

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2022-2023

Mémoire

Pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

Alliance thérapeutique et prises en soin
orthophoniques de courte durée :
état des lieux des pratiques

Présenté par *Laura FROUIN*

Née le 13/08/1985

Président du Jury : Madame Huyard Mathilde – Orthophoniste, chargée de cours au CFUO de Nantes

Directeur du Mémoire : Madame Martinage Valérie – Orthophoniste, chargée de cours au CFUO de Nantes

Co-directeur du Mémoire : Madame Baron Leslie – Orthophoniste, Directrice des stages, chargée de cours au CFUO de Nantes

Membres du jury : Madame Soyet-Gayout Aurel – Psychologue clinicien.ne.

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Directeur : Pr Florent ESPITALIER

Co-Directrices Pédagogiques : Mme Emmanuelle PRUDHON – Mme Heglyn LEITE-PIMENTA

Directrice des Stages : Mme Leslie BARON

ANNEXE 8 ENGAGEMENT ÉTHIQUE

Je soussignée **Laura COMBE**, dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à l'Université de Nantes, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude proposée vise à établir un état des lieux des pratiques orthophoniques en lien avec l'alliance thérapeutique dans le cadre de prises en soin de courte durée en structure de soin pour patients adultes.

Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude
- préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à : **ROUSSAY** : le : 22/05/2023.



Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Directeur : Pr Florent ESPITALIER

Co-Directrices Pédagogiques : Mme Emmanuelle PRUDHON - Mme Heglyn LEITE-PIMENTA

Directrice des Stages : Mme Leslie BARON

ANNEXE 9
ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

Engagement de non-plagiat

Je, soussignée **Laura COMBE** déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à : ROUSSAY

Le 22/05/2023

Signature :



Table des matières

Liste des graphiques et tableaux.....	7
Remerciements	8
I. Introduction.....	9
II. Cadre théorique.....	11
1. L'alliance thérapeutique : fondements et premières conceptualisations	11
a. La psychanalyse	11
b. La psychologie	11
2. Les principaux modèles théoriques de l'alliance thérapeutique	13
a. La perspective multidimensionnelle de l'alliance	13
b. La perspective systémique de l'alliance thérapeutique	15
c. La conception psychodynamique	15
d. Le modèle de l'adéquation.....	16
3. La puissance de l'alliance thérapeutique	16
a. Les outils de mesure de l'alliance thérapeutique	16
b. L'alliance thérapeutique : principal vecteur de changement.....	17
c. La nécessité d'instaurer une alliance précoce.....	17
d. L'alliance thérapeutique : facteur de succès de la thérapie	17
4. Les facteurs influençant l'alliance thérapeutique	18
a. Les facteurs non-spécifiques	18
b. Qualités du thérapeute positivement liées à l'alliance thérapeutique.....	18
c. Comportements et attitudes du thérapeute positivement liés à l'alliance thérapeutique ..	19
d. Une démarche de co-construction.....	20
5. La formation des orthophonistes à l'alliance thérapeutique.....	20
a. La formation initiale	21
b. La formation continue des orthophonistes.....	21
c. L'alliance thérapeutique : une composante à part entière ?	22
d. Compétences communicationnelles particulières des orthophonistes	23

6. L'intervention orthophonique en établissement de soin.....	23
a. Les structures concernées.....	23
b. La durée des prises en soin	24
c. Un contexte favorable à l'alliance thérapeutique ?	24
III. But et hypothèses de l'étude	26
IV. Matériel et Méthode	26
1. Population interrogée.....	26
2. Critères d'exclusion.....	26
3. Construction du questionnaire.....	27
4. Diffusion du questionnaire	28
5. Modalités d'analyse des résultats.....	28
V. Résultats	29
1. Présentation de l'échantillon global.....	29
2. Présentation des sous-échantillons.....	30
a. Présentation des sous-échantillons par année de diplôme	31
b. Présentation des sous-échantillons par type d'exercice	31
3. Analyse du contexte de prise en soin	32
a. Lieu des séances orthophoniques	32
b. Durée des séances orthophoniques.....	34
c. Nombre moyen de séances avec le même professionnel sur la durée totale de la prise en soin.34	
d. Suivi conjoint par plusieurs orthophonistes.....	35
e. Initiative du suivi orthophonique	35
4. Pratiques avec l'entourage du patient.....	36
a. Initiative de la rencontre entre l'orthophoniste et le conjoint et/ou l'entourage.....	36
b. Séances réalisées en présence du conjoint et/ou de l'entourage du patient.....	37
c. Nombre de séances effectuées en présence du conjoint et/ou des proches du patient	38
d. Aspect facilitateur de la rencontre du conjoint et/ou des proches pour l'alliance thérapeutique.....	39

5. Analyse des pratiques avec le patient	40
a. Motif de la rencontre orthophonique	40
b. Capacité du patient à s'investir dans le suivi orthophonique	40
c. Attitudes et comportement du thérapeute en lien avec l'alliance thérapeutique	41
d. Nombre de séances pour la mise en place de l'alliance thérapeutique	50
e. Qualités du thérapeute nécessaires à la mise en place de l'alliance thérapeutique	51
f. L'alliance thérapeutique inhérente ou indépendante de la technique	52
6. Issue de la thérapie	53
a. Nombre de séances et atteinte des objectifs.....	53
b. Interruption des suivis orthophoniques.....	53
c. Ressenti qualitatif de l'issue de la thérapie.....	54
7. Discussion.....	55
a. Résultats principaux et vérification des hypothèses.....	55
b. Critique méthodologique	57
c. Prolongement théorique.....	58
VI. Conclusion	59
VII. Bibliographie.....	60
VIII. Annexes	69
Table des annexes.....	69

Liste des graphiques et tableaux

Tableau 1 : Description de l'échantillon selon le sexe et la région d'exercice	29
Tableau 2 : Description des sous-échantillons selon l'année de diplôme et le type d'exercice...	30
Graphique 1 : Répartition en pourcentage du lieu des séances orthophoniques – Échantillon global	33
Graphique 2 : Fréquence de la réalisation de séances orthophoniques en présence du conjoint et/ou de l'entourage du patient – Échantillon global.....	37
Graphique 3 : Nombre de séances réalisées en présence du conjoint et/ou de l'entourage du patient – Échantillon global.....	38
Graphique 4 : Fréquence des pratiques de l'orthophoniste avec le patient (alliance sur les tâches et les objectifs) – Échantillon global.....	41
Graphique 5 : Fréquence des pratiques de l'orthophoniste avec le patient (dimension du lien affectif) – Échantillon global.....	45
Graphique 6 : Fréquence des pratiques de l'orthophoniste avec le patient (Susciter la collaboration du patient) – Échantillon global	48
Graphique 7 : Qualités de l'orthophoniste nécessaires à l'alliance thérapeutique – Échantillon global	51
Graphique 8 : Alliance thérapeutique indépendante ou inhérente à la technique – Échantillon global	52

Remerciements

Je remercie tout d'abord mes directrices de mémoire, Madame Martinage et Madame Baron qui ont guidé et enrichi mon travail et qui m'ont toujours fait confiance.

Je remercie également tous les orthophonistes ayant accordé un peu de leur temps précieux pour répondre au questionnaire.

Je remercie mes maîtres de stage qui m'ont accueillie durant ces cinq années de formation et qui m'ont permis d'observer, d'expérimenter, de pratiquer et surtout de développer mes réflexions concernant les pratiques orthophoniques.

Merci à mes camarades de promotion les plus proches qui ont permis d'adoucir certaines périodes plus difficiles. Merci à Nancy, à nos échanges très riches et à notre soutien mutuel.

Merci à ma famille, particulièrement à mes enfants qui ont su faire preuve de patience. Merci à mon mari, pour son appui, son aide et sa confiance qui m'ont servi de repère tout au long de cette formation.

I. Introduction

« Construire l’alliance thérapeutique reste la condition nécessaire et indispensable pour un soin qui a besoin de temps. » (Jaffredo, 2016). Les travaux relatifs au concept d’alliance thérapeutique établissent communément un parallèle entre la construction de ce lien entre patient et thérapeute et les suivis au long cours (Baillargeon et al., 2005). En effet, il semble évident au premier abord que le lien de confiance qui se tisse entre un patient et son thérapeute ne peut atteindre un niveau satisfaisant que lorsque le suivi s’installe dans la durée.

Selon plusieurs auteurs, l’instauration d’une alliance thérapeutique relève de la responsabilité du thérapeute (Dupont, 2020; Vasconcellos-Bernstein, 2013). Or, à la différence d’un suivi orthophonique en cabinet libéral, dans le cadre de prises en soin hospitalières, par exemple, il apparaît évident que les praticiens n’ont qu’une maîtrise modérée des facteurs pouvant impacter la mise en place d’une alliance thérapeutique puisqu’ils sont dépendants, presque autant que le patient, des lignes directrices données par l’institution dans laquelle ils exercent. Dans le cadre de l’exercice de l’orthophonie, le contexte institutionnel et notamment hospitalier est parfois décrit comme non favorable à l’instauration d’une alliance thérapeutique forte du fait de la réduction du personnel ou encore d’un manque de temps (Lawton et al., 2016). Par ailleurs, l’exercice du soin au sein de ces établissements implique souvent la notion d’urgence ou d’imprévu. Dans la majorité des cas, le patient n’est donc pas décideur de sa prise en soin orthophonique contrairement à la plupart des suivis en cabinet libéral.

Dans la présentation du modèle systémique de l’alliance thérapeutique (Baillargeon et al., 2005), les auteurs affirment que : « Les thérapies plus courtes impliquent plus d’alliances sur les tâches et les objectifs et les thérapies plus longues, plus d’alliances sur les liens ». À partir de cette affirmation issue des observations effectuées dans le champ des psychothérapies, nous souhaitons, à travers ce travail, vérifier cette hypothèse dans le cadre de suivis orthophoniques limités dans la durée notamment en structures de soin pour patients adultes. En effet, les pathologies et la symptomatologie rencontrées dans ce contexte, souvent massives, empêchent parfois le patient lui-même d’entrer en relation. En partant du postulat que tout orthophoniste a la volonté d’instaurer une alliance thérapeutique avec le patient, quels que soient le lieu d’exercice et le type de pathologie rencontrée, nous pouvons d’abord nous demander si les pratiques identifiées comme favorisant l’alliance thérapeutique sont présentes chez les orthophonistes effectuant des suivis limités dans la durée. Ensuite, nous pouvons nous interroger au travers du constat de ces pratiques sur la dimension de l’alliance privilégiée : l’alliance sur les tâches et les objectifs est-elle plus investie que celle du lien personnel et affectif ? La volonté d’instaurer une alliance passe-t-elle par le lien affectif ?

Cette première partie théorique s'intéressera à l'émergence de la notion d'alliance thérapeutique ainsi qu'aux modèles théoriques qui ont formalisé le concept. Le rôle déterminant de l'alliance thérapeutique et les différents facteurs pouvant influencer celle-ci seront ensuite abordés. Enfin, pour les besoins de ce travail, le cadre particulier de l'intervention orthophonique en structure de soin sera présenté.

L'exposé théorique sera suivi de la partie concrète de l'étude constituée d'un questionnaire à destination des orthophonistes exerçant en structures de soin pour adultes et effectuant des suivis de courte durée. Une analyse des données sera ensuite proposée afin de caractériser les pratiques en lien avec l'alliance thérapeutique dans ce contexte de soin particulier.

II. Cadre théorique

1. L'alliance thérapeutique : fondements et premières conceptualisations

Si le terme d'alliance thérapeutique est aujourd'hui bien établi dans la communauté professionnelle du soin, la construction de cette notion s'est faite progressivement en s'imprégnant des multiples points de vue des auteurs notamment dans les disciplines de la psychanalyse et de la psychologie.

a. La psychanalyse

Le concept d'alliance thérapeutique naît dans le champ de la psychanalyse avec les travaux de Freud qui est le premier à considérer que la collaboration entre un thérapeute et son patient est un élément essentiel du processus thérapeutique (Breuer & Freud, 2002). Freud est à l'origine de la notion de « pacte analytique », considérée comme la base d'une collaboration mutuelle entre le psychanalyste et son patient. « Dans cette perspective, le concept d'alliance est considéré comme une forme de transfert positif, correspondant à un lien positif et amical que le patient établit entre le thérapeute et les figures du passé bienveillantes et attentionnées. » (de Roten, 2006).

La notion d'alliance thérapeutique apparaît réellement plus tard en 1956 avec les travaux d'E.Zetzel, affirmant que celle-ci contribue indéniablement à l'efficacité de toute thérapie (Zetzel, 1956). Selon elle, le thérapeute doit s'atteler à travailler avec son patient « une relation de support dont l'objectif est le développement d'une alliance » (Bioy & Bachelart, 2010). La perspective psychanalytique anglo-saxonne de Greenson quant à l'alliance, est davantage orientée sur la capacité du thérapeute et du patient à s'accorder afin d'atteindre l'objectif désiré. C'est elle qui donne naissance au terme d'« alliance de travail » (Brennstuhl & Marteau-Chasserieu, 2021).

b. La psychologie

L'intérêt porté à la notion d'alliance thérapeutique s'est ensuite développé dans le cadre des psychothérapies. Cet attrait est né de la volonté de comprendre la question du changement. En effet, suite à des constats statistiques montrant que différentes formes de psychothérapies apportent des résultats similaires (Gaston, 1990; Luborsky et al., 1975), les chercheurs ont souhaité saisir la part d'impact alloué à l'alliance thérapeutique.

1. L'apport de Carl Rogers

C'est grâce aux travaux de Carl Rogers que le concept d'alliance thérapeutique a pris une dimension encore plus conséquente. Psychologue humaniste, il considère que l'alliance est thérapeutique en soi. Son ouvrage *Client centered therapy*, dont la première édition paraît en 1951, est le premier à décrire la relation patient-thérapeute curative en tant que telle. Rogers part du postulat central que la relation thérapeute-client représente un ingrédient nécessaire et

suffisant pour que des changements thérapeutiques se produisent (Gaston, 1990). Cette idée est également développée par Balint (1966) qui met en exergue la fonction apostolique du médecin en déclarant que : « Le médicament le plus utilisé en médecine est le médecin lui-même ». Les écrits de Balint ont notamment mis en valeur la fonction positive de la relation thérapeutique. Selon lui, les interventions du thérapeute seraient des outils permettant de favoriser le développement de l'alliance patient-thérapeute (Gaston, 1990).

A l'instar de Zetzel qui considère que le devoir de faire naître une relation de confiance revient au thérapeute (Bioy & Bachelart, 2010), C. Rogers rejoint l'idée que la responsabilité de la création et du maintien d'une bonne alliance thérapeutique appartient au thérapeute contrairement à la vision freudienne qui renvoie davantage cette compétence au patient. Ainsi, il décrit les trois conditions principales devant être réunies pour fournir au patient un climat relationnel idéal, à savoir : l'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel du thérapeute (Collot, 2011).

Cette conviction que l'approche centrée sur la personne et l'unicité de chaque patient sont essentielles à la création et au maintien d'un lien de confiance entre le patient et le thérapeute a traversé les décennies (Bishop et al., 2021; Côté & Hudon, 2016).

Les apports théoriques de C. Rogers ont désormais investi plus largement le champ de la médecine et se retrouvent aujourd'hui dans les directives données par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui définit la démarche centrée sur le patient comme :

une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps. Elle considère qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches. (https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)

Par ailleurs, très récemment, le conseil scientifique du collège national des généralistes enseignants a publié une recommandation visant à rappeler l'importance d'une démarche centrée sur le patient au cours des consultations de médecine générale (CNGE, 2023). Cette approche suppose pour le praticien soignant de considérer à la fois la pathologie du patient, mais aussi sa personnalité propre et la globalité du contexte dans lequel elle s'insère.

Les principaux travaux initiateurs du concept d'alliance thérapeutique se sont donc déployés dans le champ de la psychanalyse et de la psychologie pour investir ensuite plus largement le domaine du soin. Les recherches se sont largement poursuivies dans le domaine de la psychologie pour donner naissance à plusieurs modèles théoriques.

2. Les principaux modèles théoriques de l'alliance thérapeutique

a. La perspective multidimensionnelle de l'alliance

À partir des années 1970, les recherches ont fait émerger l'aspect collaboratif de l'alliance thérapeutique, considérée alors comme résultant d'un processus de co-construction entre le thérapeute et le patient. C'est à ce moment que le concept d'alliance thérapeutique affirme sa transversalité et devient un « élément universel et applicable à toute forme de relation d'aide » (Collot, 2011). La notion d'alliance se complexifie et intègre plusieurs dimensions pour pouvoir se situer dans un champ transthéorique.

1. Apports de Luborsky

Dans une perspective de collaboration entre patient et thérapeute, Luborsky (dans Despland et al., 2000) décrit deux dimensions de l'alliance :

- l'alliance de type 1, associée aux débuts de la thérapie dans laquelle le patient voit le thérapeute comme le détenteur du savoir lui apportant aide et soutien. La relation est donc vue comme asymétrique à ce stade. Ce type d'alliance est fortement lié au climat affectif entre patient et thérapeute (Valot & Lalau, 2020). De plus, la force de cette alliance précoce est plus fortement prédictive de l'issue de la thérapie que la mesure de l'alliance plus tardive (Cournede, 2015).
- l'alliance de type 2 intervient plus tardivement au cours de la thérapie. Le patient conçoit, à ce stade, la relation comme un travail visant le changement thérapeutique (Valot & Lalau, 2020). Elle reflète davantage l'aspect de collaboration, de partenariat et implique une certaine symétrie entre les deux parties (Cournede, 2015).

Luborsky (1993) précise que ces deux types d'alliance font partie d'un continuum et qu'un patient varie régulièrement d'un type d'alliance à l'autre au cours de la thérapie. Des échelles élaborées par Luborsky et son équipe ont été créées sur ce modèle d'alliance de type I et de type II. Il s'agit des "Pennsylvania alliance scales". La plus utilisée est *The helping alliance questionnaire method*, Haq, (Luborsky et al., 1996) : huit items sont basés sur la définition de l'alliance de type I et 3 items sur celle de l'alliance de type II.

D'après cette conception, la nature de l'alliance thérapeutique ne serait donc pas la même selon les différentes phases de la thérapie. Cette perception est notamment partagée par les auteurs Safran et Muran (2000) selon lesquels il existe une phase initiale de l'alliance correspondant aux premières rencontres entre le thérapeute et le patient, pendant laquelle émerge le lien affectif. La seconde phase correspond davantage à un phénomène dynamique au sein duquel on observe des fluctuations de l'alliance.

2. Apports de Bordin

Bordin (1979) est le premier à élargir la notion d'alliance de travail à d'autres situations que celles rencontrées en psychothérapies. Selon lui, l'alliance thérapeutique est constituée de trois éléments principaux :

- l'accord entre le patient et le thérapeute sur les objectifs de la thérapie,
- l'accord entre le patient et le thérapeute sur les tâches à accomplir pour parvenir aux objectifs fixés,
- le lien affectif entre les deux personnes.

Les objectifs sont considérés comme la finalité de la thérapie. Les tâches, quant à elles, représentent des « propositions d'action » devant permettre au patient d'accéder au changement (Cournede, 2015). Ces deux composantes sont concrètes et explicites (Freckmann et al., 2017). La notion de lien affectif, plus abstraite, englobe à la fois la confiance, le respect mutuel entre le patient et le thérapeute, mais aussi l'engagement commun et la compréhension partagée des deux parties (Cournede, 2015).

Ces trois composantes de l'alliance thérapeutique sont interdépendantes et s'influencent mutuellement. Par conséquent, le processus relationnel est régi par deux principes : la négociation et la réciprocité. Cette conception implique que les deux parties partagent pleinement la mise en œuvre et la réalisation des objectifs à atteindre (Collot, 2011). La composante lien constitue le socle favorisant la négociation des tâches et des objectifs, tandis que ces derniers influencent eux-mêmes la qualité de la relation entre le patient et le thérapeute (Baillargeon et al., 2005; Cournede, 2015).

A la différence de C. Rogers, Bordin ne considère pas l'alliance comme curative en soi mais plutôt comme « un levier sur lequel le patient s'appuie pour adhérer au suivi et poursuivre son traitement » (Bachelart, 2012).

3. Apports de Gaston

Louise Gaston (1990) propose une distinction entre le terme d'alliance thérapeutique qui renvoie aux aspects affectifs de la relation et le terme d'alliance de travail qui renvoie aux aspects plus concrets, notamment les tâches du traitement. Pour la construction de l'alliance thérapeutique, Gaston (1990) énonce quatre facteurs déterminants :

- la capacité du patient de travailler délibérément en thérapie,
- le lien affectif unissant patient et thérapeute,
- la compréhension et l'implication empathique du thérapeute,
- l'accord que partagent le patient et le thérapeute concernant les buts du suivi.

b. La perspective systémique de l'alliance thérapeutique

Si au départ, l'alliance thérapeutique naît de la collaboration entre un patient et un thérapeute, elle peut également se construire avec plusieurs personnes. Selon le modèle de Pinsof, elle peut alors être considérée telle une rencontre entre plusieurs « systèmes » : ceux du patient et ceux du thérapeute (Baillargeon et al., 2005). Les systèmes du patient peuvent inclure son entourage familial mais pas uniquement : Pinsof (1983) définit celui-ci comme « l'ensemble des systèmes humains qui sont ou peuvent être impliqués dans la persistance et/ou dans la résolution du problème présenté ». En effet, la pathologie n'impacte pas une seule personne mais a également des répercussions sur les personnes en lien avec le patient (Brennstuhl & Marteau-Chasserieu, 2021), d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une pathologie affectant la communication.

