Le partenariat parental dans les soins orthophoniques : surmonter les obstacles terminologiques et cliniques

Jérémy PERICHON
Orthophoniste
Doctorant (LRL, UR 999)
Chargé d'enseignement au département d'orthophonie de Clermont-Ferrand
Formateur
69530 Brignais (France)
Courriel : jperichon.ortho@gmail.com

Résumé

La collaboration entre les parents et les orthophonistes est une pratique reconnue dont l'efficacité n'est plus à démontrer. Cependant, la mise en œuvre de ce partenariat se révèle complexe en raison des nombreux défis rencontrés. Tout au long de cet article, nous examinerons en détail les difficultés constatées, afin de proposer des recommandations cliniques. Pour commencer, nous passerons en revue les différentes terminologies relatives à l'implication parentale, afin de parvenir à une définition commune. Dans un second temps, nous détaillerons les difficultés auxquelles les orthophonistes peuvent être confrontés lorsqu'ils cherchent à impliquer activement les parents dans les soins orthophoniques de leur enfant. Enfin, des recommandations cliniques seront présentées pour offrir des stratégies pratiques visant à surmonter ces obstacles.

Mots-clés :

partenariat parental, implication parentale, terminologie, recommandations cliniques, obstacles.

Parental partnership in speech and language therapy: overcoming terminological and clinical challenges

Jérémy PERICHON
Orthophoniste
Doctorant (LRL, UR 999)
Chargé d'enseignement au département d'orthophonie de Clermont-Ferrand
Formateur
69530 Brignais (France)
Courriel : jperichon

Abstract

Collaboration between parents and speech and language therapists is a recognised practice whose effectiveness is well established. However, the implementation of this partnership has proved complex due to the many challenges encountered. Throughout this article, we will examine the difficulties in detail to propose clinical recommendations. To begin with, we will review the different terminologies relating to parental involvement to arrive at a common definition. Secondly, we will detail the difficulties that SLTs may face when seeking to actively involve parents in their child's speech and language therapy. Finally, clinical recommendations will be presented to offer practical strategies to overcome these barriers.

Keywords:

parental partnership, parental involvement, terminology, clinical guidelines, barriers.

Introduction

Le développement, au cours des dernières décennies, des approches centrées sur les familles et du partenariat de soin (Pomey *et al.*, 2015) ont contribué à reconnaître l'importance de l'engagement et de l'implication des familles pour améliorer l'efficacité des interventions orthophoniques. Le référentiel européen souligne par ailleurs l'importance, d'un point de vue éthique et déontologique, de renforcer la capacité et l'autonomie des individus et non de les assister (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes, 2009). Toutefois, en pratique clinique, le partenariat avec les patients et les familles reste un objectif à atteindre.

Une démograpie qui nécessite de se préoccuper du sujet

L'expérience des familles et leur vécu singulier questionnent et enrichissent les limites, ainsi que les compétences du professionnel. Il est primordial de rappeler en premier lieu que certains parents se trouvent parfois contraints de confier leur enfant à des professionnels de la santé, dans un environnement inconnu qu'ils n'ont pas choisi, parfois même contre leur volonté initiale. Les professionnels sollicitent alors les parents pour qu'ils partagent leurs expériences positives et négatives, ainsi que leurs réponses aux défis quotidiens liés à la parentalité. Dans cette optique, le développement du partenariat avec les patients et les familles nous invite à redéfinir les rôles et les statuts de chacun (Alexandre *et al.*, 2010), notamment dans des situations qui peuvent s'avérer potentiellement complexes. Bien que l'efficacité de cette approche probante ne soit plus à démontrer (Haine-Schlagel *et al.*, 2020 ; Supple *et al.*, 2020 ; Hampton et Kaiser, 2016), son application s'avère être un processus complexe, exigeant une réflexion approfondie sur plusieurs niveaux :

- **La pratique clinique (niveau micro)** : les familles font face à des contraintes pratiques, tels que les déplacements et les obligations professionnelles, qui limitent souvent leur disponibilité. Parallèlement, les orthophonistes identifient le manque de temps, de ressources et l'absence d'un acte professionnel spécifique comme des obstacles majeurs entravant l'implication des parents, selon les recherches de Werba et Brejon-Lamartinière (2021).
- **Le contexte organisationnel et environnemental (niveau macro)** : la collaboration avec les parents varie selon les modes varient également selon les

modes d'exercice (libéral ou salarié) et les lieux d'exercice (disparités régionales, nationales et internationales). En salariat, des contraintes institutionnelles telles que des politiques rigides, des procédures standardisées et les rapports de hiérarchie peuvent limiter la liberté d'action des professionnels. En libéral, le manque de coordination interprofessionnelle peut entraver un partenariat durable.

- **Le contexte politique (niveau macro)** : d'importantes différences entre les pays, telles que les politiques de santé publique en vigueur ou la reconnaissance sociale du rôle des parents, influent sur la nature des obstacles rencontrés par les professionnels et les familles. En France, par exemple, la dénomination « rééducation individuelle » de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) stipule la présence impérative de l'enfant lors du bilan et des séances de rééducation. Cette exigence peut s'ériger comme un obstacle manifeste à l'adoption d'une approche collaborative avec les parents (Klatte *et al.*, 2020).
- **L'enseignement** : Leroy *et al.* (2020) ont expérimenté un dispositif universitaire basé sur le « Calgary-Cambridge Observation Guide » (Kurtz *et al.*, 1998). L'objectif de ce projet est de renforcer les habiletés communicationnelles des étudiants en logopédie lors de la conduite d'une anamnèse. Les résultats de cette étude indiquent une amélioration significative des compétences professionnelles après l'expérimentation. L'extension de ce dispositif à l'ensemble des centres de formation universitaires en orthophonie contribuerait à soutenir et à encourager cette approche collaborative.
- **La recherche** : malgré l'essor significatif des recherches participatives en médecine (Lelubre, 2021), peu d'études menées en orthophonie intègrent de manière simultanée les connaissances expérientielles et professionnelles. Cette lacune entrave potentiellement le développement d'une compréhension holistique et nuancée des besoins réels des patients et des familles. Il est crucial de favoriser une approche plus intégrative, où les connaissances issues de l'expérience des patients et de leurs familles coexistent harmonieusement avec les savoirs techniques des professionnels de l'orthophonie.

La transition du paternalisme vers le modèle de patient-partenaire nécessite une transformation de nos pratiques professionnelles, impliquant un changement de perspective, d'attitude et de compétences. Dans ce contexte, nous proposerons une définition actualisée des niveaux d'implication parentale dans les soins orthophoniques. Puis, nous explorerons les facteurs influençant la collaboration entre le patient, les parents et l'orthophoniste. Dans un dernier temps, nous présenterons des recommandations cliniques pour faciliter la mise en place de ce partenariat parental.

L'implication parentale dans les soins orthophoniques : une absence de définition partagée

Terminologies actuelles

La complexité de la compréhension du ter
de la diversité des interprétations qui lui sont associées, souvent centrées sur des aspects éducatifs. Selon Hill et Taylor (2004), trois défis majeurs émergent lors des tentatives de définir cette notion : 1
tout au long des étapes du développement de l'enfant, et 3) l'importance d'examiner cette notion sous différentes perspectives. Les définitions proposées à ce jour sont les suivantes :

Fey (1986)

- **Family-allied program :** les familles sont vues comme des auxiliaires des professionnels, elles sont poussées à mettre en place les recommandations jugées nécessaires et utiles pour leur enfant.
- **Family-focused program** : les familles sont ici pl
contrent les professionnels pour obtenir des conseils spécifiques. Elles sont davantage encouragées à utiliser les moyens à leur portée pour répondre à leurs besoins.
- **Family-centered program** : les professionnels promeu
méthodes qui favorisent la prise de décision, les compétences et capacités familiales. Aussi, les familles déterminent leurs besoins et les solutions qu'elles recherchent pour les pallier et les adressent aux professionnels dans un second temps.

