier du patient pour retracer le chemin parcouru (entretien avec Isabelle Ali).

7. Souligner l'autonomie du patient et insister sur ses capacités

Selon la pathologie, la dernière séance peut être le moment pour énumérer les outils et techniques à disposition (notamment en fin de rééducation de voix, bégaiement, déglutition) et dans tous les cas pour affirmer la capacité du patient à se débrouiller sans l'orthophoniste.

Les séances ont donné un élan et les progrès continuent après la fin de la thérapie.

On les lâche alors que tout n'est pas parfait, c'est obligatoire. On doit transmettre à l'enfant "tu as les armes, tu vas te débrouiller, progresser par toi-même et plus par moi" (entretien avec Isabelle Ali).

8. Indiquer qu'on reste joignable

L'orthophoniste peut donner des indications sur pourquoi et comment le ou la recontacter. Cela permet de montrer une certaine confiance envers le patient qui saura si oui ou non il est nécessaire de revenir.

Les membres de nos groupes de réflexion ont suggéré d'utiliser des métaphores. Par exemple : "l'orthophonie est une sorte de béquille, si ça fait encore mal on peut revenir"

Il est important de dire que la porte du cabinet est toujours ouverte, que ce n'est pas une fermeture définitive. On peut être guéri (d'une dysphonie par exemple) et avoir besoin de revenir pour ça ou pour autre chose. On ouvre aussi les portes d'autres professionnels (entretien avec Mireille Kerlan).

Toujours laisser la porte ouverte. On peut toujours avoir besoin d'un orthophoniste. Savoir que l'orthophoniste est toujours là est rassurant (entretien avec Cosette Lignon).

Conclusion

Ce mémoire se fonde sur le constat que **la fin de prise en soin est un réel sujet de réflexion** pour notre pratique. Nous avons donc élaboré deux hypothèses :

- La première indique que **la dernière séance est un moment délicat** pour les orthophonistes. D'après notre questionnaire et les réponses de 738 orthophonistes exerçant en libéral, celle-ci n'est pas confirmée. Toutefois, la revue de littérature, les apports des groupes de réflexion ainsi que les entretiens avec les expertes ont attesté que la dernière séance est un moment crucial dans la relation thérapeutique, sur lequel il est nécessaire de s'interroger.
- La seconde postule qu'**une pratique plus structurée est souhaitable et envisageable**, que ce moment particulier devrait faire l'objet d'un **enseignement** en formation initiale et éventuellement continue, et qu'il est possible de **formuler des préconisations** pour bien vivre la dernière séance.

Cette seconde hypothèse est confirmée à toutes les étapes de notre méthode. Notre revue de littérature, les groupes de réflexions et les entretiens avec les expertes ont abouti à la rédaction de 8 préconisations pour bien terminer une prise en soin orthophonique.

Ces préconisations seront diffusées sur les réseaux sociaux que nous avons utilisés pour le questionnaire. Elles gagneraient à être validées scientifiquement par une démarche de consensus (méthode de Delphes, grille AGREE). Ce travail pourrait faire l'objet d'un mémoire de recherche orthophonique.

Nous nous sommes concentrées sur la dernière séance en **exercice libéral**, étant donné que plus de 80% des orthophonistes exercent strictement en libéral. **La fin de prise en soins en structure est un tout autre sujet** avec d'autres facteurs impliqués (prise en soin pluriprofessionnelle, déplacement du patient dans d'autres services, départ de l'orthophoniste salariée, décès de patients plus fréquents, etc.). Ce contexte d'intervention mérite une réflexion complémentaire et des préconisations adaptées.

Enfin, la dernière séance est envisagée par plusieurs auteurs comme un miroir de la première et c'est ainsi que l'idée d'un bilan de fin de prise en soins a émergé. A l'image du bilan initial qui permet de dresser un état des lieux, analyser les difficultés du patient et concevoir un projet thérapeutique, le **bilan final** permettrait d'établir objectivement les progrès réalisés, de mesurer le chemin parcouru, d'accepter le reliquat non résolu et de souligner les compétences acquises ou maintenues par le patient.