Le système du thérapeute peut renvoyer notamment à l'institution dont il fait partie. L'alliance institutionnelle peut être vue comme ayant une fonction majeure dans la mise en place d'une thérapie, voire de « compenser des liens faibles ou problématiques avec le thérapeute. » (Baillargeon et al., 2005). L'institution peut ainsi être considérée comme un « objet médiateur » dans le déroulement de la prise en soins. Par ailleurs, l'une des forces de l'institution réside dans le fait que le patient est amené à multiplier les alliances thérapeutiques avec chaque intervenant de sa prise en soin (Brennstuhl & Marteau-Chasserieu, 2021). Néanmoins, au sein d'une institution, chaque thérapeute doit pouvoir identifier son rôle clairement auprès du patient pour favoriser l'alliance (Farrelly & Lester, 2014).

L'alliance s'étend donc au-delà de la relation patient-thérapeute, chacune des parties noue une relation avec un système plus large dont la personne fait partie. L'orthophoniste, en tant que spécialiste de la communication, a d'autant plus un rôle central à jouer dans le maintien d'une alliance avec le « système » du patient.

c. La conception psychodynamique

L'alliance thérapeutique, une fois établie, n'est pas figée pour le temps de la thérapie. Elle implique la présence de variations et notamment la présence de ruptures. Deux types de ruptures sont décrites dans la littérature (Safran & Muran, 2006) :

- Les ruptures de confrontation qui correspondent à une manifestation de la part du patient d'un sentiment négatif vis-à-vis du thérapeute ou du suivi tels que l'insatisfaction, la colère, le ressentiment,
- Les ruptures de retrait qui correspondent à la volonté d'interrompre le suivi de la part du patient ou du thérapeute.

Si les ruptures de confrontation peuvent être considérées au premier abord comme le symptôme d'une mauvaise qualité de la relation entre le patient et le thérapeute, elles sont

aussi le signe d'une collaboration dynamique de la dyade. C'est l'ajustement du thérapeute aux réactions du patient qui permet à l'alliance d'évoluer (Safran & Muran, 1996).

De plus, les variations de l'alliance thérapeutique concordent avec la présence de changements importants dans la thérapie (de Roten, 2006). Ainsi les moments de crise dans la relation peuvent apparaître comme bénéfiques car ils font appel à la flexibilité et à l'adaptabilité du thérapeute amené à renouveler ses outils pour faire avancer la thérapie (Despland et al., 2006; Kramer et al., 2005)

d. Le modèle de l'adéquation

Cette volonté d'ajustement de la part du thérapeute est également décrite au sein du groupe de recherche sur l'alliance aidante de Lausanne (GRAAL). Les chercheurs de ce groupe, travaillant notamment sur des thérapies brèves, ont élaboré un modèle théorique dans lequel ils décrivent que les interventions du thérapeute sont davantage motivées par le souhait de s'ajuster aux caractéristiques dynamiques du patient plutôt que par la volonté de créer une alliance thérapeutique (Despland et al., 2006). C'est grâce à cet ajustement permanent et réciproque que l'alliance peut s'établir et se maintenir (Valot & Lalau, 2020).

La présentation de ces différents modèles reflète la pluralité des points de vue concernant l'alliance thérapeutique. Cela nous montre qu'à l'instar de l'alliance elle-même, dynamique et fluctuante, les théories à son sujet sont en perpétuel mouvement.

3. La puissance de l'alliance thérapeutique

En parallèle de l'élaboration de modèles théoriques édifiant les bases de l'alliance thérapeutique, de nombreuses études ont été réalisées dans d'autres domaines que celui des psychothérapies afin de prouver l'importance de construire une alliance thérapeutique.

a. Les outils de mesure de l'alliance thérapeutique

Afin de mesurer l'impact de l'alliance thérapeutique, plusieurs outils ont été élaborés notamment des échelles validées permettant d'évaluer la force de l'alliance thérapeutique au cours des thérapies.

Six outils fiables, à destination d'un public adulte, ont été recensés dans une thèse d'exercice de doctorat en médecine (Letissier, 2018). L'échelle considérée comme la plus appropriée pour mesurer l'alliance thérapeutique est la Working Alliance Inventory (WAI) (Alix, 2015). Celle-ci est composée de 36 items et est basée sur la théorie de Bordin (1979) reprenant les trois aspects principaux de l'alliance, à savoir : le lien, l'accord sur les objectifs, l'accord sur les tâches. Cette échelle a également l'avantage de proposer une version courte : la WAI Short-Term. Dans chacune des deux variantes, il existe trois questionnaires différents à destination du thérapeute, du patient et de l'observateur.

Dans le domaine de l'orthophonie, des travaux récents ont permis l'élaboration d'une évaluation psychométrique préliminaire d'une échelle permettant d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique auprès d'une population de patients aphasiques post-AVC (Lawton et al., 2019).

b. L'alliance thérapeutique : principal vecteur de changement

Depuis les écrits de Bordin (1979) affirmant que : « l'alliance de travail entre une personne qui cherche à changer et une personne qui offre d'être un agent de changement, est une des clés, si ce n'est pas la clé du processus de changement. », l'alliance thérapeutique est également identifiée comme processus essentiel au changement dans les psychothérapies (Elvins & Green, 2008). Elle est considérée comme le moteur essentiel au changement dans le cadre d'une étude réalisée sur des patients dans un contexte de rééducation fonctionnelle (Hall et al., 2010). De plus, l'alliance thérapeutique est reconnue comme étant le vecteur d'un changement efficace dans le cadre de la rééducation orthophonique de l'aphasie (Lawton et al., 2018).

c. La nécessité d'instaurer une alliance précoce

Contrairement à la perception de Bordin (1979) qui affirme que le lien entre le patient et le thérapeute se construit plutôt dans la durée, certains auteurs affirment que l'alliance thérapeutique se forme dès le début de la thérapie au cours des cinq premières séances et qu'elle culmine au cours de la troisième séance (Saltzman et al., 1976 dans de Roten et al., 2004; Horvath et al., 1993).

Les résultats de deux méta-analyses (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000) ont souligné la présence d'un lien entre cette alliance précoce et l'évolution des patients durant le traitement. C'est le cas également pour les auteurs Barber et al. (2000) qui ont mis en évidence l'association entre l'amélioration symptomatique précoce et la qualité de l'alliance.

d. L'alliance thérapeutique : facteur de succès de la thérapie

Plusieurs études ont établi un lien direct positif entre la qualité de l'alliance thérapeutique et l'efficacité des thérapies, notamment dans le domaine de la médecine et de la psychothérapie. Un effet positif de l'alliance thérapeutique a été démontré dans le cadre d'un traitement en réadaptation physique (Hall et al., 2010) ou encore dans le cadre d'une méta-analyse incluant le résultat de 79 études en psychothérapies (Martin et al., 2000).

Une étude effectuée auprès de patients atteints de lésions cérébrales rapporte que ceux-ci décrivent la qualité du partenariat clinique comme « plus importante que le contenu de la thérapie ou ses résultats » (Sherer et al., 2007).

En orthophonie, l'alliance thérapeutique est également un élément déterminant de la réussite des interventions notamment dans le cadre de rééducation de troubles de la fluence (Plexico et al., 2010), de dysphonies dysfonctionnelles (Chappot de la Chanonie & Le Cam, 2019) ou encore dans un contexte de réhabilitation de l'aphasie (Lawton et al., 2020).

Les outils de mesure de l'alliance thérapeutique ont donc permis aux chercheurs de mettre en valeur le rôle majeur de l'alliance thérapeutique pour la prise en soin des pathologies mentales en psychothérapie mais également dans le cadre de suivis orthophoniques.

4. Les facteurs influençant l'alliance thérapeutique

La possibilité de mesurer l'alliance thérapeutique a donc ouvert le champ des possibles et a notamment permis d'identifier un grand nombre de facteurs déterminants pouvant faire varier l'alliance thérapeutique. Nous ciblerons dans cette partie les facteurs davantage relatifs au contexte de notre étude.

a. Les facteurs non-spécifiques

Plusieurs études mettent en évidence les différentes variables pouvant influencer la force de l'alliance thérapeutique entre un patient et son thérapeute quelle que soit le type de prise en soin. Les éléments contextuels dans lesquels s'inscrit la thérapie sont importants à prendre en compte. La notion temporelle est notamment décrite comme essentielle et facile à faire varier par le thérapeute. Dans le modèle de l'alliance thérapeutique de Bordin (1979), la présence d'un lien affectif entre le patient et le thérapeute est étroitement liée, d'une part à l'installation de la thérapie dans la durée, et d'autre part, à la fréquence des rencontres. Les liens entre le patient et le thérapeute sont renforcés lorsque la thérapie individuelle s'inscrit dans une longue période. De plus, augmenter la fréquence des séances tend à accroître l'intensité des liens (Baillargeon et al., 2005).

De plus, une étude auprès d'une population de patients aphasiques a montré que le fait de rencontrer le même thérapeute de manière constante est décrit comme positif par les patients pour la construction d'une bonne alliance (Lawton et al., 2018).

b. Qualités du thérapeute positivement liées à l'alliance thérapeutique

Certaines composantes, davantage subjectives et propres à chaque thérapeute peuvent favoriser la construction d'une alliance thérapeutique. Manifester de l'intérêt, de la curiosité et de la compréhension à l'égard du patient, faire preuve d'acceptation et de respect, d'empathie et de sympathie, se montrer authentique, faire preuve d'humour, exprimer des commentaires positifs ou des compliments sont autant d'attitudes importantes pour la mise en place d'une alliance thérapeutique (Isebaert et al., 2015). L'étude de Lawton et al. (2018) réalisée auprès de patients aphasiques mentionne également l'authenticité et l'humour du thérapeute comme corrélées à des alliances plus étroites ainsi que les thérapeutes caractérisés par l'ouverture et la connexion vues comme favorisant une atmosphère détendue.

D'autres auteurs évoquent notamment la flexibilité, l'honnêteté, le respect, la chaleur, l'intérêt, l'assurance, l'ouverture comme caractéristiques personnelles favorisant l'alliance thérapeutique (Rodgers et al., 2010).

Une étude de di Blasi et al. (2001) s'intéressant à la relation médecin-patient montre que le style amical, chaleureux et rassurant des médecins assure une plus grande efficacité des interactions que ceux préférant un style formel et sans réassurance.

1. L'empathie

Le concept d'empathie a largement imprégné les travaux de C. Rogers, qui définit celle-ci comme la capacité « à percevoir le cadre de référence interne d'une autre personne, mais sans jamais perdre la condition *comme si* » (cité dans Hojat, 2007, p.5).

Le consensus autour de la définition de l'empathie n'a pas pu se faire. Cependant, une étude d'Eklund et Meranius (2021) a pu identifier quatre thèmes principaux relatifs à cette notion : le partage, la différenciation de soi et d'autrui, comprendre et le sentiment.

Plus spécifiquement en orthophonie, un lien de corrélation a pu être établi dans deux mémoires récents d'orthophonie entre empathie et alliance thérapeutique (Ardellier, 2023; Le Douarin, 2023).

c. Comportements et attitudes du thérapeute positivement liés à l'alliance thérapeutique

Dans la continuité des écrits de C. Rogers (1957), (*cf partie II.1.b.1.*), certains auteurs s'accordent à dire que l'instauration d'une alliance thérapeutique revient avant tout au thérapeute (Vasconcellos-Bernstein, 2013). Le climat de confiance et de collaboration est donc directement impacté par les attitudes et les comportements du thérapeute.

Une étude de Duff et Bedi (2010) a mis en évidence plusieurs comportements des thérapeutes considérés comme utiles à la mise en place d'une alliance thérapeutique. Cinq comportements en particulier relatifs à la dimension communicationnelle ont été identifiés comme modérément à fortement corrélés avec une alliance thérapeutique solide à savoir : « poser des questions, faire des commentaires encourageants, identifier et refléter les sentiments du client, faire des commentaires positifs sur le client et valider l'expérience du client ».

P. Aïm, (2015) considère que complimenter le patient est un comportement essentiel pour le maintien de la motivation du patient. Selon lui : « Un compliment rend plus efficace la délivrance d'un conseil ou la prescription d'une tâche thérapeutique ». D'autres recherches antérieures ont établi que la communication d'un regard positif au patient peut participer à l'amélioration de l'alliance thérapeutique (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Crits-Christoph et al., 2006; Thomas et al., 2005).

Par ailleurs, dévoiler certaines informations personnelles a été identifié comme aidant le patient à percevoir le thérapeute comme plus humain en abolissant les frontières pouvant exister entre soignant et patient (Sherer et al., 2007).

Comme l'exposait déjà C. Rogers dans ses écrits (1957), quel que soit son domaine d'intervention, le thérapeute a donc un rôle essentiel à jouer dans la mise en place de l'alliance thérapeutique. Celui-ci doit être en mesure de permettre au patient de collaborer au projet de soin et à la mise en œuvre de celui-ci.

d. Une démarche de co-construction

Selon Bordin, pour garantir la qualité de l'alliance thérapeutique, il est nécessaire : « que le thérapeute et le client définissent ensemble la problématique, s'entendent sur les objectifs poursuivis au cours de la démarche, développent conjointement un plan d'intervention et partagent la responsabilité de la mise en œuvre et de l'évaluation des résultats obtenus par leur plan de traitement. Ainsi définie, l'alliance s'inscrit dans un processus interactionnel basé essentiellement sur la négociation et la réciprocité. » (de Roten, 2006, p.114).

Plusieurs travaux récents mettent en valeur l'intérêt d'impliquer les patients dans la prise de décision concernant leur suivi. Une méta-analyse regroupant trente-cinq études dans le champ des psychothérapies montre que « la prise de décision partagée favoriserait une plus grande satisfaction du client, des taux d'achèvement plus élevés et de meilleurs résultats cliniques » (Lindhiem et al., 2014). Une autre étude réalisée auprès de 83 patients porteurs de troubles neurologiques a établi un lien positif entre « l'engagement dans la planification des objectifs, la réalisation des objectifs et des résultats fonctionnels » (Turner-Stokes et al., 2015).

Par ailleurs, dans le cadre d'une étude auprès de patients bénéficiant d'une rééducation post-AVC, les auteurs ont identifié trois éléments de base nécessaires à l'alliance thérapeutique, à savoir : « une connexion personnelle, une collaboration professionnelle basées sur la recherche d'un objectif commun et une collaboration avec la famille » (Sherer et al., 2007).

5. La formation des orthophonistes à l'alliance thérapeutique

Les formations relatives au domaine de la santé intègrent à ce jour, pour la plupart, un module axé sur la relation et la communication au patient. C'est le cas par exemple de la formation des médecins généralistes qui contient un module « Relation, communication approche centrée patient » (Attali, 2006). En tant que professionnels de santé, les orthophonistes sont particulièrement concernés par cette dimension relationnelle durant leur formation.

a. La formation initiale

Depuis la publication du décret 2013-798 du 30 août 2013, le nouveau référentiel de formation établit la liste des compétences nécessaires aux orthophonistes pour mener à bien leurs interventions. Parmi ces compétences, figure celle d'« établir et d'entretenir une relation thérapeutique dans un contexte d'intervention orthophonique ». Ce texte mentionne notamment les points suivants :

- « Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient, son entourage ou le groupe »,
- « Négocier les modalités de l'intervention avec le patient et/ou son entourage en fonction des objectifs du projet thérapeutique »,
- « Rechercher et/ou maintenir une alliance thérapeutique avec le patient tout au long de l'intervention ».

b. La formation continue des orthophonistes

Certaines formations continues destinées aux orthophonistes proposent d'aborder spécifiquement le thème de l'alliance thérapeutique dans les prises en soin. L'aspect transversal de ces formations est intéressant car il s'applique à toutes les prises en soin orthophoniques.

1) L'approche centrée solution de Caroline Haffreingue

L'approche centrée solution (ACS) s'inscrit dans le courant systémique de la psychologie et s'inspire des théories de la psychologie positive (Caroline Haffreingue Formation, 2022). Cinq concepts précis permettent de définir l'ACS (Shankland et al., 2018) :

- La personne est experte d'elle-même.
- Elle est interactionnelle : les questions posées à la personne prennent en considération l'univers dans lequel elle évolue.
- Elle est basée sur les compétences et les ressources de la personne : cette approche évite de considérer en premier lieu les limites ou les défaillances pour se centrer sur les habiletés de la personne.
- Elle est orientée vers le futur : elle invite la personne à décrire ses aspirations et ses souhaits.
- Elle est dirigée vers le but : elle ne se focalise pas sur des objectifs mais davantage sur ce que la personne estime important pour son avenir.

2) Maintenir l'alliance thérapeutique au cours de l'intervention orthophonique (Yolaine Latour)

Cette formation dispensée en région Alsace s'appuie à la fois sur le repérage des comportements problématiques et sur la compréhension des mécanismes régissant la communication pour proposer des outils et des moyens pour maintenir la continuité des prises en soin orthophoniques (SROAL Formation, 2021).

3) De l'éthique clinique à l'alliance thérapeutique : La relation clinique sur un modèle éthique. La communication en santé (Mireille Kerlan)

Cette formation dispensée à Lyon sur une durée de trois jours, mais également à distance via l'organisme FNOFORM, propose d'intégrer la dimension éthique de la pratique orthophonique dans le but de fournir des outils pour analyser et améliorer la communication avec le patient (Université Claude Bernard Lyon 1 - Service FOCAL, 2023).

c. L'alliance thérapeutique : une composante à part entière ?

Les formations initiales et continues en santé proposent à ce jour de considérer l'aspect relationnel du soin comme une entité à part entière. S'il a été identifié comme un élément essentiel de la réussite des thérapies, depuis qu'il est apparu, le concept d'alliance thérapeutique a donné lieu à quelques controverses. Pour certains psychanalystes, l'alliance thérapeutique n'existe pas (Brenner, 1979; Curtis, 1979). Selon eux, il s'agit seulement d'un phénomène de transfert entre le patient et le thérapeute.

Plus récemment, Safran et Muran (2006) considèrent que les dimensions techniques et relationnelles d'une intervention ne sont pas dissociables : l'acte technique constitue lui-même un acte relationnel. La volonté d'instaurer une alliance thérapeutique ne serait donc pas délibérée mais implicitement liée au travail thérapeutique (de Roten, 2006). L'émergence de l'alliance thérapeutique résulterait d'une utilisation adéquate d'autres éléments du processus thérapeutique (Stiles, 1999).

Par ailleurs, d'après Horvath (2005), les formations directes des thérapeutes à l'alliance thérapeutique n'ont pas donné de meilleurs résultats aux thérapies.

Qu'elles soient considérées indépendantes l'une de l'autre ou assimilées l'une à l'autre, l'orthophoniste active deux grands types de compétences : la compétence clinique relative à l'ensemble des savoirs et des savoir-faire acquis dans son domaine de compétence ainsi que la compétence relationnelle relative à « l'ensemble des attitudes et des habiletés requises pour développer une alliance thérapeutique solide » (Wampold dans Sylvestre & Gobeil, 2020).

d. Compétences communicationnelles particulières des orthophonistes

L'étude de Lawton et al. (2018), menée auprès d'une population de patients aphasiques post-AVC en établissement hospitalier, a permis de mettre en évidence du point de vue des patients, les caractéristiques des orthophonistes corrélées à des alliances thérapeutiques étroites. Les patients interrogés dans cette étude ont notamment associé à une alliance étroite l'authenticité du professionnel, son caractère amical et attentionné, le non-jugement, la capacité de ce dernier à communiquer un intérêt à connaître son patient ainsi qu'à livrer des informations sur lui-même. Dans cette même étude, les alliances moins solides étaient reliées à une approche plus clinique et formelle pour laquelle le trouble linguistique était au centre de l'intervention.

Comme nous avons pu le voir auparavant, la notion de communication est centrale dans la construction d'une alliance thérapeutique solide. Or, intégrer des éléments positifs de la pratique relationnelle dans les prises en soin est décrite comme une compétence particulière de la pratique orthophonique, comme par exemple apprendre à connaître la personne, engager une conversation, développer une compréhension des priorités du patient (Bright, 2015). Ainsi, pour chaque patient, les orthophonistes « activent un processus clinico-relationnel » (Côté & Hudon, 2016).