Pappas et McLeod (2008)

- **Therapist centered** : l'orthophoniste détermine le
Les soins sont centrés sur l'enfant, sans l'intervention des parents.
- **Parent as therapist aide** : les parents assistent l'o
sation du plan d'intervention et fournissent les ressources nécessaires tout au long de la rééducation.
- **Family-centered** : dans la pratique centrée sur
l'enfant, est au centre de l'interventi
pert ». Le professionnel veille à fourn
familles pour qu'elles puissent prendre les décisions sur la fourniture de services. L'intervention est)« indirecte »

- **Family-friendly** : l'orthophoniste est le prin
soutient activement l'implication des parents dans le processus de décision et tout au long de l'intervention.

Montfort (2010)

- **Guidance** : ensemble des programmes qu-i tra
raction familiale comme la base de travail et l'objectif de l'intervention
- **Accompagnement** : la famille collabore à un programme appliqué par l'orthophoniste.
- **Partenariat** : le travail est dirigé par le spécialiste, mais fondamentalement appliqué par la famille.

Bo (2014)

- **L'accompagnement de type I** : l'orthophoniste est expert. Il fournit des explications et des informations sur la pathologie, les difficultés rencontrées, et impose l'(les)objectifs thérapeutique(s) à atteindre. La relation thérapeutique est verticale et hiérarchique.
- **L'accompagnement de type II** : la relation reste vert
est invité à assister aux séances, afin d'expérimenter certaines techniques et de prendre en main des stratégies compensatoires et/ou des moyens de communication alternatifs et augmentatifs. L'orthophoniste peut demander de reprendre certaines activités, vues en séance, à la maison.
- **L'accompagnement de type III** : la relation est fondée sur un échange horizontal et symétrique de ressources et d'outils au sein duquel chacun reconnaît l'expertise de l'autre. L'orthophoniste amène le parent à construire ses propres représentations, ainsi que ses propres solutions, de manière à les appliquer consciemment auprès de l'enfant.

Coquet (2017)

- **Guidance parentale** : les parents ont besoin, da
guidés par des parents dans la même situation qu'eux ou par le spécialiste qui met en place une réponse directe et organisée ou leur enseigne de nouvelles connaissances/compétences.
- **Accompagnement parental** : les parents ont besoin
d'informations, de renforcement, d'accompagnement.
- **Partenariat avec les parents** : le partenariat s'actua
dont la direction repose sur l'orthophoniste, mais dont l'application se fait à la maison. L'entourage assume un rôle d'assistant à qui l'on a enseigné des exercices précis dont l'entraînement intensif en dehors du temps restreint de la rééducation, est indispensable.

Davies *et al.* (2019)

- **Intervener role** : l'orthophoniste procède à une enseigne les parents en leur prodiguant des conseils et/ou une formation. Il planifie des activités que les parents peuvent faire à la maison.
- **Parents as implementer** : les parents accompagnent leur enfant au rendez-vous avec l'orthophoniste. » Ils sont invités à réaliser les activités proposées par l'orthophoniste à la maison.
- **Change agents** : les parents sont perçus comme d'apprendre pour soutenir le développement de la parole et du langage de l'enfant. Ils sont également considérés prennent les principes de l'intervention et peuvent les appliquer aux activités à domicile.

Proposition d'une classification terminologique actualisée *(Perichon et Gonnot, sous presse)*

D'après Werba et Brejon-Lamartinière (2 connaissent l'approche de partenariat de L'étude souligne l'hétérogénéité des pratiques professionnelles, mettant en lumière la nécessité d'aboutir à une définition commune pour établir une base conceptuelle partagée. À cette fin, nous proposons une définition réactualisée des trois façons dont les parents peuvent être impliqués

- **Guidance parentale** : le professionnel prescrit de (conseils, stratégies de stimulation du langage, gestes thérapeutiques…) qui visent à modifier les pratiques et les attitudes parentales. Les objectifs et les modalités d'exécution sont décidés par le professionnel dans un climat relationnel peu propice à la négociation.
- **Accompagnement parental** : le professionnel présente les objectifs à atteindre et les moyens pour y parvenir. Il soutient le développement des compétences parentales mobilisées lors de la réalisation d'une tâche et/ou en réponse à un comportement donné. Les parents sont invités à participer aux activités proposées en séance, afin de pouvoir les reproduire dans leur quotidien.
- **Partenariat parental** : la mutualisation des savoirs expérientiels et des savoirs professionnels amène à une compréhension partagée de la situation. Les objectifs, les moyens, les rôles de chaque intervenant, et les buts de l'intervention sont définis lors d'une décision prise par consensus. Le professionnel s'appuie sur les initiatives des parents, et encourage les innovations proposées dans leur quotidien. Ce processus collaboratif contribue à renforcer le sentiment de compétence parentale, à améliorer leur qualité de vie et à réduire le retentissement fonctionnel du trouble.

• **Explorer les facilitateurs et les obstacles au partenariat parental**

Le partenariat entre les parents et les orthophonistes est essentiel pour assurer des soins de qualité aux enfants ayant des besoins spécifiques. Cependant, des obstacles fréquents entravent sa mise en place, tels que le manque de temps ou de ressources (Werba et Brejon-Lamartinière, 2021).

Les récents travaux de Jukes *et al.*, 2022) apportent des éclairages précieux pour mieux comprendre l'intrication des facteurs relatifs à l'orthophoniste et des facteurs relatifs aux parents. Nous allons les présenter et les développer ici.

Facteurs relatifs à l'orthophoniste

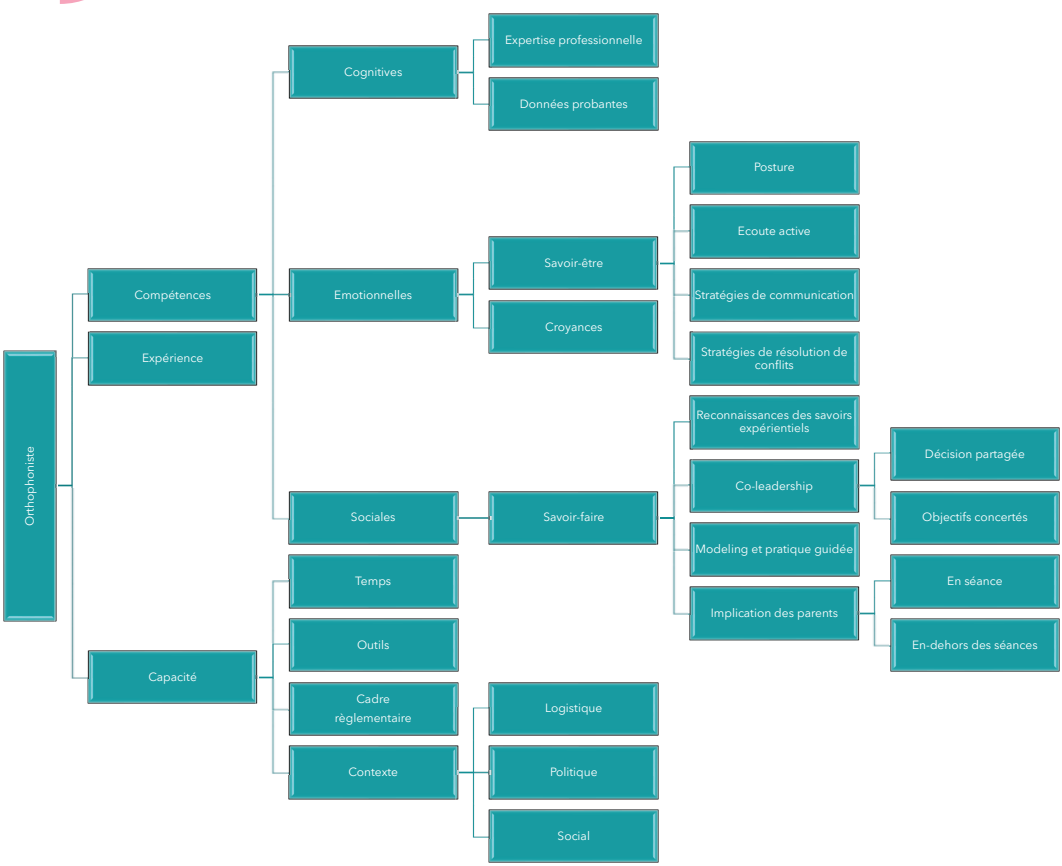

Figure 1 : Facilitateurs et obstacles (orthophonistes)

Les compétences (cognitives, émotionnelles et sociales)

Les compétences professionnelles sont la combinaison des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire du professionnel qui s'exercent dans un contexte précis (Paddeu, 1999).