Bibliographie

- Angelergues, J., Bydlowski, S., & Denis, P. (2021). *Les fins de traitement*. In Press.
- Baker, E. (2010). The experience of discharging children from phonological intervention. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 12(4), 325-328.
<https://doi.org/10.3109/17549507.2010.488326>
- Bioy, A., & Maquet, A. (2003). *Se former à la relation d'aide : Concepts, méthodes, applications*. Dunod.
- Calvarin, S. (2007). I reste encore combien de séances ? ... ? *Entretiens d'orthophonie*, 156-164.
- Coquet. (2007). Prise en charge des troubles sévères du langage oral : Quand peut-on écrire la fin ? *Entretiens d'orthophonie*, 176-198.
- Estienne, F. (2004). *Orthophonie et efficacité : Les fondements d'une pratique*. Solal.
- Hersh, D. (2001). Experiences of Ending Aphasia Therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(1), 80-85.
<https://doi.org/10.3109/13682820109177863>
- Hersh, D. (2003). "Weaning" clients from aphasia therapy: Speech pathologists' strategies for discharge. *Aphasiology*, 17(11), 1007-1029.
<https://doi.org/10.1080/02687030344000364>
- Hersh, D. (2009). How do people with aphasia view their discharge from therapy? *Aphasiology*, 3(23), 331-350. <https://doi.org/10.1080/02687030701764220>
- Hersh, D., & Cruice, M. (2010). Beginning to teach the end: The importance of including discharge from aphasia therapy in the curriculum. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45(3), 263-274.
<https://doi.org/10.3109/13682820902994200>

- Kambanaros, M. (2010). Discharge experiences of speech-language pathologists working in Cyprus and Greece. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 12(4), 296-300. <https://doi.org/10.3109/17549507.2010.485331>
- Kerlan, M. (2016). *Ethique en orthophonie. Le sens de la clinique*. De Boeck supérieur.
- Langgut, C. L., Madison, C. L., & Weir, I. L. (1983). A survey study of resistance to discharge from speech-language therapy. *Journal of Communication Disorders*, 16(3), 189-200. [https://doi.org/10.1016/0021-9924\(83\)90033-3](https://doi.org/10.1016/0021-9924(83)90033-3)
- Leloup, G. (2007). L'intervention orthophonique : Problèmes et perspectives. *Entretiens d'orthophonie*, 165-175.
- Rogers, C., & Zigliara, J.-P. (1970). *La relation d'aide et la psychothérapie*. ESF Sciences humaines.
- Roulstone, S., & Enderby, P. (2010). The end of an affair: Discharging clients from speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 12(4), 292-295. <https://doi.org/10.3109/17549501003770277>
- Thibault, M.-P. (2007). La sortie de rééducation, entre mesure et sentiment. *Entretiens d'orthophonie*, 127-135.
- Togher, L. (2010). The dilemma of discharge and some possible solutions. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 12(4), 320-324. <https://doi.org/10.3109/17549501003749859>

Annexes

A. Tableau récapitulatif du questionnaire

N°	Intitulé	Type	Réponse	Nombre de réponses
1	Dans quel département exercez-vous ? (indiquez le numéro)	réponse courte	obligatoire	738
2	Quelle était votre ville de formation ?	réponse courte	obligatoire	738
3	En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?	réponse courte	obligatoire	738
4	La fin du traitement orthophonique a-t-elle été abordée au cours de votre formation initiale?	choix multiple	obligatoire	738
5	Combien de fois par an vivez-vous une "dernière séance" ?	choix unique	obligatoire	738
6	Que faites-vous lors de ces dernières séances ?	choix multiple	obligatoire	738
7	Quelle est l'origine de ces dernières séances ?	grille à choix unique	obligatoire	738
8	Voulez-vous préciser ou ajouter quelque chose par rapport à la question précédente ?	question ouverte	facultative	172
9	Vous discutez avec votre patient du fait que les soins orthophoniques s'arrêtent un jour...	grille à choix unique	obligatoire	738
10	Vos dernières séances vous préoccupent-elles en général?	grille à choix unique	obligatoire	738
11	Sur une échelle de 0 à 5, comment vous sentez-vous lors de ces "dernières séances" le plus souvent ?	échelle linéaire	obligatoire	738
12	Pouvez-vous préciser votre ressenti en 3 mots, (donnez 3 adjectifs, séparés par des virgules) ?	question ouverte	facultative	657
13	Est-ce que ces éléments influencent votre ressenti lors des dernières séances?	grille à choix unique	obligatoire	738
14	Ces éléments ont-ils aussi un rôle à jouer?	grille à choix unique	obligatoire	738
15	Voulez-vous préciser, ajouter quelque chose, par rapport à ces facteurs ?	question ouverte	facultative	92
16	Avez-vous une anecdote à partager (facultatif) ?	question ouverte	facultative	171
17	Comment les orthophonistes pourraient en apprendre plus afin d'assurer leurs fins de prises en soins ?	choix multiple	obligatoire	738
18	Si vous souhaitez échanger plus longuement avec nous sur ce sujet, dites-nous comment vous joindre (mail, tel...) :	question ouverte	facultative	148