6. L'intervention orthophonique en établissement de soin

Il n'existe pas de chiffres très précis quant aux orthophonistes exerçant en structures de soin pour adultes. Selon les dernières données (*Démographie des professionnels de santé - DREES, 2022*), 24 208 orthophonistes exercent sur le territoire français métropolitain. 6,5% d'entre eux exercent en salariat au sein des structures hospitalières, 8,2% sont salariés d'autres structures et l'activité salariée mixte est incluse dans l'exercice libéral qui représente environ 85% de la population des orthophonistes. Les établissements de santé se répartissent entre le secteur public hospitalier et le secteur privé à but lucratif ou non.

a. Les structures concernées

Les orthophonistes ne font pas partie du personnel médical mais appartiennent à la catégorie des rééducateurs au même titre que les kinésithérapeutes ou les ergothérapeutes. Ils peuvent être salariés au sein des établissements hospitaliers publics répartis en trois grands groupes : les Centres hospitaliers régionaux (CHR), les centres hospitaliers (CH) considérés comme des établissements intermédiaires assurant une grande partie des prises en soin de court séjour et le reste des établissements publics assurant les prises en soin de longue durée. Ils peuvent également exercer au sein de structures hospitalières privées à but lucratif ou non lucratif (DREES, 2022).

b. La durée des prises en soin

L'une des particularités de l'exercice des rééducateurs au sein de la majorité des structures de soin accueillant une patientèle adulte est que le thérapeute sait à l'avance que la durée du suivi sera limitée.

Les patients adultes hospitalisés au sein de ces structures peuvent bénéficier d'une hospitalisation à temps complet (HTC) ou d'une hospitalisation à temps partiel (HTP).

Les courts-séjours correspondent aux hospitalisations en médecine chirurgie obstétrique (MCO). La durée moyenne des courts-séjour s'élève à 5,7 jours dans le secteur public et à moins de 5 jours dans le secteur privé. Les moyens séjours correspondent aux hospitalisations en établissements de soins de suite et de réadaptation. La durée moyenne des moyens séjours s'élève à 33,7 jours dans le secteur public et à 35,5 jours dans le secteur privé (DREES, 2022).

Il n'existe pas de données précises concernant l'exercice des orthophonistes au sein des établissements hospitaliers. Nous pouvons seulement supposer qu'ils exercent majoritairement au sein des établissements de soins de suite et de réadaptation compte-tenu de leur statut de rééducateur. Cependant, ils sont également amenés à exercer dans les services de médecine hospitalière.

c. Un contexte favorable à l'alliance thérapeutique ?

Selon Bury (1988), deux modèles médicaux principaux s'opposent en médecine : le modèle biomédical traditionnel et le modèle global ou holiste.

Dans le modèle biomédical traditionnel, la pathologie est considérée comme un problème organique devant être diagnostiquée et traitée par des médecins. Selon certains auteurs, prodiguer des soins selon ce modèle se révélerait néfaste pour l'alliance thérapeutique car il favoriserait la passivité du patient dans la réception des soins (Joosten et al., 2008; Sylvestre & Gobeil, 2020). Les prises en soins dans les cliniques et les établissements hospitaliers peuvent être davantage marquées par la prégnance de cet univers médical qui rend celles-ci moins personnalisées.

Le modèle global ou holiste, quant à lui, prend en considération toute la complexité d'une pathologie et de ses facteurs individuels, familiaux et environnementaux. Il favorise l'autonomie du patient en le rendant davantage acteur de ses choix et en le replaçant au cœur de sa prise en soin.

Dans un souci de répondre à une demande de soin qui ne cesse d'augmenter et un personnel qui ne cesse d'être réduit, les établissements hospitaliers publics ou privés imprégnés du modèle biomédical, semblent privilégier la technicité des soins. Or, dans ce contexte particulier, nous pouvons nous demander quelle est la place accordée à la relation avec le patient. En tant que professionnels de la communication, comment les pratiques des orthophonistes s'intègrent-elles dans ce modèle de soin ?

La partie qui suit, consacrée à l'étude proprement dite, va tenter de répondre pour une partie à ce questionnement, en établissant un état des lieux des pratiques relatives à l'alliance thérapeutique dans un contexte de soin orthophonique limité dans la durée.

III. But et hypothèses de l'étude

Ce travail propose un état des lieux des pratiques en lien avec l'alliance thérapeutique dans le cadre de prises en soin orthophoniques limitées dans la durée en structures de soin pour adultes. Le but est d'observer un certain nombre de variables pouvant être reliées à l'alliance thérapeutique et d'établir un constat des pratiques orthophoniques dans ce contexte de soins particulier.

Les différentes hypothèses qui guident la réflexion sont :

- Les orthophonistes effectuant des suivis limités dans la durée investiraient davantage la dimension technique de l'alliance plus que la dimension du lien affectif.
- Les pratiques orthophoniques en lien avec l'alliance thérapeutique, dans le cadre de suivis limités dans la durée, peuvent varier selon l'année de diplôme et/ ou l'expérience libérale antérieure ou parallèle.

IV. Matériel et Méthode

1. Population interrogée

Le questionnaire s'adressait à tous les orthophonistes titulaires du certificat de capacité d'orthophoniste exerçant en France, soit exclusivement en salariat ou en exercice mixte. L'exercice salarié devait être en structures de soins pour adultes et devait comporter des suivis orthophoniques limités dans la durée, c'est-à-dire inférieurs ou égaux à trois mois. Cette durée a été déterminée en se basant sur les données de la Drees (2011) affirmant que seulement 5% des séjours en SSR sont supérieurs à trois mois. D'autres données de la Drees (DREES, 2022) estiment la durée moyenne d'hospitalisation des moyens séjours à environ 34 jours (établissements publics et privés confondus).

2. Critères d'exclusion

Les orthophonistes exerçant exclusivement en cabinet libéral ne pouvaient pas participer à l'étude. Ce choix a été fait car à la différence d'un orthophoniste libéral, le professionnel exerçant en structure de soin sait à l'avance que le suivi sera de courte durée. Au contraire, les suivis de courte durée en libéral sont davantage dus à des événements imprévus de type déménagement, décès, etc...

Par ailleurs, les orthophonistes exerçant en structures de soin pour adultes effectuant des suivis supérieurs à trois mois n'ont pas été intégrés à l'étude.

3. Construction du questionnaire

La méthode du questionnaire s'est révélée la plus appropriée pour ce travail. En effet, cela permet d'aborder une multitude de thématiques et de récolter un plus grand nombre de réponses. Afin de construire le questionnaire, il a d'abord été nécessaire de définir les différents thèmes à investiguer pour aboutir à un état des lieux des pratiques professionnelles. De nombreuses échelles existent visant à mesurer la robustesse ou la qualité de l'alliance thérapeutique (Letissier, 2018), cependant l'objet de ce travail de mémoire n'est pas d'établir une telle mesure mais bien de recenser les pratiques les plus courantes pouvant influencer l'alliance thérapeutique dans le cadre de prises en soin orthophoniques limitées dans la durée.

Un recensement des éléments pertinents à questionner a été effectué dans la littérature scientifique en lien avec le thème de l'alliance thérapeutique. Selon F. de Singly (2020), « il faut délimiter les éléments *pertinents* de la pratique car il est impossible de décrire la totalité d'une pratique ». En effet, au vu de la quantité très importante d'écrits sur le thème de l'alliance thérapeutique, la difficulté principale a été de faire des choix quant aux thèmes à questionner.

L'objectif de ce travail de mémoire étant de proposer une analyse des pratiques professionnelles en lien avec l'alliance thérapeutique, trois thèmes principaux ont été ciblés dans le questionnaire (*cf annexe 4*) :

- les paramètres du contexte de soin orthophonique afin d'établir un constat du cadre dans lequel exercent les répondants au questionnaire.
- les pratiques avec l'entourage du patient, s'inscrivant dans une perspective systémique de l'alliance thérapeutique.
- les pratiques avec le patient lors des séances afin de constater à travers certaines pratiques, quelles dimensions du lien sont investies le thérapeute.

Toujours selon F. de Singly (2020), « Un questionnaire sur une pratique ou un ensemble de pratiques doit comprendre deux parties : celle sur l'objet proprement dit et celle permettant d'en approcher les déterminants sociaux. » Le choix a ainsi été fait d'établir un état des lieux des pratiques en lien avec l'alliance thérapeutique de manière globale dans le cadre de prises en soin de courte durée en structures de soin pour patients adultes puis, toujours dans ce cadre, selon l'année de diplôme et le type d'exercice.

Le questionnaire a été réalisé à l'aide de la plateforme LimeSurvey qui permet de garantir l'anonymat des réponses. Les participants avaient la possibilité d'interrompre et de reprendre le questionnaire à tout moment.

4. Diffusion du questionnaire

Une phase de prétest du questionnaire a été réalisée. Sur 6 questionnaires prétests envoyés, 3 réponses ont été récoltées. Les répondants au prétest ont notamment mis en évidence la longueur trop importante du questionnaire ainsi que certaines formulations ambiguës. Des modifications ont donc été apportées à la suite de ces réponses pour réduire le nombre de questions et garantir une meilleure compréhension des propos.

Le questionnaire a été diffusé dans un premier temps par e-mail auprès des maîtres de stage et auprès des établissements de soin concernés. Il a également été diffusé auprès des syndicats régionaux orthophoniques. Certains d'entre eux ont bien voulu relayer l'information auprès de leurs adhérents. Dans un second temps, celui-ci a été diffusé sur le réseau social Facebook au sein des groupes d'orthophonistes régionaux (*cf annexe 1*). Les orthophonistes concernés pouvaient répondre en ligne du 10 novembre 2022 au 10 février 2023.

En cliquant sur le lien du questionnaire, les participants avaient accès à un message d'accueil (*cf annexe 3*) présentant l'objectif de ce travail, la population concernée, la durée de réponse au questionnaire ainsi qu'une information garantissant l'anonymat des participants. Le message d'accueil se termine par une case à cocher permettant de recueillir le consentement libre et éclairé des participants.

5. Modalités d'analyse des résultats

Les données ont été analysées à l'aide de la plateforme Limesurvey et du logiciel Microsoft Excel (2010). Les données ont d'abord été extraites pour l'échantillon global puis par sous-échantillons. Des présentations graphiques ont été réalisées afin de rendre les résultats plus lisibles. Afin de rendre les pratiques comparables entre elles, les réponses ont été récoltées sous la forme d'une échelle de Likert à cinq points chaque fois que cela était possible. Pour les autres questions, un choix multiple de réponses était proposé.

Une fois récoltées, les données ont ensuite été analysées selon ce barème : une pratique est considérée comme *très fréquente* lorsque le pourcentage le plus important des réponses est « *Oui, toujours* ». Une pratique est considérée comme *fréquente* lorsque le pourcentage le plus important des réponses est « *Oui, souvent* ». Une pratique est considérée comme *modérée* lorsque le pourcentage le plus important des réponses est « *Oui, parfois* ». Une pratique est considérée comme *peu fréquente* lorsque le pourcentage le plus important des réponses est « *Oui, rarement* ». Une pratique est considérée comme absente lorsque le pourcentage le plus important des réponses est « *Non, jamais* ».

Pour chacune des questions, le détail des pourcentages sera donné dans sa totalité pour l'échantillon global. Afin de ne pas alourdir la rédaction, pour l'analyse par sous-échantillons, seule la réponse majoritaire sera indiquée.

Par ailleurs, l'analyse des pratiques portera principalement sur les pratiques en lien avec l'entourage du patient et le patient lui-même. Les autres variables observées feront l'objet d'un constat simple sans analyse par sous-échantillons.

V. Résultats

58 réponses complètes ont été recueillies ainsi que 33 réponses incomplètes. Seules les réponses complètes ont été traitées et analysées. Le nombre de réponses complètes plutôt restreint s'explique à la fois par le nombre de questions assez conséquent du questionnaire mais aussi par le fait d'avoir ciblé une population d'orthophonistes très spécifique (exerçant en structure de soins pour adultes et effectuant des suivis de courte durée).

Après avoir interrogé la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), le syndicat régional des orthophonistes des Pays-de-la-Loire (SROPL) et l'Agence Régionale de Santé (ARS), aucun de ces organismes n'était en mesure de communiquer des données recensant la population d'orthophonistes salariés des établissements hospitaliers publics et privés. Il n'est donc pas possible de comparer le nombre de réponses à l'ensemble de la population concernée.

1. Présentation de l'échantillon global

Tableau 1 : Description de l'échantillon selon le sexe et la région d'exercice

		Effectif	%
Sexe	féminin	55	94,83
	masculin	3	5,17
Région d'exercice	Nouvelle-Aquitaine	6	10,34
	Centre-Val-de-Loire	3	5,17
	Normandie	4	6,90
	Bourgogne-Franche-Comté	1	1,72
	Auvergne-Rhône-Alpes	13	22,41
	Hauts-de-France	3	5,17
	Ile-de-France	5	8,62
	Bretagne	4	6,90
	Pays-de-la-Loire	7	12,07
	Occitanie	5	8,62
	Grand-Est	6	10,34
	PACA	1	1,72

L'échantillon global est essentiellement composé d'orthophonistes de sexe féminin (94,83 %) et d'une minorité d'orthophonistes masculins (5,17%). L'ensemble des régions françaises métropolitaines est représenté, exceptée la Corse.

2. Présentation des sous-échantillons

Deux variables principales ont été retenues pour former les sous-échantillons, à savoir l'année d'obtention du diplôme, et le type d'exercice. Deux autres variables avaient été envisagées et faisait l'objet d'une question pour chacune dans le questionnaire. Elles ne se sont finalement pas révélées pertinentes pour l'analyse et n'ont donc finalement pas été retenues.

D'une part, l'analyse par type de service a été écartée car les orthophonistes avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses pour la question « *Au sein de quel(s) service(s) exercez-vous majoritairement ?* ». Il était donc impossible de constituer des sous-échantillons distincts.

D'autre part, l'analyse par type d'établissement (public ou privé) ne s'est pas non plus révélée pertinente car les réponses ont révélé différents types de structures de soin autres que les établissements hospitaliers publics et privés qui ne permettaient pas de constituer des sous-échantillons distincts pour pouvoir comparer les pratiques en fonction de cette variable

L'analyse des pratiques des orthophonistes en lien avec l'alliance thérapeutique, dans le cadre de prises en soin de courte durée, a donc été réalisée en fonction de deux variables principales qui sont l'année d'obtention du diplôme (avant ou à partir de 2018) et le type d'exercice (salariat unique ou exercice libéral antérieur ou parallèle).

Tableau 2 : Description des sous-échantillons selon le l'année de diplôme et le type d'exercice

		Effectif	%
Année de diplôme (obtenu en France)	Avant 2018	31	63,27
	À partir de 2018	18	36,73
Type d'exercice	Salariat uniquement	22	37,93
	Salariat avec activité libérale antérieure ou parallèle	36	62,07

a. Présentation des sous-échantillons par année de diplôme

Concernant les sous-échantillons par année de diplôme, 9 orthophonistes ayant obtenu leur diplôme à l'étranger ont été exclus. En effet, ceux-ci ne sont pas concernés par les enseignements de la nouvelle maquette qui concerne uniquement les centres universitaires de formation en orthophonie (CFUO) français. Le calcul des effectifs pour l'analyse se fait donc sur 49 réponses au lieu de 58 (*cf Tableau 2*).

63,27% des orthophonistes interrogés ont obtenu leur diplôme avant 2018, année qui correspond à la première promotion de diplômés ayant bénéficié de la nouvelle maquette des études parue au bulletin officiel en 2013 (Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste, 2013) contre 36,73% ayant obtenu leur diplôme à partir de 2018.

Depuis la mise en place de la nouvelle maquette, les enseignements relatifs à l'alliance thérapeutique et à la communication avec le patient et son entourage font l'objet d'une unité d'enseignement à part entière. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les pratiques des orthophonistes en lien avec l'alliance thérapeutique diffèrent selon l'année d'obtention du diplôme (avant ou à partir de 2018).

Par ailleurs, pour compléter la caractérisation des répondants concernant la formation, une question était proposée au sein du questionnaire afin de connaître la proportion de répondants ayant suivi une formation continue spécifique à l'alliance thérapeutique. Les orthophonistes répondant au questionnaire n'ont suivi aucune des formations proposées en réponse (*cf Annexe 4 groupe 2, question f*). Il serait intéressant de savoir pour quelle(s) raisons. Est-ce un manque d'accessibilité ? Est-ce un manque d'information ? Est-ce un manque de temps ?

b. Présentation des sous-échantillons par type d'exercice

37,93% des répondants déclarent exercer uniquement en salariat sans activité libérale antérieure. 62,07 % des répondants déclarent avoir exercé en libéral auparavant ou avoir une activité libérale parallèle (exercice mixte). Dans la mesure où l'exercice libéral permet d'expérimenter l'alliance thérapeutique sur le long cours, nous pouvons supposer que certaines pratiques orthophoniques en lien avec l'alliance thérapeutique dans le cadre de prises en soin de courte durée diffèrent selon le type d'exercice (exercice libéral antérieur ou parallèle ou salariat uniquement).

3. Analyse du contexte de prise en soin

Le choix d'interroger les variables contextuelles globales dans le cadre de prises en soin orthophoniques de courte durée semblait fondamental dans ce cas précis d'un questionnaire à destination de professionnels exerçant en structure de soins. En ce qui concerne l'alliance thérapeutique, les variables contextuelles sont décrites par Pinsof comme des moyens que le thérapeute peut utiliser pour faciliter la progression du lien (Baillargeon et al., 2005). Or, l'exercice de l'orthophonie au sein d'une institution implique que le thérapeute n'a, la plupart du temps, pas ou peu la possibilité de maîtriser, ni de modifier les paramètres contextuels de la prise en soin à la différence d'une pratique libérale.

Parmi ces variables contextuelles, nous avons choisi d'interroger celles qui pourraient avoir un lien avec l'alliance thérapeutique à savoir le lieu où se déroulent les séances, la durée des séances, le nombre de séances sur la totalité de la prise en soin, le suivi conjoint ou non par plusieurs orthophonistes, ou encore l'initiative du suivi orthophonique.

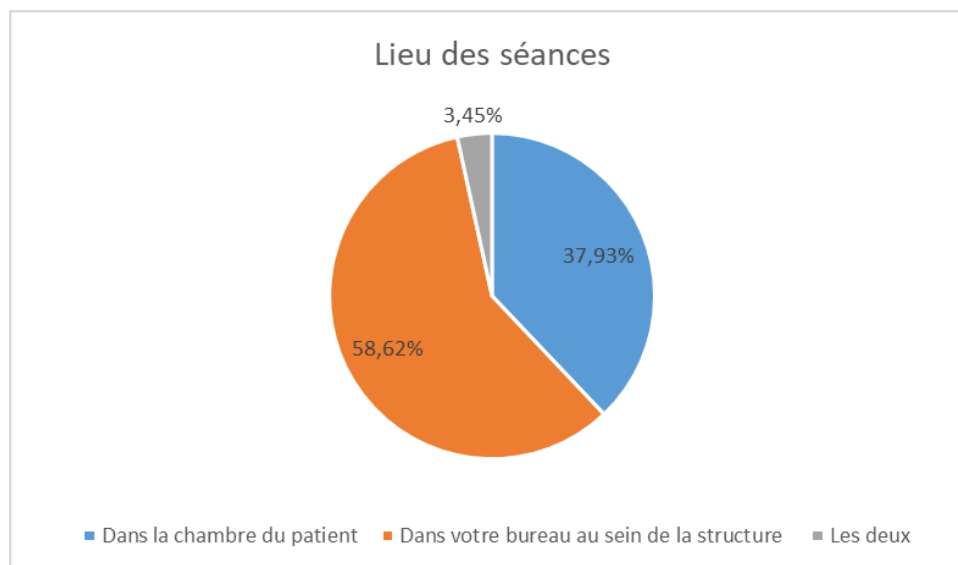
Pour toutes les variables dépendantes du contexte, l'analyse a été réalisée uniquement pour l'échantillon global. Les analyses par type d'exercice ou par année de diplôme ont été écartées car les paramètres du contexte dépendent principalement des directives en vigueur au sein de la structure de soins concernée.

a. Lieu des séances orthophoniques

Le lieu des séances peut avoir une influence sur la mise en place de l'alliance thérapeutique dans la mesure où celui-ci peut offrir un cadre d'accueil optimal au patient pour sa prise en soins. Dans le cadre d'un exercice en structure de soin pour adulte, les orthophonistes effectuent leurs séances soit dans un bureau, soit dans la chambre du patient. Cela dépend notamment du type de pathologie pour laquelle le patient nécessite un suivi. En effet, les patients sont parfois dans l'impossibilité de se déplacer et cela implique des soins orthophoniques en chambre au même titre que tous les autres soins.

1) Échantillon global

Graphique 1 : Répartition en pourcentage du lieu des séances orthophoniques (Échantillon global)



Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), dans quel lieu se passent majoritairement vos séances ?* », 58,62% des orthophonistes interrogés déclarent effectuer leurs séances dans leur bureau au sein de la structure dans laquelle ils exercent contre 37,93% qui déclarent les faire dans la chambre du patient. Les 3,45% restant déclarent effectuer leurs séances dans les deux lieux. Nous pouvons supposer que le bureau est facilitateur pour la mise en place d'une alliance thérapeutique dans la mesure où le patient se déplace consciemment dans un endroit dédié aux séances. Le professionnel est ainsi identifié en amont par le patient au contraire d'une intervention en chambre pour laquelle l'orthophoniste peut être moins identifiable et davantage assimilé à tout autre professionnel de soin.