L'expertise professionnelle (les savoirs)

La pratique du partenariat parental demeure hétérogène à l'heure actuelle. Werba et Brejon-Lamartinière (2021) ont notamment mis en évidence une importante variabilité selon les domaines d'intervention. Si cette approche est courante dans les domaines de l'oralité et de la fluence, elle est moins fréquente dans les domaines du langage oral et des apprentissages, où les connaissances et l'expérience des parents sont souvent moins prises en compte et leur participation moins encouragée.

Les motivations qui sous-tendent l'implication des parents dans les soins orthophoniques sont étroitement liées au niveau d'expertise de l'orthophoniste dans le domaine d'intervention. Lorsque l'orthophoniste se sent moins à l'aise dans un domaine spécifique, il peut avoir des difficultés à reconnaître les connaissances et l'expérience des familles et à les intégrer dans le processus de soins. Cette situation peut avoir un impact négatif sur la qualité de l'alliance thérapeutique. En effet, si les parents ne sont pas en confiance avec le professionnel, cela peut accroître les risques d'échec de la thérapie.

Les attitudes (ou savoir-être)

Les obstacles en matière de communication sont souvent davantage liés au changement des pratiques professionnelles qu'à la mise en œuvre de l'approche elle-même (K, 2014). Tout au long de notre formation, à la fois initiale et continue, nous acquérons un ensemble de compétences en communication, à la fois verbales et non verbales, qui favorisent la collaboration. Ces compétences comprennent l'écoute active ou réflective, les stratégies de reformulation, la validation émotionnelle, l'utilisation de questions ouvertes, ainsi que l'adoption d'une posture empathique et bienveillante.

L'empathie, bien que largement reconnue comme un des ingrédients actifs pour établir une alliance thérapeutique durable (Sylvestre et Gobeil, 2020), peut être perçue comme une intrusion, selon la culture ou le tempérament de certains parents. (Norcross, 2002). Des stratégies telles que mettre l'accent sur certaines émotions, encourager à parler lorsque la personne ne le souhaite pas, se concentrer excessivement sur des détails, ou adopter une attitude trop formelle, peuvent compromettre cette alliance thérapeutique (2006) et Constantino *et al.*, (2010).

Ainsi, chaque professionnel de santé devrait entreprendre une réflexion individuelle pour identifier ses forces, ses préférences, ses valeurs, ainsi que ses limites personnelles et professionnelles. Surmonter ses résistances internes et prendre en compte ses propres besoins sont essentiels pour réduire le risque de burn-out (Detraux, 2018).

La capacité (ou savoir-faire)

Les professionnels de santé estiment souvent manquer de formation et de ressources pour collaborer efficacement avec les parents (Wilson, 2015). Trois obstacles majeurs sont fréquemment cité le temps, les contraintes réglementaires et organisationnelles, le manque d'outils adaptés.

Le temps : c'est l'un des obstacles les p les professionnels. Le partenariat de soins est perçu comme une pratique qui nécessite un investissement considérable en temps. En France, les séances d'orthophonie sont encadrées par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) avec une durée réglementaire de 30 ou 45 minutes (selon les domaines), ce qui limite les possibilités d'engager des discussions approfondies autour du projet de soins de l'enfant et de le réactualiser régulièrement. Certains parents ressentent également cette contrainte temporelle, ce qui peut restreindre la qualité des interactions parent-orthophoniste : *« Un orthophoniste, il ne vous reste que 20 minutes pour travailler. »*. Dans ce contexte, les séances d'orthophonie peuvent se réduire à la mise en application de gestes techniques ou de stratégies d'intervention. L'échange d'informations risque alors d'être relégué au second plan dans l'accompagnement.

Le contexte réglementaire et organisationnel : les pratiques p peuvent diverger considérablement en fonction du contexte d'application, ce qui peut entraîner des obstacles à la mise en œuvre de cette approche collaborative. Les différences dans les réglementations et les modalités d'exercice, notamment entre les orthophonistes en activité libérale et ceux en institution, peuvent influencer la façon dont la prise de décision partagée est mise en application. Il est essentiel de procéder à une réévaluation du cadre réglementaire qui régit notre profession, en envisageant une révision de la législation actuelle. Cette démarche s'avère nécessaire pour examiner des aspects tels que la durée des séances et l'obligation de la présence de l'enfant, afin d'assurer une réglementation plus adaptée aux besoins actuels et aux meilleures pratiques en orthophonie.

Le manque d'outils spécifiques : l'absence d'outils s maine des soins orthophoniques met en lumière le besoin crucial de concevoir des solutions adaptées pour rendre les informations professionnelles plus accessibles et compréhensibles et faciliter ainsi la prise de décision partagée. L'outil ENGAGE, développé par Singer *et al.* (2022), se démarque comme une initiative à la fois unique et innovante. Le dispositif adopte une forme ingénieuse, se présentant

sous la configuration d'un « tronc d'arbre
posent des « feuilles » intégrant des obj
nicative pour leur enfant. Les retours positifs obtenus par cet outil démontrent son potentiel considérable à améliorer la communication, l'engagement des parents et la qualité du dialogue entre les professionnels de la santé et les familles.

Les croyances

De Montigny et Lacharité (2012) ont démontré une relation significative entre les croyances des professionnels de la santé, leurs principes d'intervention et la manière dont ils les mettent en pratique. Lorsqu'un professionnel est convaincu de l'efficacité de sa démarche clinique et de la valeur de son soutien pour les familles, il est plus susceptible de mobiliser et d'impliquer activement ces familles dans le processus de soins. Cependant, il est important de rappeler que l'objectif ultime du partenariat n'est pas de convaincre ou de persuader les parents. Tous les parents ne sont pas nécessairement prêts à assumer la seule et entière responsabilité du développement de leur enfant, et c'est un choix qui leur revient.

L'orthophoniste doit donc déterminer le degré d'implication souhaité par les parents. Cela lui permet d'adapter son approche en fonction des besoins spécifiques de la famille. Il peut choisir une approche centrée sur l'enfant, de la guidance, de l'accompagnement, ou un partenariat, en fonction de ce qui convient le mieux à la situation et aux préférences des parents. L'objectif final est de garantir que la collaboration entre les professionnels de la santé et les familles soit basée sur le respect mutuel, la flexibilité et l'objectif commun d'améliorer le bien-être de l'enfant.

Les expériences passées

Les expériences passées exercent une influence sur les attitudes et les comportements du professionnel en matière de collaboration avec les parents. Lorsque les tentatives antérieures d'impliquer les parents dans le processus de soins se sont révélées fructueuses, les professionnels sont souvent plus enclins à continuer à encourager leur participation. Les résultats positifs renforcent leur conviction dans l'efficacité de cette approche et renforcent leur engagement envers une collaboration continue. Les professionnels sont susceptibles de percevoir les avantages de travailler en partenariat avec les parents, tels que l'amélioration des résultats de traitement et une meilleure compréhension des besoins de l'enfant.

En revanche, si les expériences antérieures d'implication des parents se sont avérées infructueuses, les professionnels peuvent devenir plus réticents à proposer une collaboration à moyen et long terme. Les échecs passés peuvent entraîner une certaine méfiance ou une perception négative de la collaboration avec les parents.

Les professionnels peuvent craindre que leurs efforts ne portent pas leurs fruits, ce qui peut les amener à éviter de s'engager davantage dans ce type d'approche.