B. Outils proposés aux groupes de réflexion

B1. questionnaire sur le partenariat avec le patient créé par Aurélie Larzillère, orthophoniste qui a répondu à notre questionnaire et autrice d'un blog <https://larzillere-aurelie.online/>

DIAGNOSTIC DE PARTENARIAT PATIENT

Pourquoi ce questionnaire ?

Ce questionnaire vous est proposé par votre thérapeute car il connaît les dernières avancées médicales.

En effet, les études ont montré que les thérapies étaient plus efficaces lorsqu'elles suivaient le principe du Partenariat Patient.

Qu'est-ce que le Partenariat Patient ?

C'est l'échange d'informations - savoirs nés de votre expérience et connaissances médicales de votre thérapeute - en vue d'une co-construction de la thérapie.

Comprenez bien que votre parole contribue au soin autant que celle de votre thérapeute. Elles vous permettront alors de prendre ensemble des décisions adaptées à votre style de vie (contraintes, projets, valeurs...) tout au long de votre parcours de soin, du bilan à la fin de prise en soin. Le but est que vous puissiez ainsi acquérir la plus grande autonomie possible face à votre problème médical.

Comment remplir ce questionnaire ?

Vous pouvez remplir ce questionnaire seul.e, avec l'aide d'un aidant ou de votre thérapeute.

Vous devrez d'abord évaluer les différents domaines sur une échelle (du minimum à gauche au maximum à droite). Commentez au maximum votre choix, c'est très important. Puis répondez aux questions en étant le/la plus précis.e possible.

Si vous ne comprenez pas cette présentation ou bien une des questions composant ce questionnaire, n'hésitez pas à demander des explications à votre thérapeute.

DIAGNOSTIC DE PARTENARIAT PATIENT

En résumé (Facile A Lire et à Comprendre)

Ici j'apprends l'autonomie !

(nom du thérapeute) est (métier de mon thérapeute)

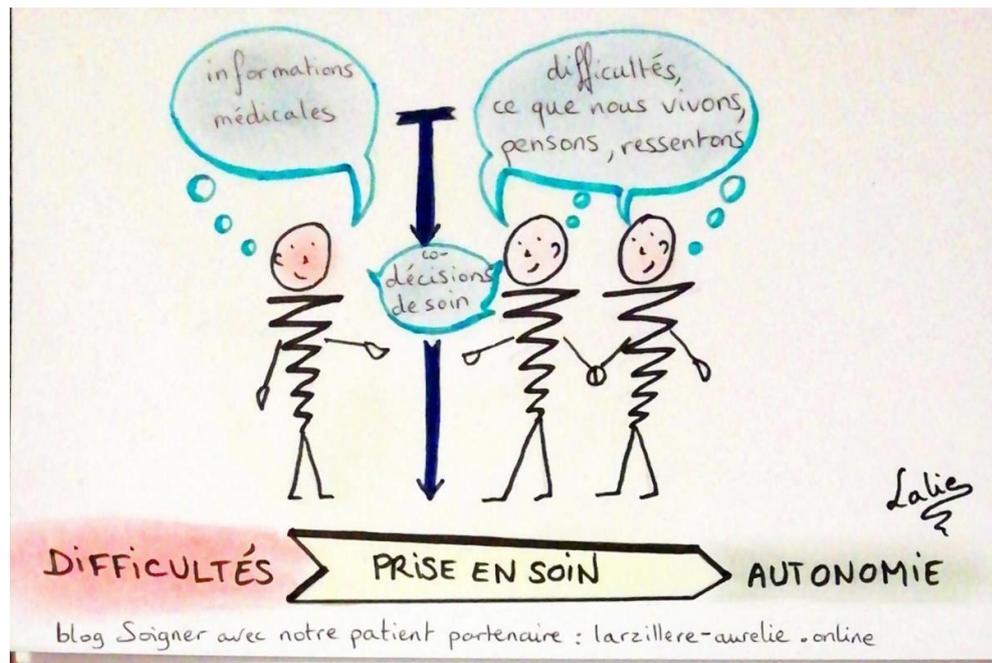
et a fait plusieurs années d'études pour connaître beaucoup d'informations médicales.