Par ailleurs, nous pouvons supposer qu'au sein d'un bureau, le professionnel a à sa disposition davantage de matériel qu'il peut utiliser à sa convenance et donc un choix plus large pour proposer au patient une tâche adaptée à ses besoins. L'intimité du patient est également davantage garantie, notamment par rapport à des prises en soin qui peuvent être réalisées dans des chambres doubles. L'environnement sonore et visuel peut se révéler moins perturbé qu'en chambre et les séances moins interrompues par d'éventuels examens médicaux prioritaires, comme par exemple une imagerie médicale, un rendez-vous avec un spécialiste, des visites ou autres imprévus.

b. Durée des séances orthophoniques

1) Échantillon global

La nomenclature générale des actes en orthophonie (NGAP) (2022) mentionne qu'en fonction de l'acte médical orthophonique (AMO) dispensé, la durée des séances ne peut pas être inférieure à trente minutes, et que pour certaines pathologies, une durée de quarante-cinq minutes est préconisée.

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), quelle est la durée moyenne de vos séances (en mn) ?* », la durée moyenne des séances est égale à 35,7 mn, la médiane se situe à 30 minutes. Le troisième quartile est quant à lui à 45 minutes, c'est-à-dire que 25% des répondants ont déclaré réaliser des séances de 45 minutes ou plus. Les séances d'une durée inférieure à 30 minutes ne concernent que trois personnes de l'échantillon global. Nous observons que dans le cadre de prises en soin orthophoniques de courte durée en structure de soin, la durée des séances semble conforme à ce qui est préconisé dans la NGAP.

c. Nombre moyen de séances avec le même professionnel sur la durée totale de la prise en soin.

La fréquence élevée des séances est mentionnée comme bénéfique pour la construction d'une alliance thérapeutique (Baillargeon et al., 2005; Bordin, 1979) d'autant plus si elle est associée au fait de les réaliser avec le même professionnel (Lawton et al., 2018).

Le questionnaire étant destiné aux orthophonistes effectuant des suivis de courte durée, il était important d'interroger le nombre de séances moyen effectué sur la totalité de la prise en soin avec le même professionnel. En effet, la courte durée d'un suivi n'implique pas nécessairement peu de séances. Au contraire, la prise en soin orthophonique post-AVC, par exemple, en structure de soin peut être intensive, afin de favoriser la récupération précoce des patients (Haute Autorité de Santé, 2022).

1) Échantillon global

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), de manière générale, sur la durée totale de la prise en soin, quel est le nombre de séances moyen dont bénéficie le patient (avec le même professionnel) ?* », 39,66% des orthophonistes déclarent réaliser plus de vingt séances avec le même patient sur la totalité de la prise en soin. 20,69% déclarent effectuer entre 2 et 10 séances. 8,62% déclarent effectuer de 10 à 20 séances. 1,72% déclarent effectuer une séance unique. 29,31% qualifient le nombre de séances très irrégulier selon les patients.

Le nombre de séances effectuées avec le même orthophoniste, dans le cas de prises en soin brèves en structure de soin pour adultes, semblent donc tendre vers une fréquence plutôt élevée. Cependant, une proportion assez importante de répondants (29,31%) mentionne le

caractère très irrégulier du nombre de séances. Il aurait été intéressant d'approfondir la question en interrogeant le nombre de séances hebdomadaires pour un même patient. De plus, la question interroge deux variables à la fois (nombre de séances sur la totalité de la prise en soin et nombre de séances avec le même professionnel) qu'il aurait été davantage pertinent de séparer. De plus, il aurait été judicieux de questionner le nombre de séances orthophoniques hebdomadaires afin d'observer la fréquence des séances.

d. Suivi conjoint par plusieurs orthophonistes

Afin de compléter et d'approfondir la question précédente du nombre de séances effectué par le même professionnel, la question du suivi conjoint par plusieurs orthophonistes a été posée. Comme nous l'avons vu auparavant, cette variable peut avoir un impact sur la construction de l'alliance thérapeutique. En effet, dans le cadre d'une étude auprès d'une population de patients post-AVC, le fait de voir toujours le même orthophoniste a été identifié comme relié à des alliances thérapeutiques étroites (Lawton et al., 2018).

1) Échantillon global

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), les patients sont-ils suivis par plusieurs orthophonistes conjointement ?* », 5,17% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 20,69% répondent « *Oui, souvent* ». 24,14% répondent « *Oui, parfois* ». 22,41% répondent « *Oui, rarement* ». 27,59% répondent « *Non, jamais* ». Nous pouvons donc supposer que cette pratique n'est pas très fréquente dans le cadre de prises en soin de courte durée et que les patients sont, pour la majorité, suivis par le même professionnel. Cette pratique dépend notamment du nombre de professionnels exerçant au sein d'une même structure et/ou intervenant dans le(s) même(s) service(s). Les postes d'orthophonistes en structures de soin sont souvent minoritaires, au contraire des kinésithérapeutes, par exemple.

e. Initiative du suivi orthophonique

Tout suivi orthophonique nécessite une prescription médicale (Code de la santé publique, *Chapitre Ier : Orthophoniste. (Articles L4341-1 à L4341-9) - Légifrance*, s. d.). Une fois la prescription établie, il est intéressant de s'interroger sur la part de décision qui revient à l'orthophoniste quant à la nécessité de mettre en place un suivi ou non. En effet, nous pouvons supposer que lorsque la décision de mettre en place un suivi revient à l'orthophoniste, le professionnel sera davantage soucieux de construire une alliance thérapeutique avec le patient, car convaincu de la nécessité des soins. Cette alliance peut certainement être renforcée si la décision inclut le patient.

La question a été globalement bien comprise par les répondants, cependant l'emploi du terme « *initiative* » dans la formulation de la question est discutable car il a pu être interprété soit comme l'objet de la prescription médicale soit comme le diagnostic orthophonique émis après avoir pris connaissance du dossier du patient et réalisé un bilan. Les données qui suivent font donc l'objet d'un constat seul et ne seront pas analysées par sous-échantillons.

1) Echantillon global

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), de manière générale, la décision d'entamer un suivi orthophonique émane...* », 41,38% d'entre eux répondent : « *du médecin de service* ». 39,66% répondent : « *de l'orthophoniste* ». 3,45% répondent : « *du patient* ». La rubrique « *autre* », représentant 17,24% des réponses, a mis en valeur une décision conjointe entre l'orthophoniste, le médecin et l'équipe de soins ou entre orthophoniste et patient.

De manière générale, l'analyse des différentes variables contextuelles en lien avec l'alliance thérapeutique semble révéler que dans le cadre de suivis orthophoniques de courte durée en structure de soin, les orthophonistes effectuent majoritairement leurs séances dans leur bureau, que les patients sont majoritairement suivis par le même professionnel et que l'orthophoniste est, de manière presque équivalente avec le médecin de service, à l'origine de la décision d'une prise en soin.

4. Pratiques avec l'entourage du patient

L'alliance thérapeutique peut être conçue dans une perspective systémique, c'est-à-dire que l'on envisage la construction de celle-ci non pas uniquement avec le patient mais en tenant compte du ou des « systèmes » dans lequel il évolue (Baillargeon et al., 2005), et plus particulièrement la ou les personnes qui partagent son quotidien. Or, dans le cadre de prises en soin de courte durée en établissement, nous pouvons nous questionner sur les pratiques permettant d'inclure la participation du conjoint au travail orthophonique.

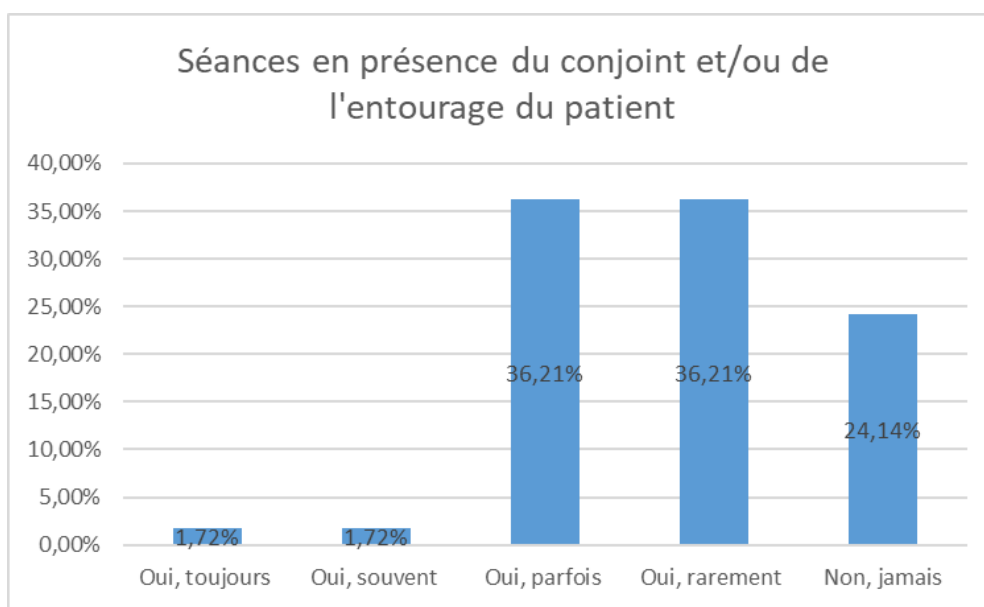
a. Initiative de la rencontre entre l'orthophoniste et le conjoint et/ou l'entourage

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), avez-vous l'occasion de rencontrer le conjoint et/ou les proches du patient ?* », 75,86 % des orthophonistes répondent « *Oui, à mon initiative* ». 50% répondent « *Oui, à l'initiative du patient et/ou de ses proches* ». 53,45% répondent « *Oui, de manière imprévue* ». Les répondants avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses différentes, ce qui explique que la somme totale des pourcentages est supérieure à 100%. Ce choix de laisser plusieurs réponses possibles a été fait pour prendre en considération la diversité des pratiques des orthophonistes selon les services dans lesquels ils interviennent. Les données ne sont donc pas exploitables en tant que telles.

Pour approfondir la question de l'aspect systémique de l'alliance thérapeutique, nous avons interrogé la fréquence et le nombre de séances orthophoniques réalisées en présence du conjoint et/ou des proches pour savoir dans quelle mesure l'entourage du patient est associé au travail orthophonique.

b. Séances réalisées en présence du conjoint et/ou de l'entourage du patient

Graphique 2 : Fréquence de la réalisation de séances orthophoniques en présence du conjoint et/ou de l'entourage du patient – Échantillon global



1) Echantillon global

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), effectuez-vous des séances de rééducation en présence du conjoint ou d'un proche du patient ?* », 1,72% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 1,72% répondent « *Oui, souvent* ». 36,21% répondent « *Oui, parfois* ». 36,21% répondent « *Oui, rarement* ». 24,14% répondent « *Non, jamais* ».

Cette pratique peut donc être qualifiée de modérée à peu fréquente pour l'ensemble des professionnels interrogés. Cela peut s'expliquer notamment par les contraintes organisationnelles dépendantes de la structure de soin ou encore les contraintes organisationnelles du conjoint et/ou de l'entourage lui-même : les personnes concernées ne pouvant pas se rendre disponibles sur leur temps de travail, par exemple.

La question précédente (*cf IV.4.a.*) nous informe que la majorité des orthophonistes sont à l'initiative de la rencontre avec le conjoint et/ou l'entourage du patient. Il pourrait être intéressant d'approfondir l'objet de ces rencontres : visent-elles à informer le conjoint ou l'entourage, à récolter des informations nécessaires au suivi, à impliquer le conjoint ou l'entourage dans le travail orthophonique ?...

2) Sous-échantillons par année de diplôme

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 35,48% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent majoritairement « *Oui, parfois* » contre 44,44% des orthophonistes diplômés à partir de 2018. Il s'agirait donc également d'une pratique modérée dans ces deux sous-échantillons.

3) Sous-échantillons par type d'exercice

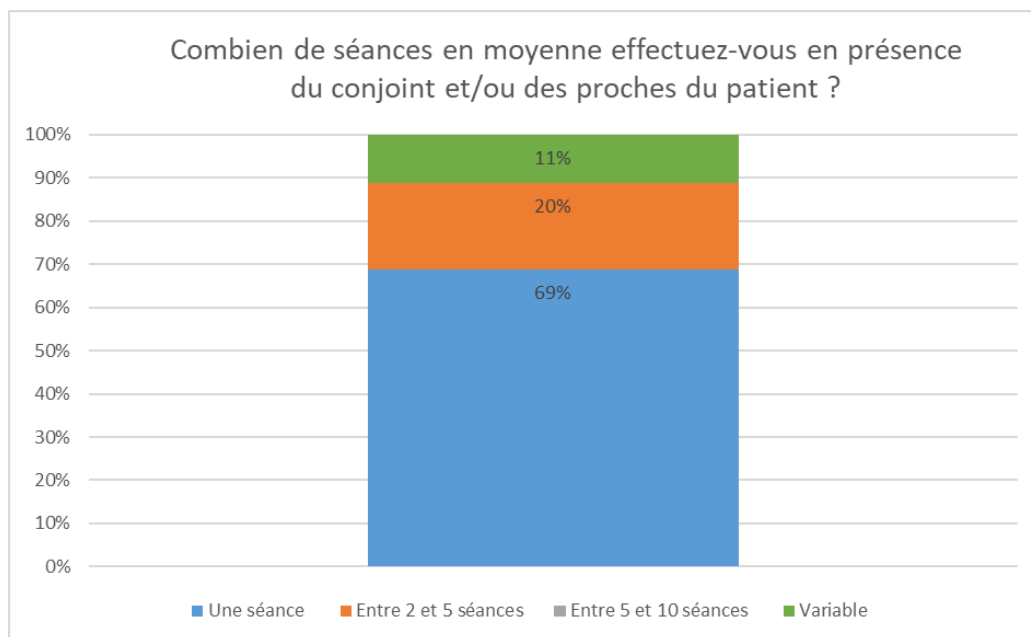
Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 39% des orthophonistes ayant l'expérience de l'exercice libéral répondent majoritairement « *Oui, parfois* » tandis que 40,91% des orthophonistes exerçant en salariat uniquement répondent majoritairement « *Oui, rarement* ». Cela semble donc être une pratique modérée chez les orthophonistes ayant exercé ou exerçant en libéral tandis qu'il s'agirait d'une pratique peu fréquente chez les orthophonistes exerçant en salariat uniquement.

c. **Nombre de séances effectuées en présence du conjoint et/ou des proches du patient**

Il nous a paru intéressant de distinguer l'occasion de rencontrer le conjoint et/ou l'entourage du patient pouvant être fortuite ou délibérée (*cf IV.4.a*) du nombre de séances orthophoniques réalisées à l'initiative de l'orthophoniste de manière à impliquer le conjoint et/ou l'entourage dans le travail orthophonique.

1) Échantillon global

Graphique 3 : Nombre de séances réalisées en présence du conjoint et/ou de l'entourage du patient – Échantillon global



Pour l'ensemble des répondants ayant répondu « oui » à la question précédente, à la question « *Combien de séances en moyenne effectuez-vous en présence du conjoint et/ou des proches du patient ?* », 69% des orthophonistes affirment effectuer une séance en présence du conjoint et/ou des proches. 20% déclarent effectuer entre 2 et 5 séances. 11% rapportent une variabilité.

Nous pouvons supposer que la participation régulière du conjoint au suivi orthophonique en structure de soin est plus difficilement accessible qu'en cabinet libéral. La volonté d'inclure le conjoint et/ou l'entourage du patient semble constituer une volonté très forte de la part des orthophonistes même dans le cadre de prises en soin de courte durée. Le nombre de séances réalisées semblent néanmoins rester limitées.

2) Sous-échantillons par année de diplôme

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 58,06% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent majoritairement « *une séance* » contre 38,89% des orthophonistes diplômés à partir de 2018.

3) Sous-échantillons par type d'exercice

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 50% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *une séance* » contre 54,55% des orthophonistes exerçant en salariat uniquement.

d. Aspect facilitateur de la rencontre du conjoint et/ou des proches pour l'alliance thérapeutique

Afin de compléter l'aspect quantitatif des rencontres avec le conjoint et/ou les proches du patient, il était intéressant de questionner le ressenti des orthophonistes sur l'aspect facilitateur de ces rencontres pour la mise en place de l'alliance thérapeutique. Nous savons que dans un suivi au long cours, la participation au suivi du conjoint ou d'un membre de l'entourage du patient est souvent facilitatrice. Or, dans le cadre d'un suivi orthophonique limité dans la durée, nous pouvons nous demander s'il l'est tout autant. Dans le but de dégager un constat global, les résultats sont ici uniquement présentés pour l'ensemble de la population interrogée sans être analysés par sous-échantillons.

1) Échantillon global

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves, (< 3 mois), la rencontre avec le conjoint et/ou les proches du patient vous semble-t-elle faciliter la mise en place d'une alliance thérapeutique ?* », 13,79% des professionnels interrogés répondent « *Oui, toujours* ». 41,38% répondent « *Oui, souvent* ». 37,93% répondent « *Oui, parfois* ». La rencontre avec le conjoint et/ou les proches du patient semble donc être une pratique fréquemment facilitatrice pour la mise en place d'une alliance thérapeutique.

L'analyse des pratiques dans une perspective systémique de l'alliance thérapeutique nous permet de mettre en évidence que dans le cadre de suivis orthophoniques de courte durée, les orthophonistes sont majoritairement à l'initiative de la rencontre avec le conjoint et/ou l'entourage du patient mais qu'ils effectuent peu de séances en leur présence

5. Analyse des pratiques avec le patient

Après avoir interrogé les différentes pratiques concernant le contexte et l'entourage du patient, nous avons questionné les pratiques en lien avec l'alliance thérapeutique directement tournées vers le patient.

a. Motif de la rencontre orthophonique

1) Échantillon global

Les orthophonistes ont été interrogés sur leurs pratiques concernant la manière de convenir du motif de la rencontre orthophonique, autrement dit la raison principale qui conduit le patient à un suivi orthophonique. En effet, la prise de décision partagée entre thérapeute et patient a été identifiée comme essentielle pour la qualité de l'alliance thérapeutique (Légaré et al., 2010).

À la question « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), comment convenez-vous majoritairement du motif de la ou les rencontre(s) orthophonique(s)?* », 24,14% des orthophonistes répondent « *défini par la structure* ». 29,31% répondent « *évoqué avec le patient* », 25,86% répondent « *évoqué avec le patient et son conjoint et/ou ses proches* ». 10,34% répondent « *seul(e) en amont* ». La formulation de la question ayant été mentionnée comme peu précise par certains répondants, les résultats sont à nuancer. En effet, le terme de « *motif de la ou les rencontre(s) orthophonique(s)* » a pu être interprété soit comme les observations du médecin nécessitant selon lui une prise en soin orthophonique soit comme la plainte du patient, qui peut, elle, différer des observations du médecin. Néanmoins, à travers les réponses observées, les orthophonistes semblent pratiquer davantage la prise de décision partagée.

b. Capacité du patient à s'investir dans le suivi orthophonique

En lien avec les quatre facteurs énoncés par Gaston (1990), les orthophonistes ont été interrogés sur la capacité du patient de s'investir dans le suivi orthophonique via la question « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), de manière générale, le patient est-il en capacité de s'investir dans le suivi orthophonique ?* ». La présence des patients adultes en structures de soin impliquant la plupart du temps la notion de brutalité de la pathologie, d'imprévu, nous a amené à interroger cette variable. Cependant, les résultats ne seront pas exploités ici dans un souci de cohérence globale, le questionnaire portant davantage sur l'analyse des pratiques orthophoniques et non sur les facteurs dépendants du patient ayant une influence sur l'alliance thérapeutique.