Facteurs relatifs aux parents

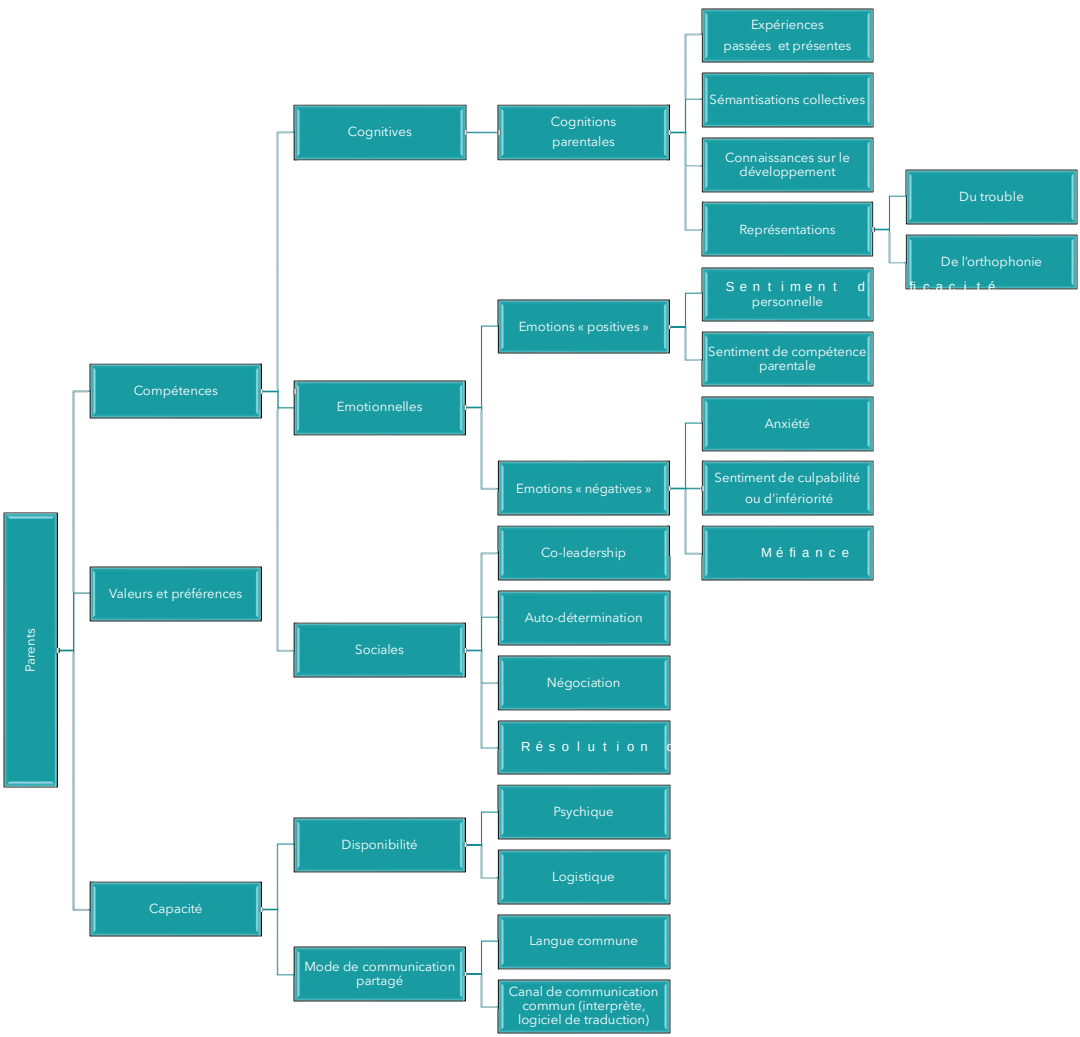

Figure 2 : Facilitateurs et obst

Les expériences passées

Tout comme pour les professionnels de la santé, les expériences passées des parents influencent leur volonté de collaborer avec un professionnel de santé. Une expérience négative passée et/ou la perception du professionnel en tant qu'expert peuvent limiter la participation active des parents, les poussant à adopter une position plus passive (Lefebvre et Pelchat, 2007).

De plus, l'étude menée par Jukes *et al*. (2022) révèle que les parents rencontrent deux autres obstacles à leur engagement actif dans les soins de leur enfant. Le premier est le sentiment de ne pas être écoutés ou compris par le praticien, ce qui peut décourager leur participation. Le deuxième obstacle est l'orientation vers d'autres professionnels, sans constater d'améliorations significatives. Cette situation peut conduire à l'abandon du projet de soins par les parents, qui peuvent se sentir frustrés ou impuissants face à l'absence de progrès.

La capacité

Malgré une volonté commune de considérer les patients et les familles comme des partenaires de soins, la réalité peut parfois être nuancée. Lorsque les parents ont l'opportunité ou le courage d'exprimer leurs opinions, cela peut entraîner des désaccords avec le thérapeute. Ces divergences de priorités peuvent influencer la perception de compétence du professionnel, qui a tendance à croire qu'il sait ce qui est le mieux pour son patient. (Guégan, 2014).

Par ailleurs, une dissonance relative peut être observée entre la participation souhaitée des parents et leur participation réelle (Pappas *et al*., 2008). L'orthophoniste doit identifier tous les facteurs contextuels et organisationnels susceptibles de freiner la collaboration et de conduire à un désengagement progressif. Ces facteurs comprennent le temps consacré à thérapie, les ressources financières (stress financier), la présence d'un enfant plus jeune, la naissance d'un nouvel enfant, des problèmes de santé, des difficultés logistiques (transport ou garde de la fratrie), l'horaire et le jour de la séance, des responsabilités professionnelles…

Les cognitions parentale

Les cognitions parentales englobent l'ensemble des connaissances des parents sur le développement de leur enfant, leurs perceptions des difficultés de leur enfant, ainsi que leurs représentations sur le rôle de l'orthophonie. Ces croyances parentales peuvent avoir un impact positif ou négatif sur les interactions entre les parents et leur enfant, ainsi que sur leur implication dans le processus de traitement. Identifier les croyances er-ronées

sales » selon Bitterman et al. en 2018, peut favoriser l'établissement d'une compréhension partagée des difficultés et de leur impact.

Les barrières linguistiques et/ou culturelles

Les obstacles linguistiques, ainsi que le poids culturel et anthropologique du paternalisme médical, peuvent complexifier la communication entre les parents et les professionnels de la santé (Karaziva et al., 2015). Ces phénomènes sociaux réduisent les opportunités pour les parents pleinement dans l'accompagnement orthophonique de leurs enfants (Murray *et al.*, 2015). Dans notre contexte contemporain, marqué par une grande diversité culturelle et linguistique, l'adoption d'une approche socioculturelle inclusive et adaptée est impérative. Van der Straten et Watterman (2020) ont identifié trois th différences culturelles, l'adaptation des pratiques de communication pour tenir compte de la diversité linguistique, et l'adoption d'une approche globale qui valorise la perspective des parents dans la prise de décision concernant la santé de leurs enfants.

En mettant en place des pratiques de communication et de soins qui prennent en compte les différences culturelles et linguistiques, nous pouvons créer un environnement de santé plus équitable, où chaque individu se sent entendu, respecté, et reçoit des soins adaptés à ses besoins uniques. Cela favorise une meilleure compréhension mutuelle, une confiance renforcée et des résultats de santé plus positifs pour chacun des partenaires. Par ailleurs, le développement de cette compétence culturelle permet, non seulement de mieux comprendre et respecter les différentes cultures et langues des familles, mais aussi de créer un environnement de soins qui favorise une collaboration positive et efficace entre les professionnels de la santé et les parents.

Van der Straten Waillet *et al.* (2022) ont suggéré des pistes d'action pour établir un partenariat avec les familles, dans un contexte de diversité culturelle et linguistique : informer et sensibiliser les outils favorisant une compréhension Comprendre », recours à un interprète, r langues), proposer un plan d'interventi ensemble les situations de communication de la vie quotidienne lors d'une rétroaction vidéo, inclure systématiquement un échange à propos des membres de la famille…

Les émotions

Les parents, pleinement investis dans le parcours des soins orthophoniques de leur enfant, naviguent souvent à travers une palette complexe d'émotions. Lorsqu'ils constatent des progrès significatifs, des sentiments de fierté et de satisfaction émergent naturellement. Cependant, il n'est pas rare que les parents traversent des moments de vulnérabilité les poussant à adopter des approches éducatives considérées comme « inadéquates leur aptitude à relever les défis du quotidien, impacte négativement leur sentiment de compétence parentale en les amenant à parents (Hess *et al.*, 2004 ; Bornstein, 2018). - Par a phonique, diverses émotions telles que l'anxiété, la frustration, le sentiment d'infériorité ou de culpabilité, la méfiance ou la suspicion peuvent surgir. Par exemple, certains parents redoutent que la communication d'informations ne déclenche une enquête des services sociaux ou de la protection de l'enfance. De même, certains pères ne sollicitent pas l'aide du professionnel craignant que cela soit interprété comme un signe de faiblesse ou d'incapacité à gérer la situation (Jukes *et al.*, 2022).