(nom du thérapeute) va nous dire, montrer ou signer, à ma famille et à moi, (nom du patient), les informations utiles pour que j'aie mieux avec mes difficultés.

À notre tour, ma famille et moi, (nom du patient), pourrons lui dire, montrer, signer ce que nous vivons, pensons et ressentons.

Alors ensemble nous trouverons des solutions pour que je continue à progresser sans mon

(métier de mon thérapeute).



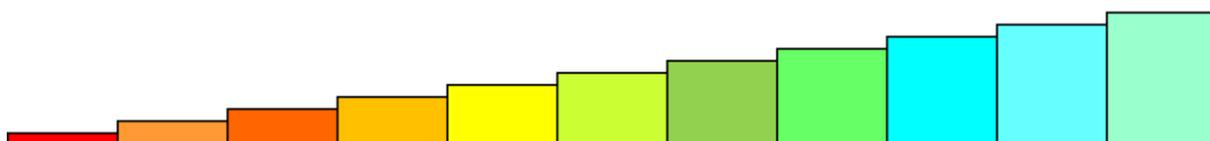
Votre thérapeute :

DIAGNOSTIC DE PARTENARIAT PATIENT

Le / / avec

1/ Sous l'échelle ci-dessous, comment évaluez-vous la motivation que vous avez à consacrer au partenariat co-créé avec votre thérapeute ?

Ex : bleu = je suis autant motivé(e) que mon thérapeute ; rouge = je préfère laisser mon thérapeute gérer.

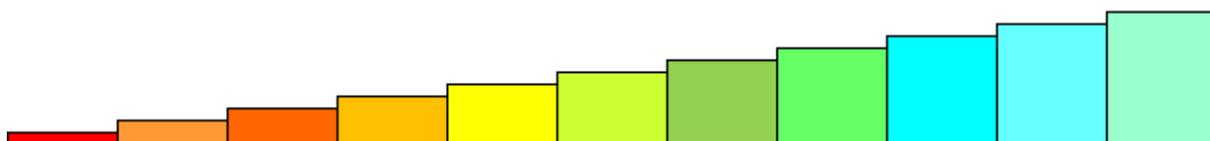


Commentaire :

Qu'est-ce qui vous manque, selon vous, pour atteindre le maximum ?

2/ Sous l'échelle ci-dessous, comment évaluez-vous le temps que vous avez à consacrer au partenariat co-créé avec votre thérapeute ?

Ex : bleu = j'y passerai le temps qu'il faudra ; rouge = je n'ai pas du tout de temps pour ça, je préfère laisser mon thérapeute s'en occuper pendant les séances.



Commentaire :

Qu'est-ce qui vous manque, selon vous, pour atteindre le maximum bleu ?

3/ Sous l'échelle ci-dessous, comment évaluez-vous votre bien-être familial ?

Ex : bleu = je suis à l'aise dans ma famille ; rouge = je n'y trouve pas ma place.



Commentaire :

Qu'est-ce qui vous manque, selon vous, pour atteindre le plus grand sourire ?

4/ Sous l'échelle ci-dessous, comment évaluez-vous votre bien-être social ?

Ex : bleu = je suis à l'aise avec les autres, enfants ou adultes ; rouge = je ne trouve pas ma place.



Commentaire :

Qu'est-ce qui vous manque, selon vous, pour atteindre le plus grand sourire ?

5/ Sous l'échelle ci-dessous, comment évaluez-vous votre bien-être professionnel ?

Ex : bleu = mon métier me plaît et je me sens compétent ; rouge = je n'aime pas mon travail car j'ai trop de difficultés.

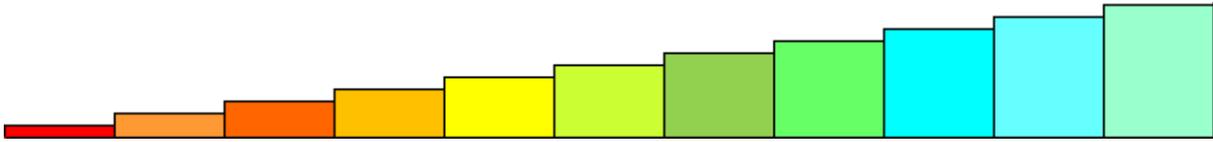


Commentaire :

Qu'est-ce qui vous manque, selon vous, pour atteindre le plus grand sourire ?