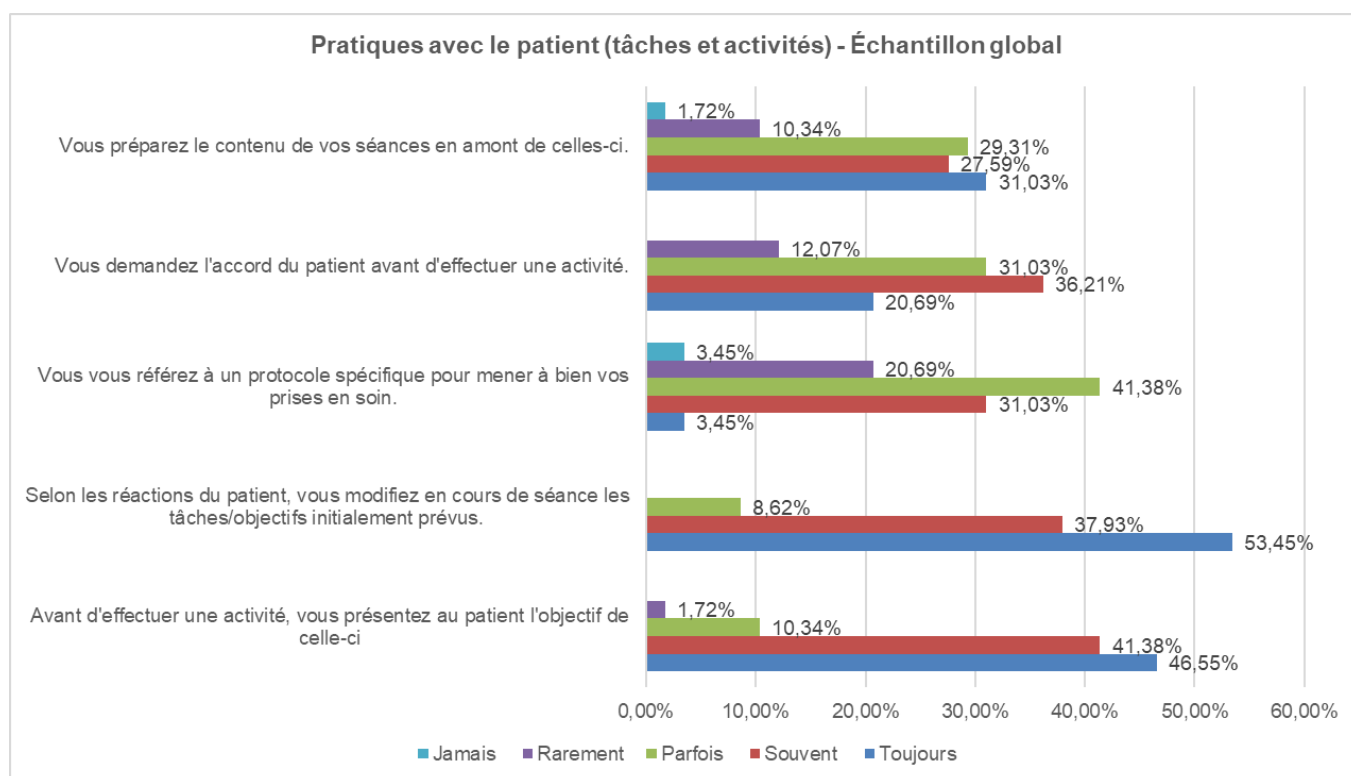
c. Attitudes et comportement du thérapeute en lien avec l'alliance thérapeutique

Comme détaillé dans la partie théorique (*cf II.4.c.*), la littérature a mis en valeur de nombreux comportements et attitudes du thérapeute pouvant influencer la construction de l'alliance thérapeutique. Parmi les pratiques mentionnées, nous en avons relevé un certain nombre nous paraissant intéressantes à constater notamment dans les prises en soin orthophoniques. Le modèle de l'alliance thérapeutique de Bordin (1979) met en évidence la nécessité de s'accorder sur les tâches et les objectifs pour construire l'alliance avec le patient. En lien avec ce modèle, les comportements et attitudes du thérapeute ont été regroupées en trois sous-groupes : les comportements en lien avec l'alliance thérapeutique davantage orientés vers les tâches et les objectifs et les comportements orientés vers le lien personnel. Un troisième sous-groupe a été formé avec les comportements du thérapeute favorisant l'implication et la collaboration du patient.

1) Tâches et objectifs

La justification des tâches ou des objectifs fait partie des comportements du thérapeute permettant de prévenir ou de réparer les ruptures de l'alliance thérapeutique (Safran & Muran, 2000 dans Brennstuhl & Marteau-Chasserieu, 2021).

Graphique 4 : Fréquence des pratiques de l'orthophoniste avec le patient (alliance sur les tâches et les objectifs) – Échantillon global



▪ Présentation de l'objectif

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Avant d'effectuer une activité, vous présentez au patient l'objectif de celle-ci.* » 46,55% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 41,38 % répondent « *Oui, souvent* ». 10,34% répondent « *Oui, parfois* ». 1,73% répondent « *Oui, rarement* ». Cela semble donc être une pratique très fréquente chez les orthophonistes effectuant des prises en soin de courte durée.

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 51,61% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent majoritairement « *Oui, toujours* » contre 38,89% des orthophonistes diplômés à partir de 2018. Il s'agirait donc d'une pratique très fréquente pour ces deux sous-échantillons mais qui semblerait davantage répandue chez les orthophonistes diplômés avant 2018.

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 41,67% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *Oui, toujours* » contre 54,55% des orthophonistes exerçant en salariat uniquement. Il s'agirait donc d'une pratique très fréquente pour ces deux sous-échantillons mais qui semblerait davantage répandue chez les orthophonistes exclusivement salariés.

▪ Accord sur les tâches

La théorie de Bordin (1979) considère l'accord sur les tâches et les objectifs comme une composante essentielle de l'alliance thérapeutique.

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Vous demandez l'accord du patient avant d'effectuer une activité.* » 20,69% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 36,21% répondent « *Oui, souvent* ». 31,03% répondent « *Oui, parfois* ». 12,07% répondent « *Oui, rarement.* ». Cela semble donc être une pratique très fréquente chez les orthophonistes effectuant des prises en soin de courte durée.

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 35,48% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent majoritairement « *Oui, souvent* ». Il s'agirait donc d'une pratique fréquente pour ce sous-échantillon. Les orthophonistes diplômés à partir 2018 répondent majoritairement « *Oui, parfois* » à 38,89%. Il s'agirait donc d'une pratique modérée pour ce sous-échantillon.

Nous pouvons supposer que l'expérience peut être le gage d'une plus grande assurance qui permet de moins craindre un refus du patient. Par ailleurs, une plus grande expérience peut également permettre au professionnel de prendre du recul par rapport aux tâches et aux activités proposées au profit d'une vision globale du patient intégrant les éléments relationnels.

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 38,89% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *Oui, souvent* » contre 31,82% des orthophonistes exclusivement salariés. Il s'agirait donc d'une pratique fréquente pour ces deux sous-échantillons.

▪ Flexibilité

La flexibilité est l'une des qualités du thérapeute identifiée dans la littérature comme essentielle à l'alliance thérapeutique (Rodgers et al., 2010).

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Selon les réactions du patient, vous modifiez en cours de séance les tâches/objectifs initialement prévus.* », 53,45% répondent « *Oui, toujours* ». 37,93% répondent « *Oui, souvent* ». 8,62% répondent « *Oui, parfois* ». Cela semble donc être une pratique très fréquente chez les orthophonistes effectuant des prises en soin de courte durée.

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 51,61% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent majoritairement « *Oui, toujours* » contre 72,22% des orthophonistes diplômés à partir de 2018. Il s'agirait donc d'une pratique davantage répandue chez les jeunes diplômés.

Cette pratique peut être interprétée comme le gage d'une flexibilité de la part du thérapeute. En effet, cela peut traduire une volonté de prendre en compte les réactions du patient, mais elle pourrait également être expliquée par l'expérience restreinte qui peut amener à modifier plus souvent les tâches durant la séance. En effet, nous pouvons supposer que l'orthophoniste avec moins d'expérience émet davantage de doutes quant à la pertinence des tâches proposées en séance.

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 50% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *Oui, toujours* » contre 59,09% des orthophonistes exclusivement salariés. Il s'agirait donc d'une pratique très fréquente pour ces deux sous-échantillons mais qui serait davantage répandue pour les orthophonistes exclusivement salariés.

▪ Utilisation d'un protocole spécifique

Pour l'ensemble des répondants, à la question, « *Vous vous référez à un protocole spécifique pour mener à bien vos prises en soin.* », 3,45% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 31,03% répondent « *Oui, souvent* ». 41,38% répondent « *Oui, parfois* ». 20,69 % répondent « *Oui, rarement* ». Cela semble être une pratique plutôt modérée. Nous aurions pu supposer que dans le cadre de prises en soin de courte durée, il s'agirait d'une pratique fréquente qui permettrait de viser l'efficacité de la rééducation dans le temps imparti.

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 35,48% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent majoritairement « *Oui, parfois* » contre 44,44% des orthophonistes diplômés à partir de 2018. Il s'agirait donc d'une pratique modérée dans les deux sous-échantillons mais qui semblerait davantage répandue chez les orthophonistes diplômés à partir de 2018.

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 38,89% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *Oui, souvent* ». Cela semble donc être une pratique fréquente pour ce sous-échantillon. 50% des orthophonistes exclusivement salariés répondent « *Oui, parfois* ». Cela semble donc être une pratique modérée pour ce sous-échantillon.

■ Préparation du contenu des séances

La préparation des séances en amont peut être interprétée comme une réflexion préalable de la part de l'orthophoniste pour adapter le contenu des séances au plus près des besoins du patient. Cependant, cette question reste à nuancer dans la mesure où toutes les prises en soin n'appellent pas nécessairement une préparation en amont.

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Vous préparez le contenu de vos séances en amont de celles-ci.* » 31,03% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 27,59% répondent « *Oui, souvent* ». 29,31% répondent « *Oui, parfois* ». 10,34% répondent « *Oui, rarement* ». 1,72% répondent « *Non, jamais* ». Il s'agirait donc d'une pratique très fréquente.

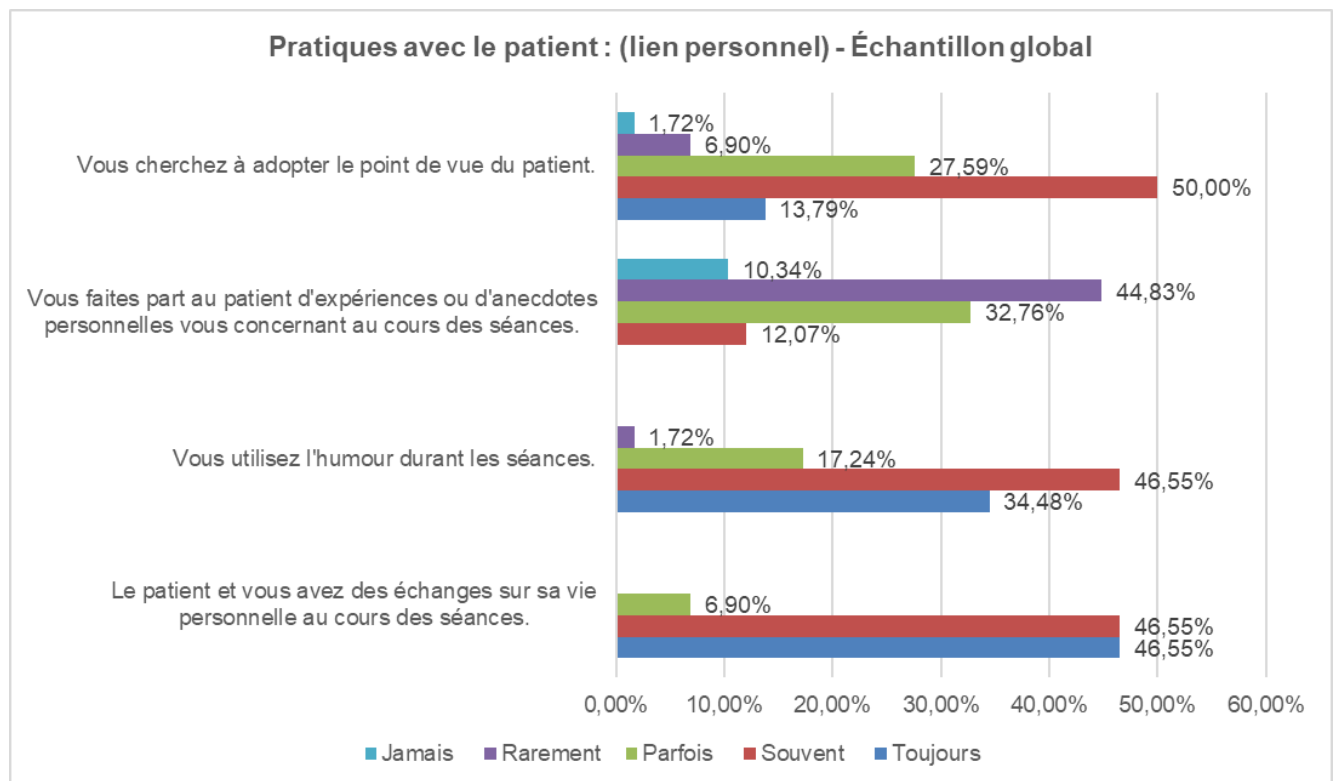
Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 32,26% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent majoritairement « *Oui, toujours* ». Il s'agirait donc d'une pratique très fréquente pour ce sous-échantillon, contrairement aux orthophonistes diplômés à partir de 2018 qui répondent majoritairement « *Oui, parfois* » à 38,89%. Il s'agirait donc d'une pratique modérée pour ce sous-échantillon.

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 30,56% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *Oui, toujours* ». Cela semble donc être une pratique très fréquente pour ce sous-échantillon. 40,91% des orthophonistes exclusivement salariés répondent majoritairement « *Oui, parfois* ». Cela semble donc être une pratique modérée pour ce sous-échantillon.

2) Lien personnel

La troisième composante de l'alliance thérapeutique après l'accord sur les tâches et les activités, selon Bordin (1979) est le lien affectif entre le patient et le thérapeute. Nous pouvons nous interroger sur la volonté des orthophonistes d'investir la composante affective du lien lorsque les prises en soin sont limitées dans la durée.

Graphique 5 : Fréquence des pratiques de l'orthophoniste avec le patient (dimension du lien affectif) – Échantillon global



▪ Échanges sur la vie personnelle du patient

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Le patient et vous avez des échanges sur sa vie personnelle au cours des séances* », 46,55% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 46,55% répondent « *Oui, souvent* ». 6,90% répondent « *Oui, parfois* ». Il semble s'agir donc d'une pratique fréquente dans les prises en soin de courte durée. Cela peut traduire la volonté de l'orthophoniste d'inscrire la rééducation dans la globalité du contexte du patient.

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 51,61% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent majoritairement « *Oui, souvent* ». Il s'agirait donc d'une pratique fréquente pour ce sous-échantillon. 61,11% des orthophonistes diplômés à partir de 2018 répondent majoritairement « *Oui, toujours* ». Il s'agirait donc d'une pratique très fréquente pour ce sous-échantillon.

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 44,44% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *Oui, toujours* » contre 50% des orthophonistes exclusivement salariés. Cela semble donc être une pratique très fréquente pour ces deux sous-échantillons.

▪ Utilisation de l'humour

L'utilisation de l'humour dans le cadre de suivis orthophoniques de patients aphasiques a été identifiée comme participant à renforcer l'alliance thérapeutique (Lawton et al., 2018).

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Vous utilisez l'humour durant les séances* », 34,48% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 46,55% répondent « *Oui, souvent* ». 17,24% répondent « *Oui, parfois* ». 1,72% répondent « *Oui, rarement* ». Cela semble donc être une pratique fréquente dans les prises en soin orthophoniques de courte durée.

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 45,16% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent majoritairement « *Oui, souvent* ». Il s'agirait donc d'une pratique fréquente pour ce sous-échantillon. 50% des orthophonistes diplômés à partir de 2018 répondent majoritairement « *Oui, toujours* ». Il s'agirait donc d'une pratique très fréquente pour ce sous-échantillon.

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 44,44% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *Oui, souvent* » contre 50% des orthophonistes exclusivement salariés. Cela semble donc être une pratique fréquente pour ces deux sous-échantillons.

▪ Informations et/ou anecdotes personnelles du thérapeute

La capacité du thérapeute à livrer des informations sur lui-même a été identifiée comme reliée à des alliances thérapeutiques plus solides dans le cadre de suivis orthophoniques de patients aphasiques (Lawton et al., 2018). Par ailleurs, l'étude de Duff et Bedi (2010) a mis en valeurs certains comportements du thérapeute considérés comme « prédicteurs » de la formation d'une alliance thérapeutique. Faire part d'expériences personnelles au patient a été identifié comme l'un de ces comportements.

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Vous faites part au patient d'expériences ou d'anecdotes personnelles vous concernant au cours des séances* », 12,07% des orthophonistes répondent « *Oui, souvent* ». 32,76% répondent « *Oui, parfois* ». 44,83% répondent « *Oui, rarement* ». 10,34% répondent « *Non, jamais* ». Cela semble être une pratique peu fréquente dans le cadre de suivis orthophoniques de courte durée. Nous pouvons supposer que le travail en structure de soin implique, de par un cadre plus formel, moins de dévoilement personnel des orthophonistes.

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 38,71% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent majoritairement « *Oui, rarement* » contre 50% des orthophonistes diplômés à partir de 2018. Il s'agirait donc également d'une pratique peu fréquente dans ces deux sous-échantillons.

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 44,44% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *Oui, rarement* » contre 45,45% des orthophonistes exclusivement salariés. Cela semble donc être une pratique peu fréquente pour ces deux sous-échantillons.

▪ Empathie

Faire preuve d'empathie était déjà mentionnée par C. Rogers (1951) comme essentiel à la création de l'alliance thérapeutique. Certains travaux récents d'étudiants en orthophonie ont mis en valeur le lien existant entre empathie et alliance thérapeutique (Ardellier, 2023; Le Douarin, 2023). Traduire la notion d'empathie sous forme de pratique était assez difficile. Néanmoins, nous ne pouvions pas faire l'impasse sur cette notion.

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Vous cherchez à adopter le point de vue du patient* », 13,79% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 50% répondent « *Oui, souvent* ». 27,59% répondent « *Oui, parfois* ». 6,90% répondent « *Oui, rarement* ». 1,72% répondent « *Non, jamais* ». Cela semble être une pratique fréquente dans le cadre de suivis orthophoniques de courte durée.

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 41,94% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent majoritairement « *Oui, souvent* » contre 55,56% des orthophonistes diplômés à partir de 2018. Il s'agirait donc d'une pratique fréquente pour ces deux sous-échantillons.

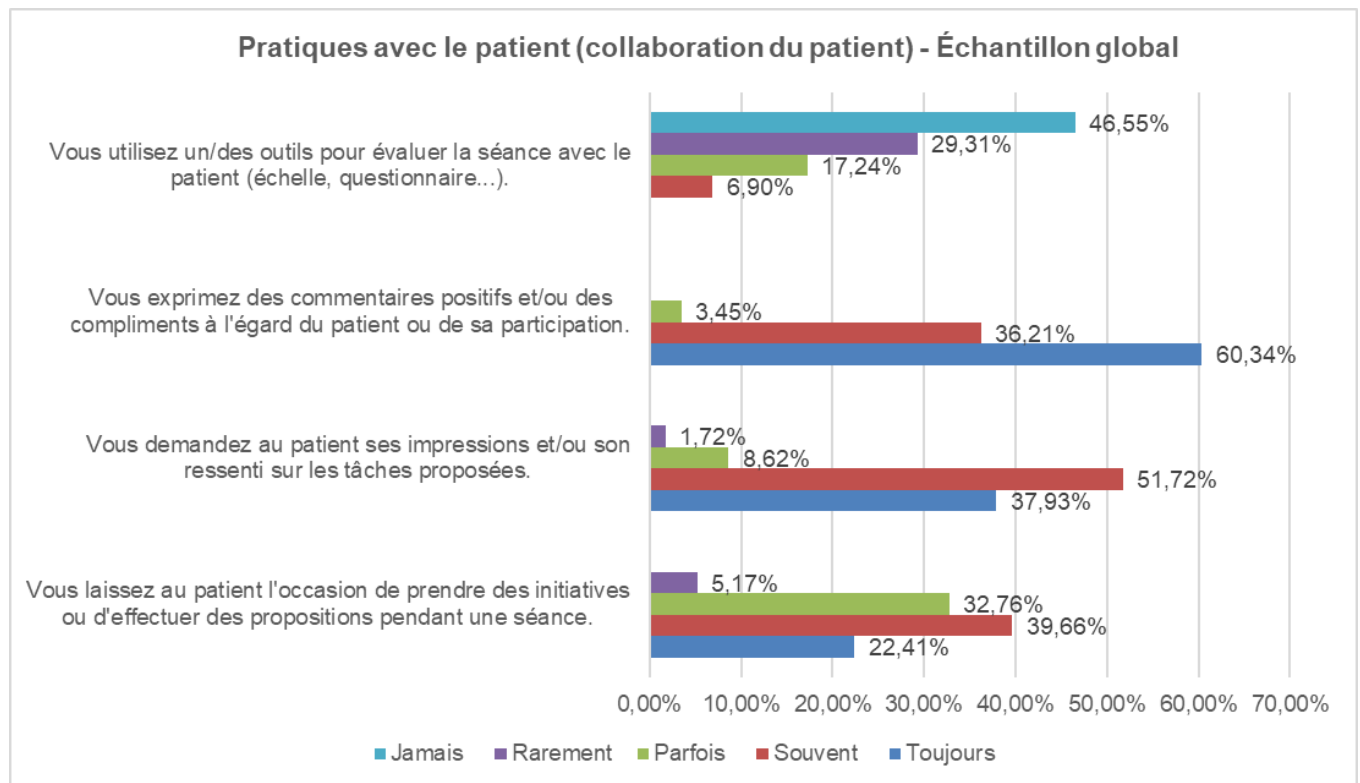
Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 44,44% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *Oui, souvent* » contre 59,09% des orthophonistes exclusivement salariés. Cela semble donc être une pratique fréquente pour ces deux sous-échantillons.