Par conséquent, la reconnaissance et la compréhension de ces émotions variées se révèlent essentielles pour établir une collaboration parent-professionnel durable (Davies *et al.*, 2016).

Soutenir et encourager l' proposition de recommandations cliniques

Comme nous l'avons illustré, différents facteurs peuvent exercer une influence positive ou négative sur la volonté des parents de collaborer, ou le risque de se désengager au cours des soins orthophoniques. La perception de signaux non verbaux et verbaux indiquant la non-volonté ou l'incapacité (émotionnelle ou situationnelle) doit inciter l'orthophoniste à réajuster son approche en s'orientant vers une approche centrée plutôt que vers un véritable partenariat (Schaad *et al.*, 2017). Nous proposons ainsi des recommandations c voir un partenariat parental solide et durable en orthophonie. Chaque enfant et chaque famille sont uniques, donc il est important d'adapter ces recommandations en fonction des caractéristiques spécifiques de chaque situation.

Figure 3 : L'implication des parents dans les soins orthophoniques : proposition de recommandations cliniques

Établir une relation de confiance basée sur l'écoute active

Promouvoir une écoute active et empathique

L'écoute active implique, non seulement d'entendre les paroles de l'autre, mais aussi de les comprendre, de montrer de l'empathie et d'y répondre de manière appropriée. Cette dynamique dialogique crée une base solide pour la collaboration, permettant aux parents de s'impliquer dans le processus de soins, tout en s'assurant que les recommandations cliniques sont adaptées à la situation spécifique de leur enfant. Par conséquent, l'écoute active est un outil puissant qui permet de recueillir des informations cruciales pour le diagnostic, favorise l'établissement d'une relation de confiance, et encourage les partenaires de soins à partager leurs expériences et leurs besoins.

Dans les faits, la pratique de l'écoute active est toutefois nuancée et complexe. D'une part, les patients disposent de seulement 11 secondes pour exposer le motif de leur consultation avant d'être interrompus par leur médecin, tandis qu'ils estimeraient avoir besoin de 92 secondes pour exprimer précisément leurs besoins (Singh Ospina *et al*., 2019). À ce jour, aucune étude exploratoire n'a été menée en orthophonie pour comparer ces données et évaluer la possible corrélation avec ces résultats. D'autre part, afin d'être totalement disponible, il est recommandé de limiter les sources de distraction (sonneries ou notifications), de mettre de côté nos valeurs et expériences personnelles, d'être attentif au langage non verbal (gestes, expressions faciales, silences, variations du débit de parole, etc.) et de reformuler systématiquement les propos de compréhension.

Valider les émotions des parents et apporter un soutien émotionnel

Les parents peuvent ressentir diverses émotions face aux défis quotidiens, comme l'anxiété, la confusion, la colère ou la culpabilité. Il est important de reconnaître et de valider leurs sentiments pour créer un environnement propice à la confiance et à la compréhension mutuelle. Adopter une posture corporelle ouverte avec un contact visuel chaleureux et des hochements de tête montre notre engagement total dans la conversation et notre volonté d'écouter attentivement. En évitant d'interrompre le parent, sauf s'il parle excessivement, nous témoignons du respect envers son discours, lui permettant de s'exprimer librement et de partager ses pensées sans crainte d'interruption.

Cultiver une relation de confiance au sein d'un cadre bienveillant

Une alliance thérapeutique (lien collaboratif qui se développe au cours des soins) de qualité va au-delà d'une simple relation thérapeutique (sentiments et attitudes manifestés entre l'orthophoniste, le patient et ses proches), impliquant notamment une entente entre le professionnel de la santé et le patient sur les objectifs et les moyens à atteindre (Gobeil et Sylvestre, 2020). Ce lien tissé contribue à créer un environnement bienveillant où le patient et ses proches se sentent écoutés et respectés, favorisant ainsi l'efficacité des soins et la satisfaction du patient (Côté et Hudon, 2016). Lorsqu'il y a des difficultés à établir cette alliance, cela peut conduire à un abandon du suivi ou à un échec de l'intervention (Biehal, 2008).

Renforcer le sentiment de compétence parentale

Le sentiment de compétence parentale (SCP) se réfère à la perception des parents quant à leur capacité à influencer positivement le comportement et le développement de leur enfant. Renforcer le sentiment de compétence parentale est essentiel pour créer un environnement familial sécurisant et épanouissant, favorisant ainsi le développement global et l'épanouissement des enfants. Bandura (1977) a identifié quatre facteurs influençant la maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale, et les états physiologiques et émotionnels. La persuasion verbale est considérée comme un élément-clé du SCP dans le cadre des soins orthophoniques (Stiévenart *et al.*, 2022). Les trois autres sources nécessitent une participation plus active des parents. Les orthophonistes ont un rôle majeur dans le renforcement du SCP en fournissant un soutien adapté, des informations pertinentes, et en encourageant la participation active des parents dans les décisions liées à la santé, à l'éducation et au bien-être de leur enfant. Cela implique d'équiper les parents des outils, des connaissances et de la confiance nécessaires pour répondre efficacement aux besoins de leurs enfants.

Conduire une évaluation diagnostique et fonctionnelle

Évaluer les impacts et le retentissement fonctionnel

Pour répondre aux besoins singuliers des patients et des familles, une évaluation approfondie des impacts et du retentissement fonctionnel des difficultés relatées s'avère nécessaire. Cela implique d'identifier les défis et les obstacles rencontrés lors de la réalisation des activités quotidiennes, dans leur vie sociale, ou encore sur le plan de leur bien-être émotionnel.

Analyser l'influence des facteurs contextuels

L'évaluation des facteurs contextuels (environnementaux, personnels, sociaux et culturels) contribue à une pratique clinique plus holistique et centrée sur le patient. Ces facteurs influencent la présentation des troubles et la manifestation des symptômes. Comprendre l'influence de ces facteurs permet de personnaliser nos objectifs et nos stratégies d'intervention selon la situation singulière de chaque famille, en tenant compte de leur cadre de vie, de leurs besoins spécifiques, et de leur culture.

Définir les rôles et les responsabilités de chacun

Fournir des informations claires et facilement compréhensibles

L'orthophoniste doit partager des informations claires et compréhensibles avec le patient et sa famille, afin qu'ils comprennent pleinement la situation médicale, les options thérapeutiques, et les conséquences des décisions possibles. En fournissant des informations claires et accessibles (schémas, dessins, infographies, podcasts, vidéos, articles de vulgarisation scientifique), le patient et son entourage sont mieux armés pour prendre des décisions éclairées (Légaré *et al.*, 2011). Haut du formulaire

Parvenir à une prise de décision partagée

Les patients et les familles jouent un rôle actif dans la conception du parcours de soins, favorisant un leadership partagé pour que les patients et les familles reçoivent *les soins dont ils ont besoin* » (Coulter et Collins, 2011). L'objectif est d'optimiser les décisions pour les enfants, et ainsi minimiser les risques de conflits décisionnels. Trois influences majeures s timent de compétence, et les opportunités fournies par les soignants (Hoover-Dempsey et Sandler, 2005).