6/ Sous l'échelle ci-dessous, comment évaluez-vous votre connaissance concernant vos difficultés ?

Ex : bleu = je sais ce qui est difficile pour moi et j'ai toutes les informations dont j'ai besoin ;
rouge = je ne comprends rien à mes difficultés.



Commentaire :

Qu'est-ce qui vous manque, selon vous, pour atteindre le maximum bleu ?

7/ Définissez vos difficultés et en quoi cette prise en soin peut vous aider :

8/ Donnez un objectif qui, atteint, permettra d'envisager l'arrêt ou la diminution de cette prise en soin.

9/ Définissez quelle(s) serai(en)t la (ou les) difficulté(s) qui vous gêne(nt) le plus au quotidien en ce moment :

10/ Pour chacune de ces difficultés, voyons ensemble ce que nous pouvons mettre en place pour vous et comment nous répartissons les rôles :

Donnons-nous jusqu'au / / pour réévaluer ce projet.

Signatures :

Votre thérapeute Vous

B2. un tableur avec les objectifs de prise en soins à colorier selon leur avancement

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	Objectifs	A colorier si travaillé pendant la séance									A colorier quand l'objectif est atteint
2	Objectif 1										
3	Objectif 2										
4	Objectif 3										

Outil proposé par un répondant anonyme à notre questionnaire.

B3. auto-questionnaire de satisfaction inspiré de celui que Françoise Estienne propose dans *Orthophonie et efficacité* (voir bibliographie)

1. Prenez les 10 dernières fins de thérapie que vous avez vécues
2. Classez-les en fonction du degré de satisfaction de votre travail

Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	Total
Nb :	Nb :	Nb :	10

3. Justifiez votre classement

4. Qu'est-ce que vous en concluez ?

5. Est-ce que j'aimerais être celui qui reçoit ce que je fais ?

6. Si ma dernière séance était :

	Exemple d'une dernière séance très satisfaisante	Exemple d'une dernière séance insatisfaisante
un instrument		
un fruit		
un végétal		
un mets		
une couleur		
un lieu d'habitation		
Qu'est-ce que je me dis après cette fin de PES ?		
Qu'est-ce que je voudrais qu'on me dise ?		
Je résume ma fin de PES par un titre		
Ma dernière séance a été comme ... (à compléter)		

7. La prochaine "dernière séance" je la voudrais comme...

8. Qu'est-ce que je mets en place pour atteindre cet objectif ? (recherche d'information, formation, discussion, ...)

C. Trame d'entretien avec les expertes

- ❖ à votre connaissance, existe-t-il des règles précises (déontologiques et juridiques) pour finir les prises en soin ? si oui, lesquelles ? si non, pourquoi ?
- ❖ à votre avis, est-ce qu'une thérapie en orthophonie devrait se dérouler avec des repères (= cap, limites, objectifs...) qui permettent d'en fixer la fin, ou est-ce qu'on contraire il vaut mieux "lâcher prise" et "laisser venir", car ni le thérapeute ni le patient ne peuvent anticiper la fin ?
- ❖ si oui, quels repères, conseils, stratégies mettriez-vous en place pour aborder au mieux la fin de la prise en soin ?
- ❖ quels écueils sont à éviter ?
- ❖ décrivez-nous une fin de prise en soin "idéale"
- ❖ nous avons diffusé un sondage auprès des orthophonistes exerçant en libéral, dans toute la France et en Belgique. Nous avons obtenu 738 réponses. Voici quelques enseignements de ce sondage sur lesquels vous pouvez réagir :
 - plus le diplôme est récent, plus ce sujet a été abordé au cours de la formation
 - La majorité des répondants (60%) vivent entre 5 et 15 dernières séances par an
=> ce n'est pas si souvent donc on a du temps pour s'y appliquer ; d'un autre côté il y a une "saison" des fins de PES : la fin d'année scolaire, pour celles qui travaillent beaucoup auprès des enfants, donc ça fait une période intense
 - La décision d'arrêter les soins est rarement celle du patient seul (15%) ou une raison de force majeure telle que déménagement, décès, etc. (15% également). Le plus souvent (87%) c'est le résultat d'un commun accord entre l'orthophoniste et son patient et/ou son entourage.
 - Plus on avance dans la rééducation, plus le sujet est abordé. 55% des répondants n'abordent jamais ou rarement le sujet lors de la 1ère séance.
 - 97% des orthophonistes ayant répondu au questionnaire indiquent lors de cette dernière séance qu'ils restent joignables. Viennent ensuite le fait de prodiguer des conseils pour l'autonomie, des exercices à réaliser chez soi pour prolonger les bénéfices de la thérapie (53%), la vérification de la facturation (49%) ainsi que la clôture du dossier avec la rédaction de dernières notes (49%)
 - Soulagement et satisfaction sont les 2 mots-clefs qui ressortent du nuage de mots composé à partir des 1885 mots de ressenti recueillis lors du questionnaire. 76,5% des répondants déclarent se sentir "bien ou "très bien" lors de leurs dernières séances.
 - Même si les dernières séances ne sont pas un sujet de préoccupation quotidien et difficile pour les orthophonistes, le nombre de réponses et de commentaires à notre questionnaire montre que le sujet fait débat et que les orthophonistes apprécient d'y réfléchir.