3) Collaboration du patient

Dans une relation thérapeute-patient, la notion d'asymétrie est assez souvent évoquée dans la littérature. Luborsky considère que cette asymétrie est prégnante dans les débuts de la thérapie (dans Despland et al., 2000). Nous pouvons supposer que dans le cadre de suivis de courte durée en structure de soin, il est d'autant plus important de réduire cette asymétrie très rapidement afin de susciter la collaboration du patient.

Introduire des éléments de symétrie serait donc bénéfique pour l'alliance thérapeutique. Par exemple, demander un feed-back au patient sur les tâches serait considéré comme permettant de réduire l'asymétrie entre patient et thérapeute (Vasconcellos-Bernstein, 2013) et donc favoriser l'alliance thérapeutique.

Graphique 6 : Fréquence des pratiques de l'orthophoniste avec le patient (Susciter la collaboration du patient) – Échantillon global



■ Impressions et ressentis

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Vous demandez au patient ses impressions et/ou son ressenti sur les tâches proposées.* », 37,93% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 51,72% répondent « *Oui, souvent* ». 8,62% répondent « *Oui, parfois* ». 1,72% répondent « *Oui, rarement* ». Il s'agirait donc d'une pratique fréquente.

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, les orthophonistes répondent majoritairement « *Oui, souvent* » à 51,61% et 50% respectivement pour les diplômés avant et à partir de 2018. Il s'agirait donc d'une pratique fréquente pour ces deux sous-échantillons.

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 47,22% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *Oui, souvent* » contre 59,09% des orthophonistes exclusivement salariés. Cela semble donc être une pratique fréquente pour ces deux sous-échantillons.

■ Initiatives et propositions du patient

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Vous laissez au patient l'occasion de prendre des initiatives ou d'effectuer des propositions pendant une séance.* » 22,41% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 39,66% répondent « *Oui, souvent* ». 32,76% répondent « *Oui, parfois* ». Cela semble donc être une pratique fréquente chez les orthophonistes effectuant des suivis de courte durée.

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 38,71% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent majoritairement « *Oui, parfois* ». Cela semble donc être une pratique modérée pour ce sous-échantillon. 66,67% des orthophonistes diplômés à partir de 2018 répondent majoritairement « *Oui, souvent* ». Il s'agirait donc d'une pratique fréquente pour ce sous-échantillon.

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 33,33% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *Oui, parfois* ». Cela semble être une pratique modérée pour ce sous-échantillon. 59,09% des orthophonistes exclusivement salariés répondent majoritairement « *Oui, souvent* ». Cela semble donc être une pratique fréquente pour ce sous-échantillon.

▪ Evaluation de la séance avec le patient

Evaluer la séance avec le patient peut se révéler utile pour la construction et le maintien de l'alliance thérapeutique puisqu'elle permet de prendre en considération l'avis du patient sur le travail effectué en séance.

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Vous utilisez un/des outils pour évaluer la séance avec le patient (échelle, questionnaire...)* », 6,90% répondent « *Oui, souvent* ». 17,24% répondent « *Oui, parfois* ». 29,31% répondent « *Oui, rarement* ». 46,55% répondent « *Non, jamais* ». Il s'agirait donc d'une pratique absente chez les orthophonistes effectuant des prises en soin de courte durée.

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, les orthophonistes répondent majoritairement « *Non, jamais* » à 51,61% et 50% respectivement pour les orthophonistes diplômés avant et à partir de 2018.

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 47,22% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *Non, jamais* » contre 45,45% des orthophonistes exclusivement salariés. Cela semble donc être une pratique absente pour ces deux sous-échantillon.

▪ Commentaires positifs et compliments

Communiquer un regard positif au patient pourrait améliorer la construction de l'alliance thérapeutique (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Crits-Christoph et al., 2006; Duff & Bedi, 2010; Thomas et al., 2005).

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Vous exprimez des commentaires positifs et/ou des compliments à l'égard du patient ou de sa participation* », 60,34% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 36,21% répondent « *Oui, souvent* ». 3,45% répondent « *Oui, parfois* ». Cela semble être une pratique très fréquente dans le cadre de suivis orthophoniques de courte durée.

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 51,61% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent majoritairement « *Oui, toujours* » contre 72,22% pour les orthophonistes diplômés à partir de 2018. Il s'agirait donc d'une pratique très fréquente pour ces deux sous-échantillons mais qui semblerait davantage répandue chez les orthophonistes diplômés à partir de 2018.

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 58,33% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *Oui, toujours* » contre 63,64% des orthophonistes exclusivement salariés. Cela semble donc être une pratique très fréquente pour ces deux sous-échantillons mais qui semblerait davantage répandue chez les orthophonistes exclusivement salariés.

d. Nombre de séances pour la mise en place de l'alliance thérapeutique

Les données de la littérature tendent plutôt à affirmer que l'alliance thérapeutique s'installe de manière précoce au cours cinq premières séances (de Roten et al., 2004; Saltzman et al., 1976). Dans le cadre de prises en soin de courte durée en structure de soin, pour lesquelles le patient n'est, la plupart du temps, pas à l'initiative de sa prise en soin, nous pouvons nous demander si le nombre de séances nécessaires à la mise en place d'une alliance thérapeutique nécessite plus de cinq séances.

1) Échantillon global

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), quel est, selon vous, le nombre de séances nécessaires pour mettre en place une alliance thérapeutique ?* », 68,97% des orthophonistes répondent « *entre 2 et 5 séances* ». 12,07 % répondent « *une séance* ». 13,79% répondent « *entre 5 et 10 séances* ». 5,17% répondent « *au-delà de 10 séances* ». Les réponses récoltées semblent concorder avec les données décrites dans la littérature.

2) Sous-échantillons par année de diplôme

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 61,29% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent « *entre 2 et 5 séances* » contre 83,33% des orthophonistes diplômés à partir de 2018.

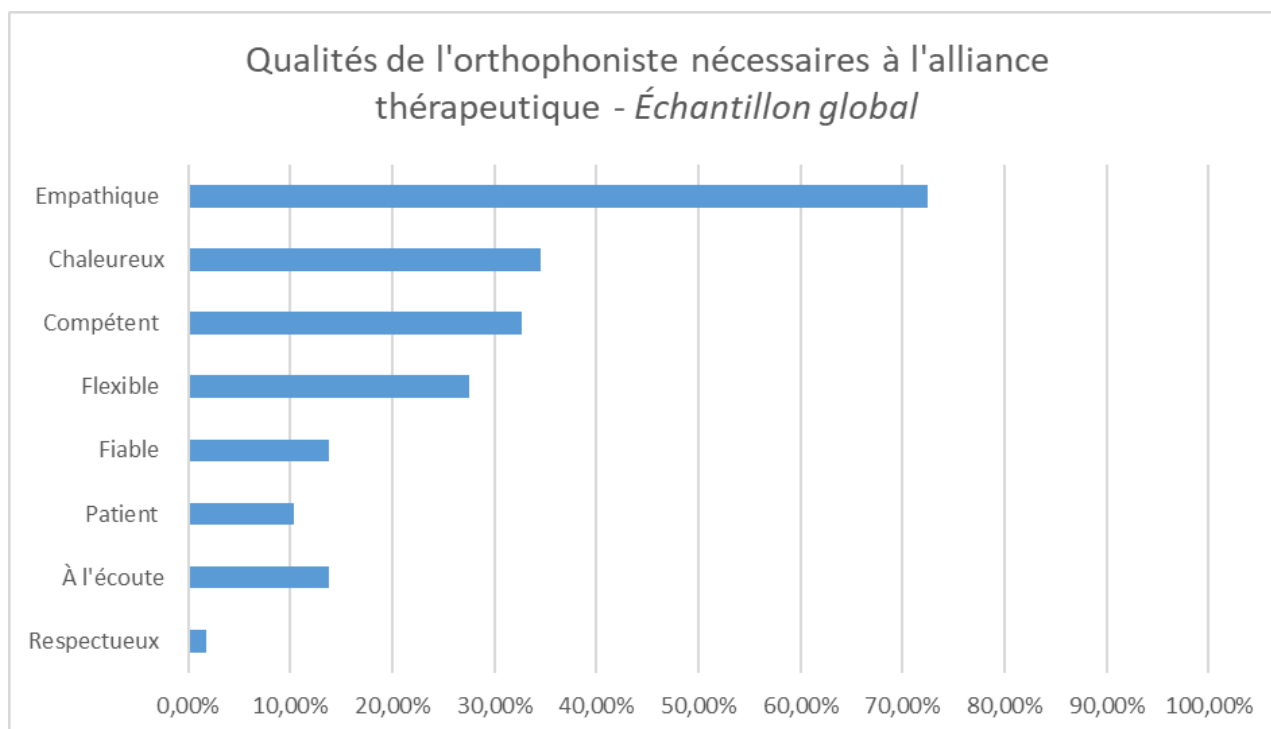
3) Sous-échantillons par type d'exercice

Dans les sous-échantillons par type d'exercice, 72,22% des orthophonistes ayant l'expérience du libéral répondent majoritairement « *entre 2 et 5 séances* » contre 63,64% des orthophonistes exclusivement salariés.

e. **Qualités du thérapeute nécessaires à la mise en place de l'alliance thérapeutique**

1) Échantillon global

Graphique 7 : Qualités de l'orthophoniste nécessaires à l'alliance thérapeutique – Échantillon global



Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), parmi les propositions ci-dessous, quelles sont, selon vous, les deux qualités essentielles du thérapeute à la mise en place d'une alliance thérapeutique?* », 72,41% des orthophonistes répondent « *empathique* ». 34,48% des orthophonistes répondent « *chaleureux* ». L'adjectif « *compétent* » arrive en troisième position avec 32,76% des réponses.

Nous aurions pu supposer que dans le cadre de prises en soin de courte durée, la technicité des soins aurait pu être davantage mise en avant à travers l'adjectif « *compétent* ». La qualité d'empathie est donc la plus choisie par les répondants au questionnaire. Ce constat est à relier avec les données de la littérature ayant établi un lien de corrélation entre empathie et alliance thérapeutique (Ardellier, 2023; Le Douarin, 2023).

2) Sous-échantillons par année de diplôme

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 77,78% des orthophonistes diplômés à partir de 2018 répondent « *empathique* » contre 61,29% pour les diplômés avant 2018. De plus, la qualité « *compétent* » est choisie par 51,61% des orthophonistes diplômés avant 2018 contre 5,56% des orthophonistes diplômés à partir de 2018.

Nous pouvons supposer que les enseignements en lien avec l’alliance thérapeutique, notamment sur l’empathie présents dans la nouvelle maquette qui ont notamment donné lieu à de récents travaux de fin d’étude (Ardellier, 2023; Le Douarin, 2023) ont eu un impact chez les étudiants plus récemment diplômés.

3) Sous-échantillons par type d’exercice

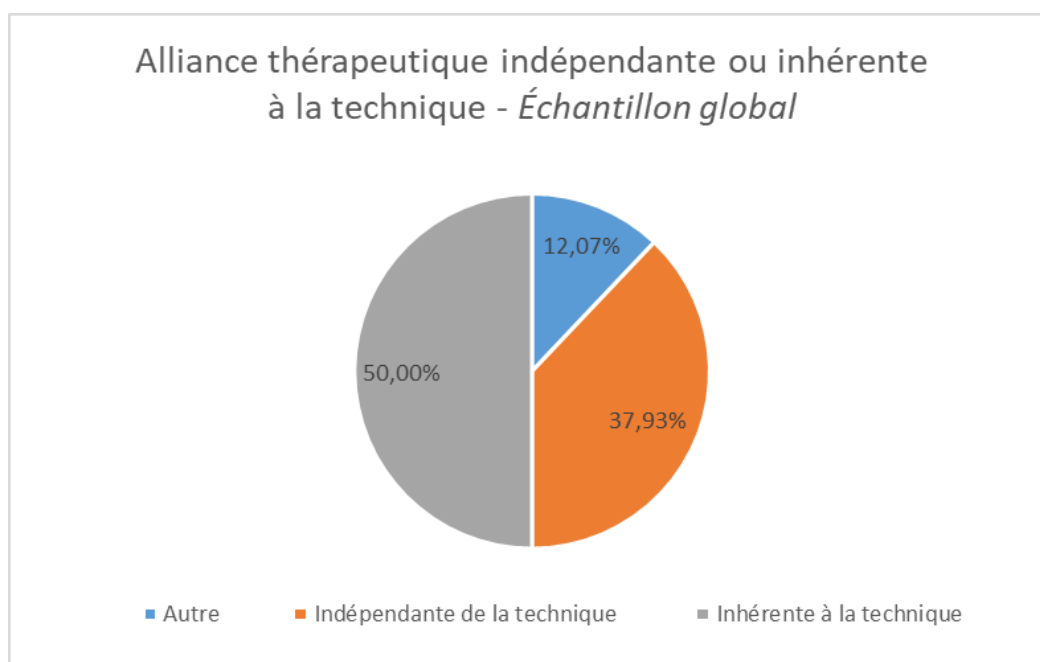
Dans les sous-échantillons par type d’exercice, 77,27% des orthophonistes exclusivement salariés répondent « *empathique* » contre 69,44% des orthophonistes ayant l’expérience de l’exercice libéral. Par ailleurs, 41,67% des orthophonistes ayant l’expérience du libéral répondent « *compétent* » contre 18,18% des orthophonistes exclusivement salariés.

f. L’alliance thérapeutique inhérente ou indépendante de la technique

Comme nous l’avons vu dans la partie théorique de ce travail, certains auteurs considèrent l’alliance thérapeutique comme indissociable de la technique (Safran & Muran, 2006). Il nous semblait intéressant dans ce travail de questionner le point de vue des orthophonistes sur le rapport entre alliance thérapeutique et technicité des soins. La question, telle qu’elle a été posée, appelait une réponse très tranchée. Certains répondants ont mentionné le caractère trop dichotomique des réponses proposées. Il s’agissait à travers cette question de dégager une tendance tout en ayant conscience qu’elle ne rend pas compte de la pluralité des points de vue.

1) Échantillon global

Graphique 8 : Alliance thérapeutique indépendante ou inhérente à la technique – Échantillon global



Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Selon vous, l'alliance thérapeutique en orthophonie est :...* », 50% des orthophonistes répondent « *inhérente à la technique* ». 37,93% répondent « *indépendante de la technique* ». Cela met en évidence, dans une certaine mesure, que dans les prises en soin orthophonique de courte durée, l'aspect technique de la prise en soin est capital et que le lien créé avec le patient en découle. Cependant certains répondants ont déploré le caractère trop dichotomique de la question posée.

2) Sous-échantillons par année de diplôme

Dans les sous-échantillons par année de diplôme, 45,16% des orthophonistes diplômés avant 2018 répondent « *inhérente à la technique* » tandis que 38,71% répondent « *indépendante de la technique* ». 50% des orthophonistes diplômés à partir de 2018 répondent « *inhérente à la technique* » et 38,89% d'entre eux répondent « *indépendante de la technique* ». L'année de diplôme ne semble donc pas avoir d'influence particulière sur la manière de considérer l'alliance thérapeutique.

Pour compléter l'analyse, il pourrait être intéressant d'interroger les orthophonistes sur le contenu des enseignements reçus en lien avec l'alliance thérapeutique afin de savoir si cette notion était plutôt abordée de manière isolée ou intégrée au cours davantage qualifiés comme abordant davantage la technicité de la profession.

6. Issue de la thérapie

La littérature met en relation à de nombreuses reprises le lien entre force de l'alliance thérapeutique et issue de la thérapie. Même si ce n'est pas l'objet principal de ce travail, il est intéressant de connaître le ressenti des orthophonistes interrogés concernant l'issue de la thérapie dans ce contexte particulier de prise en soin de courte durée. Comme pour les variables contextuelles, les résultats seront uniquement présentés pour l'échantillon global.

a. Nombre de séances et atteinte des objectifs

1) Échantillon global

Pour l'ensemble des répondants, à la question : « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), le nombre de séances réalisées vous semble-t-il adapté pour atteindre les objectifs fixés ?* », 1,72% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 43,10% répondent « *Oui, souvent* ». 46,55% répondent « *Oui, parfois* ». 8,62% répondent « *Oui, rarement* ». L'avis des orthophonistes semble assez modéré sur ce point.

b. Interruption des suivis orthophoniques

Les interruptions de suivi, décrites par les auteurs Safran et Muran comme des ruptures de retrait de la part du patient (*cf II.2.c.*) peuvent être le signe d'une détérioration de la qualité de l'alliance thérapeutique (Safran & Muran, 2006).

Pour l'ensemble des répondants, à la question « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois) certains de vos bilans/suivis orthophoniques ont-ils été interrompus ?* », 1,72% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 13,79% répondent « *Oui, souvent* ». 50% répondent « *Oui, parfois* ». 32,76% répondent « *Oui, rarement* ». 1,72% répondent « *Non, jamais* ».

Pour compléter la question des ruptures, les orthophonistes ont été interrogés sur la raison de ces interruptions. A la question, « *Le(s) bilan(s)/suivi(s) a/ont été interrompu(s) :...* », 36,21% des orthophonistes répondent « *à l'initiative du patient* », 32,76% répondent « *à l'initiative de l'orthophoniste* », 34,48 répondent « *décès du patient* ». 65,52% répondent « *autre* » et mentionnent notamment un changement de service ou de structure, des départs anticipés ou encore des complications médicales.

c. Ressenti qualitatif de l'issue de la thérapie

Pour l'ensemble des répondants, à la question : « *Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), de manière générale, considérez-vous l'issue de la thérapie satisfaisante ?* », 1,72% des orthophonistes répondent « *Oui, toujours* ». 58,62% répondent « *Oui, souvent* ». 36,21% répondent « *Oui, parfois* ». 3,45% répondent « *Oui, rarement* ».

Nous pouvons ici, remettre en question le terme « satisfaisant » utilisé dans la question faisant référence à un ressenti très subjectif et seulement interrogé du point de vue de l'orthophoniste. De plus, dans la plupart des suivis concernés par ce questionnaire, la prise en soin de courte durée est suivie d'un relais orthophonique libéral poursuivant le travail amorcé en établissement.

Les orthophonistes exerçant en structure de soin pour adultes amorcent donc la prise en soin en étant pleinement conscients de la poursuite du suivi à la sortie du patient. Ainsi, si les objectifs de la prise en soin orthophoniques n'ont pas été pleinement accomplis pendant cette période en établissement, ils seront poursuivis en cabinet libéral. Cette « *issue de la thérapie* » mentionnée dans la question ne renvoie donc pas à une fin de suivi pour le patient. Cependant, la question de la relation entre alliance thérapeutique et issue de la thérapie étant largement traitée dans la littérature, il était intéressant de questionner le ressenti des orthophonistes réalisant des prises en soin de courte durée sur le terme du suivi.

7. Discussion

Ce travail de mémoire avait pour objectif principal un état des lieux des pratiques en lien avec l'alliance thérapeutique dans le cadre de prises en soin orthophoniques de courte durée (inférieures à trois mois) en structures de soin pour adultes.

a. Résultats principaux et vérification des hypothèses

1) Vérification hypothèse principale

La première hypothèse supposait que dans le cadre de prises en soin de courte durée, dans un souci de maximiser l'efficacité de la prise en soin, les orthophonistes investissent davantage les composantes de l'alliance thérapeutique orientées vers les objectifs et les tâches plutôt que le lien personnel et affectif.

Avec le patient, trois pratiques sur cinq relatives à l'alliance sur les tâches et les objectifs apparaissent comme très fréquentes (présenter l'objectif de l'activité, modifier les tâches et les objectifs selon les réactions du patient, préparer les séances en amont) contre une seule pratique relevant du lien affectif (avoir des échanges sur la vie personnelle du patient). La dimension que l'on pourrait qualifier de « technique » de l'alliance semble donc davantage investie par les orthophonistes effectuant des suivis limités dans la durée.

Cependant, ces résultats sont à nuancer car dans les pratiques identifiées comme fréquentes, deux pratiques sur cinq relèvent d'une volonté d'investir la dimension affective de l'alliance à travers l'utilisation de l'humour et la volonté d'adopter le point de vue du patient contre une seule relevant des tâches et objectifs (demander l'accord du patient avant une activité).

Sur la question du lien personnel, les orthophonistes interrogées semblent moins évoquer d'anecdotes personnelles les concernant. Il s'agit d'une pratique qui semble peu fréquente. Il serait intéressant de savoir s'il s'agit d'une pratique seulement peu fréquente pour les orthophonistes exerçant en structures de soin ou si cette tendance est partagée par l'ensemble des orthophonistes. Ce constat pourrait-il s'expliquer par le contexte moins personnalisé dans le cadre de l'exercice en structure de soin ? Le dévoilement personnel est-il plus présent chez les orthophonistes exerçant en cabinet libéral ? Cela a-t-il un impact sur l'alliance thérapeutique ?