L'implication active de toutes les parties concernées dans le processus décisionnel, participe à la reconnaissance des savoirs et des préférences, afin de trouver un consensus qui reflète au mieux les besoins, les valeurs et les préoccupations de chacun. Pour parvenir à une décision partagée, il est crucial de définir le rôle des parents dans l'intervention (implication souhaitée et réelle), les objectifs à atteindre (prioritaires et secondaires) et les ressources disponibles (attribuées, acquises et héritées). L'orthophoniste ajuste son approche en fonction de ces différentes variables, recommandant une intervention directe, indirecte, ou une combinaison des deux.

Formuler des objectifs thérapeutiques concertés

En travaillant ensemble pour définir des objectifs thérapeutiques à court et moyen terme, nous pouvons nous assurer que les priorités et les besoins de cha-

cun sont pris en compte. Cette approche favorise l'engagement du patient dans son propre processus de réadaptation, renforce la motivation et la participation active, et conduit à des résultats thérapeutiques d'une plus grande importance (Pomey *et al*., 2015). De plus, en tenant compte des perspectives et des préoccupations des parents ou des aidants, les objectifs formulés sont mieux adaptés à la réalité quotidienne du patient, ce qui peut améliorer l'efficacité du traitement et sa pertinence à long terme (Martinez-Perez, 2018).

Rédiger le Plan d'intervention orthophonique concerté

Le Plan d'intervention orthophonique concerté (PIOC) constitue un outil essentiel dans la prise en soins orthophonique personnalisé élaboré en collaboration entre le patient, sa famille et l'orthophoniste. Ce support vise à définir les objectifs d'intervention spécifiques, les stratégies d'intervention, les acteurs concernés, les ressources nécessaires, ainsi que la fréquence des entraînements. En favorisant une approche concertée, l'orthophoniste renforce le partenariat entre les différents acteurs impliqués, permettant ainsi une meilleure compréhension des besoins du patient et une coordination optimale des soins.

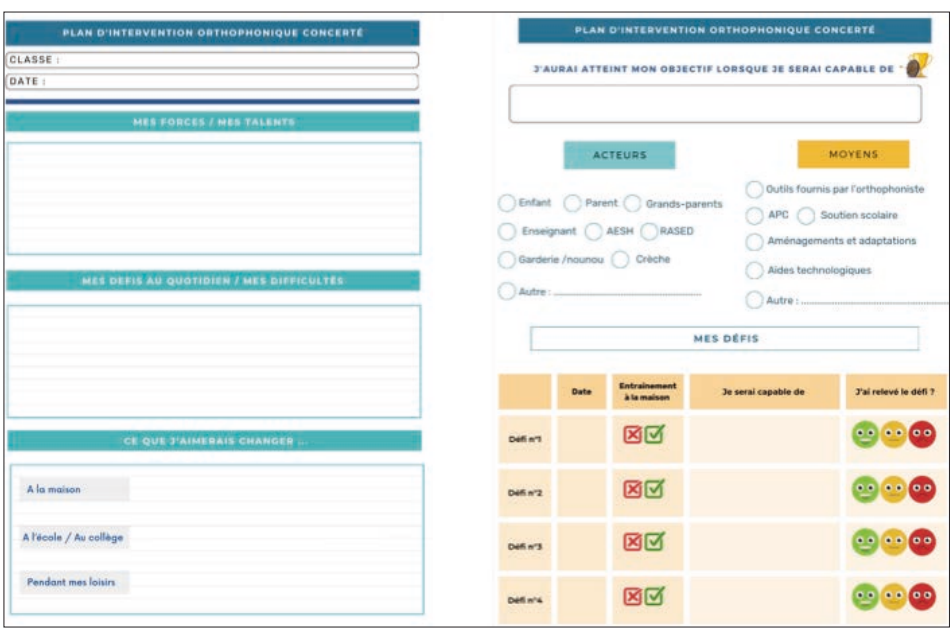

Figure 4 : Plan d'Intervention Orthophonique Concerté

Soutenir l'implication active des parents

Prendre en compte les savoirs des patients et des parents

Prendre en compte les savoirs, acquis à travers l'expérience personnelle et le vécu des individus, apporte une perspective unique et précieuse (Gross et Gagnayre, 2017). Ils enrichissent la compréhension des professionnels de la santé en complétant les connaissances théoriques et en offrant un aperçu des réalités quotidiennes vécues par les patients. En reconnaissant et en intégrant les savoirs expérientiels, il est possible d'améliorer la qualité des soins de santé en prenant en considération les préférences, les besoins, et les retours d'expérience des patients, tout en favorisant une communication plus efficace. En effet, adopter une attitude qui n'est pas celle d'un « expert » ou d tient la mobilisation et la mise en œuvre *et al*., 2022). Cette approche favorise une collaboration plus équilibrée et constructive entre les parents et les professionnels de la santé, où les savoirs et les expériences de chaque partie sont reconnus et valorisés.

Ajuster son intervention aux valeurs et aux préférences individuelles

Les parents et les orthophonistes peuvent avoir des cognitions, des valeurs et des croyances divergentes (Davies *et al*., 2019). Il est donc important d'explorer et de clarifier leurs représentations, préférences et valeurs. Cet échange soutient les ajustements nécessaires dans la perception des parents, en tenant compte de leurs compréhensions et croyances, et permet d'anticiper les obstacles potentiels lors de la mise en œuvre de ces changements (tels que le temps, la motivation, les objectifs surchargés, les réactions de l'entourage, etc.). Reconnaître et exprimer les difficultés liées à l'intervention contribuent à humaniser la relation entre le patient, le parent et l'orthophoniste. Le professionnel ne cherche pas à convaincre que tout est « possible » et « réalisable tions thérapeutiques en détaillant les avantages et les inconvénients de chacune.

Encourager la participation active des parents

L'implication active des parents lors des séances thérapeutiques est un processus nécessitant du temps et une communication constante pour favoriser le développement d'une relation de confiance. En s'appuyant sur la méthodologie de Watson (1998), telle que citée par Coquet (2017), cette démarche implique de

respecter quelques étapes successives : sonnalisation et échange.

Ainsi, l'orthophoniste initie l'activité en la présentant au patient et à ses parents (modeling). Une fois que les parents ont bien compris l'activité, l'orthophoniste les guide au travers d'une pratique supervisée (pratique guidée), fournissant des retours correctifs au besoin. Armés de ces nouvelles connaissances, les parents se sentent davantage capables de mettre en pratique l'activité de manière autonome au quotidien (pratique autonome).

Kambeur *et al.* (2022) ont identifié différents éléments renforçant ou entravant l'implication des parents : les représentations personnelle, la compréhension de l'importance de leur rôle dans la thérapie (partage des responsabilités), et leur capacité à s'impliquer en termes de compétences et de connaissances. Rappelons néanmoins que la capacité d'un parent à exécuter des tâches assignées par le professionnel dépend de son degré de familiarisation et de compréhension des enjeux sous-jacents.

Par ailleurs, l'implication parentale est susceptible de varier au fil de la prise en soins orthophoniques en fonction de divers facteurs internes et externes. Par exemple, l'arrivée d'un nouveau-né peut compliquer la collaboration entre un parent très impliqué dans les soins de son enfant et le professionnel. Elle peut également varier en fonction des domaines d'interventions spécifiques. Par exemple, des parents peuvent être pleinement engagés lors d'une intervention axée sur le langage oral, mais leur investissement peut diminuer lorsque les objectifs se concentrent sur le langage écrit. Un dialogue approfondi est donc nécessaire pour préciser le niveau d'implication souhaité et surmonter les éventuels obstacles, favorisant ainsi une collaboration efficace sur le long terme.

Échanger régulièrement sur l'évolution de l'enfant

L'échange régulier d'informations sur l'évolution de l'enfant constitue un pilier fondamental dans le parcours de soins. Ces discussions fournissent un espace essentiel pour partager des observations, des progrès et des préoccupations concernant le développement de l'enfant. Grâce à cette interaction continue, les parents sont, non seulement informés des avancées de leur enfant, mais ils deviennent également des partenaires actifs en permettant au professionnel d'ajuster les approches thérapeutiques proposées en fonction des besoins évolutifs de l'enfant.