D. Les 8 préconisations

* * Comment bien terminer une prise en soin orthophonique * *

"l'orthophonie, c'est pas pour la vie"

- 1 Aborder ouvertement la fin des soins, dès le début
- 2 Définir des objectifs "MALINS" pour fixer un cap
- 3 Réaliser des points d'étapes régulièrement
- 4 Aider le patient à reconnaître le travail accompli, et exprimer sa satisfaction

"il faut prendre soin de l'au-revoir"

- 5 Faire de la dernière séance une séance à part
- 6 Réaliser conjointement une synthèse du chemin parcouru
- 7 Souligner l'autonomie du patient, insister sur ses capacités
- 8 Indiquer qu'on reste joignable

MALINS = Mesurables (concrets), Atteignables (réalistes), Limités dans le temps, Individualisés, Négociables, Stimulants

Résumé

Ce mémoire a pour objectif d'élaborer des préconisations pour structurer les fins de prise en soins orthophoniques, et permettre aux patients comme aux orthophonistes de vivre sereinement les dernières séances.

Nous avons élaboré une méthode originale combinant trois sources d'informations. Nous avons mis en ligne sur les réseaux sociaux réservés aux orthophonistes un questionnaire comportant 18 questions fermées et ouvertes. Les répondants ont été invités à participer à des groupes de réflexion pour approfondir la thématique. Nous avons en parallèle mené des entretiens téléphoniques détaillés avec des orthophonistes sélectionnées pour avoir publié des ouvrages sur la pratique clinique.

Le questionnaire a obtenu 738 réponses. Il a fait l'objet d'une publication dans Orthomagazine n°158. Les groupes de réflexion ont réuni à trois reprises, dans un délai de six mois, une dizaine d'orthophonistes exerçant en libéral dans toute la France. Deux orthophonistes et une psychologue associée dans un cabinet d'orthophonie ont commenté les résultats du questionnaire et apporté leur expertise.

La synthèse de ces éléments nous a permis de rédiger huit préconisations pour bien terminer une prise en soin orthophonique : quatre à mettre en œuvre dès le début et tout au long du traitement et quatre autres à appliquer le jour même de la dernière séance.

Mots clefs

orthophonie, fin de la prise en charge, alliance thérapeutique, éthique, Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

Abstract

The aim of this thesis is to develop recommendations for structuring the end of speech and language therapy care, and to enable both patients and speech and language therapists to experience the final sessions in peace.

We developed an original method combining three sources of information. We posted a questionnaire with 18 closed and open questions on social networks for SLTs. Respondents were invited to participate in focus groups to explore the topic further. In parallel, we conducted detailed telephone interviews with selected speech and language therapists who had published on clinical practice.

The questionnaire received 738 responses. It was published in Orthomagazine 158. The focus groups brought together ten speech and language therapists in private practice across France on three occasions within a six month period. Two SLTs and a psychologist associated with a speech and language therapy practice commented on the results of the questionnaire and contributed their expertise.

The synthesis of these elements enabled us to draw up eight recommendations for the successful completion of speech and language therapy: four to be implemented at the beginning and throughout the treatment and four others to be applied on the day of the last session.

Keywords

Speech and Language Therapy, Discharge, Therapeutic Alliance, Ethics, Formative Assessment