L'analyse des réponses nous montre que malgré le temps limité du suivi, le lien personnel avec le patient est investi par les orthophonistes d'abord à travers les contacts établis avec l'entourage du patient de manière quasi systématique, même si cela semble plus difficile d'impliquer l'entourage de manière prolongée sur la durée totale de la prise en soin. Cela semble être également le cas dans les sous-échantillons par année de diplôme et par type d'exercice.

Par ailleurs, parmi les pratiques très fréquentes recensées, les orthophonistes sollicitent la collaboration du patient notamment en émettant des commentaires positifs à son sujet. Parmi les pratiques fréquentes, la dimension de collaboration est également investie à travers la demande des impressions et des ressentis du patient ainsi que le fait de laisser des initiatives au patient. Les orthophonistes semblent donc attacher une importance à réduire l'asymétrie qui peut exister entre soignant et thérapeute.

2) Vérification hypothèses secondaires

- Variation des pratiques selon l'année de diplôme

La première hypothèse secondaire proposait de questionner la variabilité des pratiques en lien avec l'alliance thérapeutique selon l'année de diplôme, en partant du constat que le contenu des enseignements de la nouvelle maquette de 2013 accorde une place particulière à l'alliance thérapeutique.

Parmi les pratiques identifiées comme très fréquentes, une pratique diffère entre les sous-échantillons : dans le groupe des orthophonistes diplômés à partir de 2018, la préparation des séances en amont semble moins fréquente que dans le groupe des orthophonistes diplômés avant 2018 (*cf annexe 5*).

Parmi les pratiques identifiées comme fréquentes, une pratique diffère entre les sous-échantillons : dans le groupe des orthophonistes diplômés avant 2018, laisser le patient prendre des initiatives et/ou d'effectuer des propositions pendant la séance semble moins fréquente que dans le groupe des orthophonistes diplômés à partir de 2018 (*cf annexe 5*).

- Variation des pratiques selon le type d'exercice

L'autre hypothèse secondaire proposait de questionner la variabilité des pratiques de la pratique libérale antérieure ou parallèle sur les suivis de courte durée en structure de soins.

Parmi les pratiques identifiées comme très fréquentes, une pratique diffère entre les sous-échantillons : dans le groupe des orthophonistes exerçant uniquement en salariat, la préparation des séances en amont semble moins fréquente que dans le groupe des orthophonistes ayant une expérience de l'exercice libéral (*cf annexe 7*).

Parmi les pratiques identifiées comme fréquentes, dans le groupe des orthophonistes ayant l'expérience du libéral, laisser au patient l'occasion de prendre des initiatives ou d'effectuer des propositions pendant une séance semble être une pratique moins fréquente que dans le groupe des orthophonistes exerçant uniquement en salariat (*cf annexe 7*).

Par ailleurs, dans le groupe des orthophonistes ayant l'expérience du libéral, utiliser un protocole spécifique pour mener à bien les rééducations semble être une pratique plus fréquente que dans le groupe des orthophonistes exerçant uniquement en salariat (*cf annexe 7*).

De manière générale, les résultats nous montrent une réelle préoccupation des orthophonistes effectuant des suivis limités dans la durée pour l'alliance thérapeutique quels que soit l'année de diplôme ou le type d'exercice. Nous observons donc une certaine homogénéité des pratiques en lien avec l'alliance thérapeutique qui réfute en partie les hypothèses de travail mais présente un résultat encourageant pour la profession.

b. Critique méthodologique

Le questionnaire a été construit à partir de variables récoltées dans la littérature sur l'alliance thérapeutique. Les travaux sur ce concept étant balbutiants dans le champ de l'orthophonie, il était nécessaire de s'inspirer des champs théoriques fondateurs notamment en psychanalyse et en psychologie.

La première difficulté a été de déterminer les caractéristiques applicables en orthophonie et de conserver les thématiques pertinentes. Le choix de sélectionner certaines pratiques a été fait au détriment d'autres afin de conserver une longueur de questionnaire raisonnable. Cette sélection comporte donc un biais de subjectivité.

De plus, la longueur du questionnaire est discutable. En effet, celui-ci aurait pu être davantage raccourci et optimisé afin d'éviter les réponses incomplètes. Par ailleurs, le choix du questionnaire implique un biais de désirabilité des répondants. Ils ont pu choisir des réponses plus élevées aux échelles de Likert afin de donner une image meilleure d'eux-mêmes.

L'analyse par type de service n'a pas pu être exploitée car la question telle qu'elle a été formulée ne permettait pas d'isoler les réponses par service. En effet, les orthophonistes au sein des structures de soin pour adultes, peuvent exercer dans plusieurs services différents. Le pourcentage total observé était donc supérieur à 100%. L'analyse des différentes pratiques par type de service pourrait éventuellement faire l'objet d'un travail à part entière afin de relever des spécificités de l'alliance thérapeutique en lien avec certaines pathologies, en ne permettant aux orthophonistes interrogés de répondre pour un seul et unique service.

Par ailleurs, ce questionnaire permet d'établir un état des lieux des pratiques mais ne donne pas l'occasion de mettre en relation plusieurs variables, ni d'identifier les facteurs explicatifs de certaines pratiques. Même si la richesse du questionnement est importante, ce travail demeure à un stade de caractérisation des pratiques. Certaines thématiques du questionnaire pourraient être réinvesties en proposant de les associer à une mesure de l'alliance thérapeutique via l'échelle WAI-SR pour déterminer précisément si telle ou telle pratique exerce une influence particulière sur la force de l'alliance thérapeutique.

Certains choix arbitraires ont été faits pour l'analyse des données. En effet, ce travail de mémoire initiateur du sujet, certains points de repères étaient nécessaires à construire au fur et à mesure de la progression.

c. Prolongement théorique

Ce travail propose un travail centré sur les pratiques du thérapeute. Néanmoins, les caractéristiques du patient constituent également un élément important pouvant impacter l'alliance thérapeutique (Gaston, 1990). Les principaux freins à la mise en place de l'alliance thérapeutique décrits par les orthophonistes dans les questions ouvertes sont majoritairement centrées sur les caractéristiques du patient. L'anosognosie est largement évoquée par les répondants au questionnaire. En effet, la non-reconnaissance de sa pathologie et de ses troubles par le patient peut entraver l'engagement de celui-ci dans le traitement. Un travail de mémoire orthophonique propose une réflexion intéressante sur cette thématique de la gestion de l'anosognosie en médecine physique et de réadaptation (MPR) et a abouti à un outil d'information à destination des familles (Le Berre, 2011).

Il pourrait être désormais intéressant de resserrer l'objet du questionnement pour pouvoir l'approfondir. La question systémique de l'alliance thérapeutique pourrait être par exemple davantage étudiée en comparant les pratiques des orthophonistes, tous exercices confondus afin de connaître les moyens mis en œuvre permettant d'associer l'entourage du patient au travail orthophonique.

Par ailleurs, afin d'ancrer les travaux scientifiques dans le champ de l'orthophonie, il serait intéressant de proposer un travail de validation de l'échelle de mesure de la qualité de l'alliance thérapeutique réalisée par Lawton et al. (2019) auprès d'une population de patients aphasiques post-AVC.

Les réponses aux questions ouvertes ont mis en évidence l'expérience du relai de suivi libéral et donc une connaissance plus précise des modalités de retour à domicile qui permet de cibler davantage les besoins du patient. Dans le prolongement de ce travail, l'élaboration d'un outil destiné à faciliter la continuité du suivi en cabinet libéral pourrait faire l'objet d'un travail utile.

Enfin, il a été démontré que le rôle de la supervision est déterminant dans la mise en place et le maintien de l'alliance thérapeutique (Desjardins, 2021; Plantade-Gipch, 2019). Il serait intéressant de construire une étude sur l'impact de la supervision en orthophonie sur l'alliance thérapeutique.

VI. Conclusion

Ce travail propose un état des lieux des pratiques interrogeant des variables très diversifiées en lien avec l'alliance thérapeutique. Ce travail a le mérite d'être pionnier quant à l'analyse proposée. En effet, la question de l'alliance thérapeutique dans le cadre de suivis orthophoniques de courte durée n'a jamais été traitée dans la littérature. À ce titre, ce travail présente l'intérêt d'initier une réflexion en récoltant de nombreuses informations et offre une certaine richesse d'ouvertures possibles.

De manière globale, les réponses obtenues au questionnaire montrent l'intérêt porté par les orthophonistes effectuant des suivis limités dans la durée à la question de l'alliance thérapeutique et la volonté d'investir toutes les dimensions de cette notion aussi bien sur le plan des objectifs et des tâches que sur le lien personnel. En effet, au-delà de quelques variations mineures, nous constatons une certaine homogénéité dans les pratiques en lien avec l'alliance thérapeutique.

Quel que soit le contexte de soin, le travail orthophonique fait avant tout l'objet d'une rencontre et implique une relation au patient. Les orthophonistes, en tant que professionnels de la communication, ont d'autant plus un rôle déterminant dans la mise en place d'une alliance thérapeutique avec leurs patients. Cet aspect de la prise en soin orthophonique, encore trop peu étudié mais néanmoins central, mérite que l'on s'y attarde afin que chaque soignant puisse faire valoir, au-delà de ses compétences cliniques, ses compétences relationnelles au service du patient.

Questionner de manière plus approfondie les orthophonistes sur leurs besoins de formation en lien avec l'alliance thérapeutique pourrait être une piste intéressante à explorer.

VII. Bibliographie

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
[https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00146-0)
- Aïm, P. (2015). Chapitre 1. Cadre de thérapie. In *Écouter, parler : Soigner* (p. 153-183). Vuibert.
<https://www.cairn.info/ecouter-parler-soigner--9782843718137-p-153.htm>
- Alix, Y. (2015). *Traduction du Working Alliance Inventory (WAI) version thérapeute, d'anglais en français, à l'aide d'une traduction aller-retour et d'une méthode de consensus Delphi* [Thèse d'exercice, Université de Bretagne Occidentale]. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01251970/document>
- Ardellier, F. (2023). *Étude d'un lien de corrélation entre l'empathie et la construction de l'alliance thérapeutique chez les orthophonistes*. <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=1e51d27f-44d0-45eb-8542-353e5c81f64c>
- Attali, C. (2006). *Compétences pour le DES de médecine générale*. 76, 31-32.
- Bachelart, M. (2012). L'alliance thérapeutique. In *L'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin* (p. 163-168). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2012.01.0161>
- Baillargeon, P., Pinsof, W. M., & Leduc, A. (2005). L'alliance thérapeutique : La création et la progression du lien. *European Review of Applied Psychology*, 55(4), 225-234.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.11.004>
- Balint, M. (1966). *Le Médecin, son malade et la maladie*. Payot.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027-1032. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.1027>
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, Vol. 49(4), 317-326.
- Bishop, M., Kayes, N., & McPherson, K. (2021). Understanding the therapeutic alliance in stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 43(8), 1074-1083.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1651909>

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27 Suppl, 137-157.
- Brennstuhl, M.-J., & Marteau-Chasserieu, F. (2021). *L'alliance thérapeutique : En 66 notions*. Dunod.
- Breuer, J., & Freud, S. (2002). *Etudes sur l'hystérie*. PUF.
- Bright, F. a. S. (2015). *Reconceptualising engagement : A relational practice with people experiencing communication disability after stroke* [Thesis, Auckland University of Technology].
<https://openrepository.aut.ac.nz/handle/10292/9754>
- Bury, J. A. (1988). *Éducation pour la santé : Concepts, enjeux, planifications*. De Boeck-Wesmael.
- Caroline Haffreingue Formation, P. (2022, mai 3). *Approche centrée solution et bégaiement*. Caroline Haffreingue Formation. <https://carolinehaffreingueformation.fr/approche-centree-solution-et-begalement/>
- Chappot de la Chanonie, H., & Le Cam, L. (2019). *Influence de l'alliance thérapeutique dans la rééducation du patient adulte avec dysphonie dysfonctionnelle*.
- CNGE. (2023). *Approche centrée patient en médecine générale*.
- Collot, É. (2011). *L'alliance thérapeutique : Fondements et mise en oeuvre*. Dunod.
- Côté, L., & Hudon, E. (2016). L'approche clinique centrée sur le patient : Des principes et des pratiques adaptées. In *La communication professionnelle en santé*. Pearson.
- Cournede, A. (2015). *L'alliance thérapeutique : Concept théorique et stratégies de mise en pratique en psychothérapie d'enfants-adolescents* [Exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier].
<http://thesesante.ups-tlse.fr/971/>
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(3), 280-285. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.280>
- Curtis, H. C. (1979). The concept of therapeutic alliance : Implications for the « widening scope ». *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27 Suppl, 159-192.

Démographie des professionnels de santé—DREES. (2022). <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

de Roten, Y. (2006). L'alliance thérapeutique : Un processus de co-construction. *L'entretien clinique en pratiques*, 111-128.

de Roten, Y., Fischer, M., Drapeau, M., Beretta, V., Kramer, U., Favre, N., & Despland, J.-N. (2004). Is one assessment enough? Patterns of helping alliance development and outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 324-331. <https://doi.org/10.1002/cpp.420>

de Singly, F. (2020). 2. La conception du questionnaire. In *Le questionnaire: Vol. 5e éd.* (p. 23-43). Armand Colin. <https://www.cairn.info/le-questionnaire--9782200626877-p-23.htm>

Desjardins, D. (2021). Chapitre 30. Le rôle de la supervision dans la création, le maintien et la restauration de l'alliance. In *L'alliance thérapeutique* (p. 187-191). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.brenn.2021.01.0187>

Despland, J., Roten, Y. D., Martínez, E., Plancherel, A., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique : Un concept empirique. *Medecine Et Hygiene*. <https://www.semanticscholar.org/paper/L%27alliance-th%C3%A9rapeutique-%3A-Un-concept-empirique-Despland-Roten/3915843d85698c15cabfec368cab539d77810861>

Despland, J.-N., Zimmermann, G., & de Roten, Y. (2006). L'évaluation empirique des psychothérapies. *Psychothérapies*, 26(2), 91-95. <https://doi.org/10.3917/psys.062.0091>

Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of Context Effects on Health Outcomes : A Systematic Review. *Lancet*, 357, 757-762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04169-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04169-6)

DREES. (2022a). *Les dépenses de santé en 2021*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/CNS2022>

DREES. (2022b). *Les établissements de santé*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/les-etablissements>

Duff, C. T., & Bedi, R. P. (2010). Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance : From the client's perspective. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(1), 91-110. <https://doi.org/10.1080/09515071003688165>

- Dupont, S. (2020). L'alliance thérapeutique : Un équilibre entre donner et recevoir. *Le Journal des psychologues*, n° 380(8), 63-67.
- Eklund, J. H., & Meranius, M. S. (2021). Toward a consensus on the nature of empathy : A review of reviews. *Patient Education and Counseling*, 104(2), 300-307.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.022>
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance : An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>
- Farrelly, S., & Lester, H. (2014). Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians : A critical interpretive synthesis. *Health & Social Care in the Community*, 22(5), 449-460. <https://doi.org/10.1111/hsc.12090>
- Freckmann, A., Hines, M., & Lincoln, M. (2017). Clinicians' perspectives of therapeutic alliance in face-to-face and telepractice speech-language pathology sessions. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19(3), 287-296.
<https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1292547>
- Gaston, L. (1990). The concept of the Alliance and its Role in Psychotherapy : Theoretical and Empirical Considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 143-153.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., & Ferreira, M. L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation : A systematic review. *Physical Therapy*, 90(8), 1099-1110. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090245>
- Haute Autorité de Santé, H. A. S. (2022). *Rééducation à la phase chronique d'un AVC de l'adulte : Pertinence, indications et modalités* [Recommandation de bonne pratique].
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150692/fr/reeducation-a-la-phase-chronique-d-un-avc-de-l-adulte-pertinence-indications-et-modalites
- Hojat, M. (2007). *Empathy in Patient Care : Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. Springer Science & Business Media.

- Horvath, A. (2005). The therapeutic relationship : Research and theory - An introduction to the Special Issue. *Psychotherapy Research*, 15, 3-7.
<https://doi.org/10.1080/10503300512331339143>
- Horvath, A., Gaston, L., & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. In *Psychodynamic treatment research : A handbook for clinical practice* (p. 247-273). Basic Books.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Isebaert, L., Cabié, M.-C., Dellucci, H., & Duncan, B. L. (2015). *Alliance thérapeutique et thérapies brèves : Le modèle de Bruges*. Érés éditions.
- Jaffredo, N. (2016). Vous avez dit orthophoniste ? In *Entre langue et parole, le métier d'orthophoniste* (p. 185-218). Érés. <https://doi.org/10.3917/eres.ali.2016.01.0185>
- Joosten, E. A. G., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P. F., & de Jong, C. A. J. (2008). Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219-226. <https://doi.org/10.1159/000126073>
- Kramer, U., de Roten, Y., & Despland, J.-N. (2005). Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire ? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies. *Pratiques Psychologiques*, 11(4), 359-370.
<https://doi.org/10.1016/j.prps.2005.09.002>
- Lawton, M., Conroy, P., Sage, K., & Haddock, G. (2019). Aphasia and stroke therapeutic alliance measure (A-STAM) : Development and preliminary psychometric evaluation. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21(5), 459-469.
<https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1648551>

- Lawton, M., Haddock, G., Conroy, P., & Sage, K. (2016). Therapeutic Alliances in Stroke Rehabilitation : A Meta-Ethnography. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(11), 1979-1993. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.031>
- Lawton, M., Haddock, G., Conroy, P., Serrant, L., & Sage, K. (2018). People with aphasia's perception of the therapeutic alliance in aphasia rehabilitation post stroke : A thematic analysis. *Aphasiology*, 32(12), 1397-1417. <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1441365>
- Lawton, M., Haddock, G., Conroy, P., Serrant, L., & Sage, K. (2020). People with aphasia's perspectives of the therapeutic alliance during speech-language intervention : A Q methodological approach. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(1), 59-69. <https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1585949>
- Le Douarin, J. (2023). *Étude de l'empathie et de l'alliance thérapeutique chez les étudiants en second cycle d'orthophonie*. <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=c0f2e450-9fcd-4c2c-9a62-047c9fc757d0>
- Letissier, A. (2018). *Sélectionner un outil de mesure de l'alliance thérapeutique fiable et reproductible chez l'adulte : Méthode de consensus par RAND/UCLA*. Université de Brest -Bretagne Occidentale.
- Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J., & McLearn, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome : A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 506-517. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.002>
- Luborsky, L., Barber, J., Siqueland, L., Johnson, S., NAJAVITS, L., Frank, A., & Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAq-II) : Psychometric Properties. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 5, 260-271. <https://doi.org/10.1037/t07504-000>
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies : Is it true that « everyone has won and all must have prizes »? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.

Nomenclature Générale des Actes en Orthophonie, (2022).

Pinsof, W. M. (1983). Integrative problem-centered therapy : Toward the synthesis of family and individual psychotherapies. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(1), 19-35.

<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01481.x>

Plantade-Gipch, A. (2019). *Une supervision centrée sur l'alliance : Effets sur la réflexivité des psychothérapeutes et sur les représentations des patients de l'alliance*. Paris VIII Vincennes-Saint-Denis.