Encourager les innovations dans le quotidien

L'orthophoniste doit encourager et soutenir les idées nouvelles et les autosolutions que les patients et leurs parents trouvent utiles dans leur vie quotidienne (Ausloos, 2018). En intégrant de nouvelles pratiques et de nouveaux outils, nous pouvons faciliter la communication, l'apprentissage et le suivi des recommandations cliniques (« J'ai constaté qu'en fa réussir ; « Ce sont » *Ora changé un peu votre façon de faire l'activité car c'était plus simple pour nous de le faire comme cela)*.

Ces innovations montrent que les parents se sentent plus compétents et ont retrouvé leur capacité à agir (empowerment). Cela aide à briser le cercle vicieux du trouble et à créer un cycle vertueux basé sur la résilience individuelle et collective. Elles créent également des opportunités d'interaction plus engageantes entre les parents, les orthophonistes et les enfants, favorisant ainsi un environnement plus propice à l'épanouissement de l'enfant et à la réussite des soins orthophoniques.

Évaluer l'efficacité de l'intervention

L'évaluation de l'intervention permet de place ont produit les résultats attendus. Cela implique la collecte d'informations concrètes, et basées sur les expériences et les comportements du patient pour mesurer ses progrès (monitoring, lignes de base, questionnaires). Selon les résultats de cette évaluation, des ajustements peuvent être apportés au plan d'intervention, et de nouvelles recommandations cliniques peuvent être formulées pour mieux répondre aux besoins actuels du patient.

Planifier des pauses thérapeutiques ou l'arrêt des soins

Planifier des pauses thérapeutiques ou même mettre fin aux séances d'orthophonie est une étape importante dans la rééducation. Ces décisions doivent être prises avec soin, en collaboration avec le patient et sa famille. Les pauses peuvent être utiles pour évaluer les progrès du patient et sa capacité à être autonome, tout en limitant la lassitude et la démotivation. Elles offrent également la possibilité de

réévaluer les objectifs et d'ajuster le plan d'intervention en conséquence. L'arrêt des séances d'orthophonie peut être envisagé lorsque les objectifs sont atteints et que le patient a acquis les compétences nécessaires pour les maintenir de manière indépendante dans ses différents milieux de vie. Cependant, cette décision doit être prise avec précaution pour assurer la durabilité des résultats et fournir un soutien approprié en cas de rechute ou de nouveaux défis. La planification de ces pauses ou de la fin des séances doit donc être adaptée de manière individualisée, en tenant compte des besoins spécifiques et évolutifs du patient et de son bien-être à long terme.

Conclusion

Le partenariat de soins est un processus collaboratif, dynamique et sur mesure, impliquant la coresponsabilité des acteurs pour des résultats mutuellement avantageux. Le niveau d'implication des parents dans les soins de leur enfant varie en fonction de leurs besoins et situations individuelles. Pour éviter le burn-out parental, il est crucial de prendre en compte les risques liés aux demandes récurrentes des professionnels, susceptibles de conduire à un épuisement chronique (Mouton *et al.*, 2017).

L'orthophoniste, avec ses compétences plurielles, favorise cette relation constructive en considérant les valeurs de chacun. Son adaptabilité constante face aux obstacles rencontrés et aux situations complexes est cruciale. Cependant, cette flexibilité doit veiller à respecter ses propres besoins pour garantir des soins de qualité.

Par conséquent, le développement de nos compétences cognitives, émotionnelles et sociales est essentiel pour mener cette approche de partenariat de soins. De nombreuses pistes ont été soulevées les étudiants à cette démarche de partenariat patient-parent dès la formation initiale, proposer une révision de notre nomenclature professionnelle répondant à ces nouveaux enjeux, encourager la formation continue des cliniciens, ainsi que le recours plus régulier à la supervision professionnelle.

Références bibliographiques

ALEXANDRE, A., LEFÉVÈRE, G., PALU, M., *& al*, et. (2010). *Ergothérapie en pédiatrie*. Solal.

AUSLOOS, G. (2018). Vers la compétence. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, *60*(1), 3552. https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2018-1-page-35.htm

BANDURA, A. (1977). Self-effcacy: Toward a u change. *Psychological Review*, *84*(2), 191215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

BIEHAL, N. (2008). Preventive Services for Adolescents: Exploring the Process of Change. *British Journal of Social Work*, *38*(3), 444461. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl352

BO, A. (2014). Prévention primaire en orthoph vulnérabilité. *L'orthophonie au carrefour des sciences*. Entretiens de Bichat, Paris.

BORNSTEIN, M.H., PUTNICK, D.L., & SUWALSKY, T.D. (2018). Parenting cognitions - parenting practices - child adjustment? *Development and Psychopathology*, *30*(2), 399416. https://doi.org/10.1017/S0954579417000931

Constantino, M.J., Castonguay, L.G., Zack, S. psychotherapy: Factors contributing to the facilitation, demise, and restoration of the therapeutic alliance. In *Elusive alliance: Treatment engagement strategies with high-risk adolescents.* (p. 2157). Amer Psychological Association. https://doi.org/10.1037/12139-001

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

Côté, L., & Hudon, É. (2016). L'approche clin des pratiques adaptées. In *La communication professionnelle en santé* (2nd ed., pp. 135–147). Montréal, Canada: ERPI.

CPLOL (2009). Principes éthiques et déontologiques.

DAVIES, K.E., MARSHALL, J., BROWN, L.J., & J. (2018). SLTs' conceptions about their own and parents' roles during intervention with preschool children: SLTs' conceptions of roles during intervention. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *54*(4), 596605. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12462

DAVIES, K.E., MARSHALL, J., BROWN, L.J., & J. (2016). No-working: Parents' conception of roles in supporting their children's speech and language development. *Child Language Teaching and Therapy*. https://doi.org/10.1177/0265659016671169

DE MONTIGNY, F., & LACHARITÉ, C. (2012). Perceptions des professionnels de leurs pratiques auprès des parents, des jeunes enf *Enfances, Familles, Générations*, *16*, 5373. https://doi.org/10.7202/1012801ar

DETRAUX, J.J. (2018). bc rpahcarmgpcq bc tgc bc *intellectuelle modérée à sévère et de leur famille et transition vers l'âge adulte*. Champ social. https://www.cairn.info/les-nouveaux-enjeux-du-secteur-social-et-medico--9791034603985-page-88.htm

FEY, M.E. (1986). *Language intervention with young children*. Allyn and Bacon.

GROSS, O., & GAGNAYRE, R. (2017). Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pou *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, *201*, 71–82. https://doi.org/10.4000/rfp.7266

GUÉGAN, D.C. (2014). Enquête sur la pratique de l'éducation thérapeutique intégrée aux soins auprès de soignants formés. *Santé Education*, (03), 8-12.

GUERDAN, V., BOUCHARD, J. (2002). Partenariat chercheurs, praticiens, familles : de la recherche d'un partenariat à un partenariat de recherche : [actes du VIe fA7DOGy4x1'ustigl64'uGGAC6I#6A767#4O7I#6A7Ix4y4O4Cb4OCb4GC647#6F34478IT43O des personnes handicapées mentales. Éditions Logiques.

HAINE-SCHLAGEL, R., RIETH, S., DICKSON, K.S. & A. (2020). Adapting parent engagement parent-mediated intervention for young disorder. *Journal of Community Psychology*, *48*(4), 12151237. https://doi.org/10.1002/jcop.22347

HAMPTON, L.H., & KAISER, A.P. (2016). Intervention effects on spoken-language outcomes for children with autism: a systematic review and meta-analysis: Spoken-language outcomes for children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, *60*(5), 444463. https://doi.org/10.1111/jir.12283

Haute Autorité de Santé. (2013). *Patient et professionnels de santé : décider ensemble - Synthèse de l'état des lieux*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf

HERVÉ, M.J., & MAURY, M. (2004). Le travail d'ajustement du thérapeute dans la co-construction d'une alliance avec les fa *La psychiatrie de l'enfant*, *47*(2), 491510. https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2004-2-page-491.htm

HESS, C.R., TETI, D.M., & HUSSEY-GARDNER, C. (2004). Sensitivity of high-risk infants: The moderating role of parent knowledge of infant development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *25*(4), 423437. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2004.06.002

HILL, N. T., & TAYLOR, L. (2004). Parental school involvement and children's academic achievement: Pragmatics and issues. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 161–164.

HOOVER-DEMPSEY, K.V., & SANDLER, H.M. (2005). *Final Performance Report for MOERI Grant # R305T010673: The Social Context of Parental Involvement: A Path to Enhanced Achievement*. https://ir.vanderbilt.edu/handle/1803/7595

JONES, T.L., & PRINZ, R. (2005). Potential roles of par child adjustment. *Clinical Psychology Review*, *25*(3), 341363. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004

JUKES, L.M., DI FOLCO, S., & KEARNEY, L. (2022). Barriers and Facilitators to Engaging Mothers and Fathers in Family-Based Interventions: A Qualitative Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*. https://doi.org/10.1007/s10578-022-01389-6

KAMBOURI, M., WILSON, T., PIERI, D., & QU (2022). Making Partnerships Work: Proposing a Model to Support Parent-Practitioner Partnerships in the Early Childhood Education. *Early Childhood Education Journal*, *50*(4), 639661. https://doi.org/10.1007/s10643-021-01181-6

KARAZIVAN, P., DUMEZ, V., FLORA, L., POMEY, … D.P., FERNANDEZ, N., JOUET, E., LAS VERGN… (2015). The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition. *Academic Medicine*, *90*(4), 437441. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000603

KARVER, M., HANDELSMAN, J., FIELDS, S., & BI… (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 5065. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001

KERLAN, M. (2018). Éthique et pratique de soin… *Spirale - Revue de recherches en education*, *61*(1), 1325. https://www.cairn.info/revue-spirale-revue-de-recherches-en-education-2018-1-page-13.htm?contenu=article

KLATTE, I.S., LYONS, R., DAVIES, K., HARDING… ROULSTONE, S. (2020). Collaboration between parents and SLTs produces optimal outcomes for children attending speech and language therapy: Gathering the evidence. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *55*(4), 618628. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12538

LEFEBVRE, H., PELCHAT, D., LEVERT, M.J., D… (2007). Programme d'intervention familiale interdisciplinaire.Partenariat entre professionnels de la santé, personnes ayant un traumatisme craniocérébral et proches significatifs. *Pédagogie Médicale*, *8*(2), 91100. https://doi.org/10.1051/pmed:2007004

LÉGARÉ, F., STACEY, D., POULIOT, S., GAUVIN, … J., DUNN, S., ELWYN, G., FROSCH, D., GAGNO… P., & GRAHAM, I. D. (2011). Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a… *Journal of Interprofessional Care*, *25*(1), 1825. https://doi.org/10.3109/13561820.2010.490502

LELUBRE, M. (2021). Développer le pouvoir d'agir par la reconnaissance du savoir expérientiel des personnes en situation de … collaboration. *Forum, n° 163*(2), 8388. https://doi.org/10.3917/forum.163.0083

LEROY, S., WILLEMS, S., & MAILLART, C. (2020). *Mise en place d'un dispositif soutenant la réalisation d'un entretien anamnestique de qualité auprès d'étudiants en première année de master en orthophonie*. 2e Congrès Inter-universitaire CCFUO (Congrès Collège des Centres de Formation Universitaire en Orthophonie). https://orbi.uliege.be/handle/2268/252413

MARTINEZ-PEREZ, T. (2018). *Contenu et implémentation d'une guidance parentale è:F:.53kés gé,: 53 èL è3bLbé D3é,3ké bDé,ésc* Journée scienti… Quelles pratiques en 2018 pour une guidance de qualité…

MONTFORT, M. (2010). *Guidance, accompagnement, partenariat : les alentours de l'intervention orthophonique*. Entretiens de Bichat - Orthophonie.

MOUTON, B., LOOP, L., STIEVENART, M., & ROSK… (2017). *Chapitre 6. Intervention sur le sentiment de compétence parentale*. Mardaga. https://www.cairn.info/la-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement--9782804704001-page-135.htm

NORCROSS, J.C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.

PADDEU, J. (1999). Conseil national du patronat français (CNPF), Journées internationales de la formation 1998 : objectifs compétences. *Formation Emploi*, *67*(1), 134134. https://www.persee.fr/doc/forem_0759-6340_1999_num_67_1_2366_t1_0134_0000_9

PAPPAS, N.W., & MCLEOD, S. (2008). *Working with Families in Speech-Language Pathology*. Plural Publishing.

PAPPAS, N.W., MCLEOD, S., MCALLISTER, L., (2008). Parental involvement in speech intervention: A *Clinical Linguistics & Phonetics*, 22(45), 335344. https://doi.org/10.1080/02699200801919737

PERICHON, J. & GONNOT, S. (sous presse). *Le partenariat avec les patients et les familles : proposition d'un modèle intégratif.* Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant (ANAE).

POMEY, M.P., FLORA, L., KARAZIVAN, P., VINC... DÉBARGES, B., CLAVEL, N., & JOUET, E. (2015). *Le Montreal model : Les enjeux du)v/9'(v/Mv9 /'xv9MH(('x '(9/')v9M'(90 '9)/Hè'00MH(('x0 d' xv 0v(90 Sv(9 hbfxM,b' S1(HS), 41. https://doi.org/10.3917/spub.150.0041*

SCHAAD, B. [illegible]
www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-566/Patients-sujets-avant-d-etre-partenaires

SINGER, I., KLATTE, I.S., DE VRIES, R., VAN... (2022). *Using :Hd'0Mé(9Hd'R'xH)v9HHxèH/0«v/'déHvx0'99M(éNM9«)v/'(90M(0)":«v(dxv(ébvé' 9«'/v)8O I(9'/(v9MH(vx 6Hb/(vx Hè Wv(ébvé' tH11b(M:v9MH(iM0H/d'/0 12811303. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12753*

SINGH OSPINA, N., PHILLIPS, K.A., RODRIGU... GUARDERAS, A., GIONFRIDDO, M.R., BRAND... *(2019). Eliciting the Patient's Agenda- Secondary Analysis of Recorded Clinical n(:Hb(9'/0O6Hb/(vxHèE'('/vxl(9'/(vxk'dM:M('«99)0dHMH/é s11606-018-4540-5*

STIÉVENART, M., MARTINEZ-PEREZ, T., DAUVI... *(2022). Accompagner le parent : Comment augmenter son sentiment de compétence)v/'(9vx'kkoOmgmng W'x'UM,b'd'x-'(èv(90'01bx9M)x'0dM1'(0MH(0d')bM0x'0 approches théoriques actuelles jusqu'à leurs implications cliniques et pédagogiques.*

SUGDEN, E., BAKER, E., WILLIAMS, A., MUNRO... *(2020). Evaluation of Parent- and Speech-Language Pathologist–Delivered Multiple Oppositions Intervention for Children With Phonological Impairment: A Multiple-Baseline Design S9bd8O m1'/M:v(6Hb/(vx Hè S)":«Wv(ébvé' hv9«HxHé8 «99)0dHM org/10.1044/2019_AJSLP-18-0248*

SYLVESTRE, A., & GOBEIL, S. (2020). *The Therapeutic Alliance: A Must for Clinical Practice. In Canadian Journal of Speech- Language Pathology and Audiology, 44(3), 125-136.*

VAN DER STRATEN WAILLET, P., WATTERMAN, I. (2020). *L'Accompagnement Logopédique m»b09vfx'xviMR'/0M9 08(9«0'0:M'(9MT,b"9:xM(M,b'*

VAN DER STRATEN WAILLET, P., COLLETTE, C., CRO... (2022). *Speech-, Wv(ébvé'hv9«HxHéM090-Sb))H/9èH/hv/'(90HèCHb(édi'vèkbx9MxM(ébvxW'v/('/0Oc«' Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 27(4), 324337. https://doi.org/10.1093/deafed/enac024*

WERBA, I., & LAMARTINIERE, N. B. (2021). *Le partenariat-patient dans la pratique H/9«H)«H(M,b''(/v(:' 9v9d'0xM'bU'9)'/0)':9MR'0O ExH00v «99)0NNN glossa.fr/index.php/glossa/article/view/1349*