Plexico, L. W., Manning, W. H., & DiLollo, A. (2010). Client perceptions of effective and ineffective therapeutic alliances during treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 35(4), 333-354. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.07.001>

Rodgers, R.-F., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L., & Chabrol, H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : Apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36(5), 433-438. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.02.005>

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>

Rogers, C. R., Dorfman, E., Gordon, T., & Hobbs, N. (2015). *Client centered therapy : Its current practice, implications and theory* (Reprinted). Robinson.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance : A Relational Treatment Guide*. Guilford Press.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(3), 286-291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>

Saltzman, C., Luctgert, M. J., Roth, C. H., Creaser, J., & Howard, L. (1976). Formation of a therapeutic relationship : Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 546-555. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.44.4.546>

- Shankland, R., Durand, J.-P., Paucsik, M., Kotsou, I., & André, C. (2018). Chapitre 2. L'approche centrée solution. Pour une intervention de psychologie positive optimale. In *Mettre en œuvre un programme de psychologie positive* (p. 26-41). Dunod.
- <https://doi.org/10.3917/dunod.shank.2018.01.0026>
- Sherer, M., Evans, C. C., Leverenz, J., Stouter, J., Irby Jr, J. W., Eun Lee, J., & Yablon, S. A. (2007). Therapeutic alliance in post-acute brain injury rehabilitation : Predictors of strength of alliance and impact of alliance on outcome. *Brain Injury*, 21(7), 663-672.
- <https://doi.org/10.1080/02699050701481589>
- SROAL Formation. (2021, février 15). *Maintenir l'alliance thérapeutique au cours de l'intervention orthophonique*. <https://sroal-formation.fr/2021/10/18/maintenir-lalliance-therapeutique-au-cours-de-lintervention-orthophonique-3/>
- Stiles, W. (1999). Signs and Voices in Psychotherapy. *Psychotherapy Research - PSYCHOTHER RES*, 9, 1-21. <https://doi.org/10.1080/10503309912331332561>
- Sylvestre, A., & Gobeil, S. (2020). The Therapeutic Alliance : A Must for Clinical Practice. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 44, 125-136.
- Thomas, S. E. G., Werner-Wilson, R. J., & Murphy, M. J. (2005). Influence of Therapist and Client Behaviors on Therapy Alliance. *Contemporary Family Therapy*, 27(1), 19-35.
- <https://doi.org/10.1007/s10591-004-1968-z>
- Turner-Stokes, L., Rose, H., Ashford, S., & Singer, B. (2015). Patient engagement and satisfaction with goal planning : Impact on outcome from rehabilitation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 22(5), 210-216. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2015.22.5.210>
- Université Claude Bernard Lyon 1 - Service FOCAL. (2023). *L'offre de formations continues et en alternance à Lyon 1*. FOCAL - Formation continue et alternance à l'Université Claude Bernard Lyon 1. https://focal.univ-lyon1.fr/formations/rechercher-une-formation/loffre-de-formations-continues-et-en-alternance-a-lyon-1?FORM_ID=646#PRESENTATION
- Valot, L., & Lalau, J.-D. (2020). L'alliance thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(8), 761-767. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.09.005>
- Vasconcellos-Bernstein, D. (2013). Instaurer l'alliance thérapeutique. *Le Journal des psychologues*, 310(7), 25-28.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.

VIII. Annexes

Table des annexes

1) Annexe 1 : Liste des groupes du réseau social Facebook sur lesquels le questionnaire a été publié	70
2) Annexe 2 : Message et visuel publiés pour solliciter les orthophonistes à répondre au questionnaire.....	71
3) Annexe 3 : Message d'accueil et de fin du questionnaire	72
4) Annexe 4 : Structure et version complète du questionnaire diffusé.....	73
5) Annexe 5 : Analyse des pratiques avec le patient par année de diplôme (avant et à partir de 2018)	78
6) Annexe 6 : Classement des pratiques avec le patient par année de diplôme (de la plus fréquente à la moins fréquente)	80
7) Annexe 7 : Analyse des pratiques avec le patient par type d'exercice (salariat / activité libérale antérieure ou parallèle)	82
8) Annexe 8 : Classement des pratiques avec le patient par type d'exercice (de la plus fréquente à la moins fréquente)	84

1) Annexe 1 : Liste des groupes du réseau social Facebook sur lesquels le questionnaire a été publié

- Orthophonistes pays de la Loire
- Mémoires en orthophonie
- Orthophonistes des Landes
- Ortho Auvergne
- Orthophonistes de l'Ain
- Orthophonistes Vaucluse 84
- Orthophonistes de Franche-Comté
- Ch'tis...Z'Orthos
- Les orthos en Picardie
- Orthophonistes d'Aquitaine
- Orthophonistes de la Manche
- Mezeg al Lavar / Bigoud'Orthos - Les Orthophonistes de Bretagne
- Orthophonistes du 13
- Orthophonistes du Val d'Oise
- Orthos d'Ardèche
- Orthophonistes de l'Aveyron
- ORTHO-73
- Les orthos de la Drôme

2) Annexe 2 : Message et visuel publiés pour solliciter les orthophonistes à répondre au questionnaire

[Questionnaire Mémoire : Alliance thérapeutique et prises en soin orthophonique de courte durée]

Bonjour,

Étudiante au CFUO de Nantes, j'ai réalisé un questionnaire à destination des **orthophonistes exerçant en structures de soin pour adultes à temps plein ou à temps partiel et effectuant des suivis d'une durée inférieure ou égale à 3 mois**. L'objectif est d'étudier la place et les caractéristiques de l'alliance thérapeutique dans le cadre de prises en soin de courte durée.

Voici le lien du questionnaire : <https://questionnaires.univ-nantes.fr/index.php/137923...>

Merci pour l'intérêt que vous y porterez !

Belle journée à tous !

MÉMOIRE ORTHOPHONIE

Alliance thérapeutique et prise en soin orthophonique de courte durée

**POUR QUI ?**

Les orthophonistes exerçant en **structures de soin pour adultes à temps plein ou temps partiel** et effectuant des suivis d'une **durée inférieure à 3 mois** toutes pathologies confondues.

**COMMENT ?**

Un **questionnaire** d'une durée d'environ 10 minutes disponible en ligne du 14 novembre 2022 au 10 février 2023.



Lien du questionnaire :
<https://questionnaires.univ-nantes.fr/index.php/137923?lang=fr>

**OBJECTIFS**

Établir un état des lieux des **pratiques professionnelles** en lien avec l'alliance thérapeutique et déterminer certains **facteurs** pouvant influencer la mise en place de celle-ci dans le cadre de **prises en soin orthophoniques limitées dans la durée**.

Travail encadré par
Mme Martinage et Mme Baron,
orthophonistes et enseignantes
au CFUO de Nantes



Laura COMBE
étudiante en M2
au CFUO de Nantes
laura.frouin@etu.univ-nantes.fr

N'hésitez pas à diffuser autour de vous aux orthophonistes concernés,
Merci pour votre aide et votre participation à ce projet !

3) **Annexe 3** : Message d'accueil et de fin du questionnaire

- Message d'accueil

Bonjour,

Dans le cadre de mon année de Master 2 d'orthophonie, je réalise mon travail de fin d'études sur le thème de l'alliance thérapeutique dans les prises en soin orthophoniques de courte durée.

Le questionnaire que j'ai construit s'adresse à vous, orthophonistes :

- exerçant en **structures de soins auprès d'un public adulte**.
- effectuant des **suivis orthophoniques limités dans la durée (inférieurs ou équivalents à 3 mois de prise en soin)**.

Ce questionnaire a pour objectif d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles en lien avec l'alliance thérapeutique dans le cadre des prises en soin orthophoniques de courte durée et d'analyser certains facteurs pouvant influencer sa construction.

Vous n'avez besoin d'aucune connaissance particulière pour y répondre, il s'agit de récolter vos expériences, vos pratiques et vos ressentis de professionnel.

Si vous exercez dans plusieurs structures de soin, merci d'en sélectionner une seule pour répondre aux questions posées.

Pour mener à bien ce projet, je suis accompagnée de co-directrices orthophonistes et enseignantes au CFUO de Nantes : Mme Martinage et Mme Baron.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : laura.frouin@etu.univ-nantes.fr

Durée du questionnaire : 10-15 minutes.

Merci pour votre aide précieuse !

Les réponses au questionnaire sont anonymes et confidentielles. Les données brutes et individuelles ne seront pas diffusées, seules les analyses seront communiquées. Les données seront conservées sur le site de LimeSurvey (version Nantes Université) pendant la durée du travail de mémoire.

Vous pouvez choisir de répondre au questionnaire en plusieurs fois, vos réponses sont automatiquement sauvegardées. Vous pouvez à tout moment choisir d'arrêter de répondre aux questions, vos réponses ne seront pas prises en compte dans l'étude.

En participant à ce questionnaire, vous consentez à ce que vos réponses soient utilisées et analysées dans le cadre de ce mémoire.

- Message de fin

Merci à vous pour votre contribution à ce projet ! N'hésitez pas à diffuser ce questionnaire à vos collègues orthophonistes concerné(es) par le sujet.

Si vous souhaitez connaître les résultats de l'enquête, envoyez-moi un mail à l'adresse : laura.frouin@etu.univ-nantes.fr

4) Annexe 4 : Structure et version complète du questionnaire diffusé

1. Profil général de l'orthophoniste

- a. Genre :
- b. Année d'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste :
- c. CFUO :
- d. Région et ville d'exercice actuels :

2. Expérience et formations

- a. Quel est votre type d'exercice ?
 - salariat
 - mixte (salariat et libéral)
- b. Avez-vous **déjà exercé en libéral** auparavant ?*
- c. Pendant **combien de temps** avez-vous exercé en **libéral** ? *
 - moins d'un an
 - entre 2 et 5 ans
 - entre 5 et 10 ans
 - plus de 10 ans
- d. Actuellement, dans quelle(s) structure(s) exercez-vous ?
 - établissement hospitalier
 - clinique privée
 - autre (préciser) :
- e. Au sein de **quel(s) service(s)** intervenez-vous majoritairement ?
 - ORL
 - neurologie
 - cancérologie
 - UNV
 - rééducation/réadaptation fonctionnelle
 - soins de suite
 - USLD
 - CMRR
 - autre (préciser) :
- f. Avez-vous suivi une ou plusieurs des **formations suivantes** ?
 - Approche centrée solution (Caroline HAFFREINGUE)
 - Alliance thérapeutique, utilisation des outils de communication bienveillante en orthophonie (Caroline HAFFREINGUE)
 - Maintenir l'alliance thérapeutique au cours de l'intervention orthophonique (Yolaine LATOUR)
 - De l'éthique clinique à l'alliance thérapeutique : La relation clinique sur un modèle éthique. La communication en santé (Mireille KERLAN)
 - Aucune formation suivie en lien avec l'alliance thérapeutique
 - autre formation en lien avec l'alliance thérapeutique (préciser) :
- g. Suivre l'une de ces formations vous a-t-il conduit à **modifier vos pratiques** en matière d'alliance thérapeutique ? *
 - Oui
 - Non
- h. Pouvez-vous préciser ce que vous avez modifié dans votre pratique suite à cette/ces formation(s) ? *

3. Contexte

- a. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), de manière générale, sur la **durée totale** de la prise en soin, quel est le **nombre de séances moyen** dont bénéficie le patient (avec le même professionnel) ?
- séance unique
 - de 2 à 10 séances
 - de 10 à 20 séances
 - au delà de 20 séances
 - très irrégulier selon les patients
 - autre (préciser) :
- b. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), quelle est la durée moyenne de vos séances (en mn) ?
- c. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), dans quel lieu se passent majoritairement vos séances ?
- Dans la chambre du patient
 - Dans votre bureau au sein de la structure
 - Autre (préciser) :
- d. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), vous effectuez :
- Des bilans uniquement
 - Des bilans et des rééducations
 - Autre (préciser) :
- e. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), de manière générale, la décision d'entamer un suivi orthophonique émane :
- Du patient
 - De l'orthophoniste
 - Du médecin de service
 - Autre (préciser) :
- f. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), les patients sont-ils suivis par plusieurs orthophonistes conjointement ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais

4. Avec l'entourage du patient

- a. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), avez-vous l'occasion de rencontrer le conjoint et/ou les proches du patient ?
- Oui, à mon initiative
 - Oui, à l'initiative du patient et/ou de ses proches
 - Oui, de manière imprévue
 - Non, jamais
- b. Si oui, combien de fois en moyenne rencontrez-vous le conjoint et/ou les proches du patient, sur la durée totale de prise en soin ? *
- Une fois
 - Entre 2 et 5 fois
 - Entre 5 et 10 fois
 - Autre (préciser) :
- c. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), effectuez-vous des séances de rééducation en présence du conjoint ou d'un proche du patient ?
- Oui, toujours
 - Oui, souvent
 - Oui, parfois

- Oui, rarement
 - Non, jamais
- d. Si oui, combien de séances en moyenne effectuez-vous en présence du conjoint et/ou des proches du patient ?
- Une séance
 - Entre 2 et 5 séances
 - Entre 5 et 10 séances
 - Autre (préciser) :
- e. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), la rencontre avec le conjoint et/ou les proches du patient vous semble-t-elle faciliter la mise en place d'une alliance thérapeutique ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais
- f. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

5. Avec le patient

- a. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), comment convenez-vous majoritairement du motif de la ou les rencontre(s) orthophonique(s) ?
- Seul(e) en amont
 - Défini par la structure
 - Evoqué avec le patient
 - Evoqué avec le patient et son conjoint et/ou ses proches
 - autre (préciser) :
- b. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), de manière générale, le patient est-il en capacité de s'investir dans le suivi orthophonique ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais
- c. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois) :

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Avant d'effectuer une activité, vous présentez au patient l'objectif de celle-ci.					
Vous laissez au patient l'occasion de prendre des initiatives ou d'effectuer des propositions pendant une séance.					
Le patient et vous avez des échanges sur sa vie personnelle au cours des séances.					
Selon les réactions du patient, vous modifiez en cours de séance les tâches/objectifs initialement prévus.					
Vous utilisez l'humour durant les séances.					
Vous demandez au patient ses impressions et/ou son ressenti sur les tâches proposées.					
Vous demandez l'accord du patient avant d'effectuer une activité.					
Vous vous référez à un protocole spécifique pour					

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
mener à bien vos prises en soin.					
Vous faites part au patient d'expériences ou d'anecdotes personnelles vous concernant au cours des séances.					
Vous exprimez des commentaires positifs et/ou des compliments à l'égard du patient ou de sa participation.					
Vous cherchez à adopter le point de vue du patient.					
Vous utilisez un/des outils pour évaluer la séance avec le patient (échelle, questionnaire...).					
Vous préparez le contenu de vos séances en amont de celles-ci.					

- d. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), quel est, selon vous, le nombre de séances nécessaire pour mettre en place une alliance thérapeutique ?
- une séance
 - entre 2 et 5 séances
 - entre 5 et 10 séances
 - au delà de 10 séances
- e. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), parmi les propositions ci-dessous, quelles sont, selon vous, les deux qualités essentielles du thérapeute à la mise en place d'une alliance thérapeutique ?
- Fiable
 - Empathique
 - Compétent
 - Chaleureux
 - Patient
 - Flexible
 - Autre (préciser)
- f. Selon vous, l'alliance thérapeutique en orthophonie est :
- Indépendante de la technique
 - Inhérente à la technique
 - Autre (préciser) :

6. Issue thérapie

- a. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), le nombre de séances réalisées vous semble-t-il adapté pour atteindre les objectifs fixés ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais
- b. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), certains de vos bilans/suivis orthophoniques ont-ils été **interrompus** ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais

- c. Le(s) bilan(s)/suivi(s) a/ont été interrompu(s) : *
- à l'initiative du patient
 - à l'initiative de l'orthophoniste
 - décès du patient
 - autre (préciser) ::
- d. Dans le cadre de prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois), de manière générale, considérez-vous l'issue de la thérapie satisfaisante ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais
- e. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

7. Questions ouvertes

- a. Pensez-vous que votre exercice libéral a pu/peut influencer votre pratique en matière d'alliance thérapeutique lors de vos prises en soin orthophoniques brèves (< 3 mois) ?
- b. Pouvez-vous préciser en quoi votre expérience libérale a influencé/influence vos prises en soin dans le cadre de votre exercice en structure ? *
- c. Quels sont, selon vous, les facteurs favorisant la mise en place d'une alliance thérapeutique avec un patient lors d'une prise en soin orthophonique de courte durée (< 3 mois) ?
- d. Quels sont, selon vous, les facteurs pouvant être un frein à la mise en place d'une alliance thérapeutique lors d'une prise en soin orthophonique de courte durée (< 3 mois) ?

*L'apparition de ces questions était conditionnée par la réponse à une autre question.

5) Annexe 5 : Analyse des pratiques avec le patient par année de diplôme (avant et à partir de 2018)

Tâches et activités				
Comportement du thérapeute		Echantillon global	orthophonistes diplômés avant 2018	orthophonistes diplômés à partir de 2018
<i>Avant d'effectuer une activité, vous présentez au patient l'objectif de celle-ci.</i>	réponse majoritaire	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>
	proportion	46.55%	51.35%	38.10%
	fréquence pratique	très fréquente	très fréquente	très fréquente
<i>Vous demandez l'accord du patient avant d'effectuer une activité.</i>	réponse majoritaire	<i>oui, souvent</i>	<i>oui, souvent</i>	<i>oui, souvent</i>
	proportion	36.21%	51.35%	52.38%
	fréquence pratique	fréquente	fréquente	fréquente
<i>Selon les réactions du patient, vous modifiez en cours de séance les tâches/objectifs initialement prévus</i>	réponse majoritaire	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>
	proportion	53.45%	48.65%	61.90%
	fréquence pratique	très fréquente	très fréquente	très fréquente
<i>Vous vous référez à un protocole spécifique pour mener à bien vos prises en soin.</i>	réponse majoritaire	<i>oui, parfois</i>	<i>oui, parfois</i>	<i>oui, parfois</i>
	proportion	41.38%	37.84%	47.62%
	fréquence pratique	modérée	modérée	modérée
<i>Vous préparez le contenu de vos séances en amont de celles-ci</i>	réponse majoritaire	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, parfois</i>
	proportion	31.03%	32.43%	33.33%
	fréquence pratique	très fréquente	très fréquente	modérée
Lien personnel				
<i>Le patient et vous avez des échanges sur sa vie personnelle au cours des séances</i>	réponse majoritaire	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>
	proportion	46.55%	43.24%	53.45%
	fréquence pratique	très fréquente	très fréquente	très fréquente
<i>Vous utilisez l'humour durant les séances</i>	réponse majoritaire	<i>oui, souvent</i>	<i>oui, souvent</i>	<i>oui, souvent</i>
	proportion	46.55%	45.95%	47.62%
	fréquence pratique	fréquente	fréquente	fréquente
<i>Vous faites part au patient d'expériences ou d'anecdotes personnelles vous concernant au cours des séances</i>	réponse majoritaire	<i>Oui, rarement</i>	<i>Oui, rarement</i>	<i>Oui, rarement</i>
	proportion	44,83%	43.24%	47.62%
	fréquence pratique	peu fréquente	peu fréquente	peu fréquente
<i>Vous cherchez à adopter le point de vue du patient</i>	réponse majoritaire	<i>Oui, souvent</i>	<i>Oui, souvent</i>	<i>Oui, souvent</i>
	proportion	50%	43.24%	61.90%
	fréquence pratique	fréquent	fréquent	fréquent

Collaboration du patient				
<i>Vous demandez au patient ses impressions et/ou son ressenti sur les tâches proposées.</i>	réponse majoritaire	<i>Oui, souvent</i>	<i>Oui, souvent</i>	<i>Oui, souvent</i>
	proportion	51.72%	51.35%	52.38%
	fréquence pratique	fréquent	fréquent	fréquent
<i>Vous laissez au patient l'occasion de prendre des initiatives ou d'effectuer des propositions pendant une séance.</i>	réponse majoritaire	<i>Oui, souvent</i>	<i>Oui, parfois</i>	<i>Oui, souvent</i>
	proportion	39.66%	37.84%	66.67%
	fréquence pratique	fréquent	modérée	fréquent
<i>Vous utilisez un/des outils pour évaluer la séance avec le patient (échelle, questionnaire...).</i>	réponse majoritaire	<i>Non jamais</i>	<i>Non jamais</i>	<i>Non jamais</i>
	proportion	46,55%	45.95%	47.62%
	fréquence pratique	nulle	nulle	nulle
<i>Vous exprimez des commentaires positifs et/ou des compliments à l'égard du patient ou de sa participation.</i>	réponse majoritaire	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>
	proportion	60.34%	54.05%	71.43%
	fréquence pratique	très fréquent	très fréquent	très fréquent

6) Annexe 6 : Classement des pratiques avec le patient par année de diplôme (de la plus fréquente à la moins fréquente)

Pratiques très fréquentes		
Échantillon global	Orthophonistes diplômés avant 2018	Orthophonistes diplômés à partir de 2018
Exprimer des commentaires positifs et/ou des compliments (60.34%)	Exprimer des commentaires positifs et/ou des compliments (54.05%)	Exprimer des commentaires positifs et/ou des compliments (71.43%)
Selon les réactions du patient, vous modifiez en cours de séance les tâches/objectifs initialement prévus (53,45%)	Selon les réactions du patient, vous modifiez en cours de séance les tâches/objectifs initialement prévus (48.65%)	Selon les réactions du patient, vous modifiez en cours de séance les tâches/objectifs initialement prévus (61.90%)
Echanges sur la vie personnelle du patient (46,55%)	Echanges sur la vie personnelle du patient (43.24%)	Echanges sur la vie personnelle du patient (53.45%)
Présenter au patient l'objectif de l'activité. (46,55%)	Présenter au patient l'objectif de l'activité. (51.35%)	Présenter au patient l'objectif de l'activité. (38.10%)
Préparer les séances en amont (31,03%)	Préparer les séances en amont (32,43%)	
Pratiques fréquentes		
Demander au patient ses impressions et/ou son ressenti sur les tâches proposées (51.72%)	Demander au patient ses impressions et/ou son ressenti sur les tâches proposées. (51.35%)	Vous laissez au patient l'occasion de prendre des initiatives ou d'effectuer des propositions pendant une séance. (66.67%)
Adopter le point de vue du patient (50%)	Demander l'accord du patient avant d'effectuer une activité (51.35%)	Adopter le point de vue du patient (61.90%)
Utiliser l'humour (46.55%)	Utiliser l'humour (45.95%)	Demander au patient ses impressions et/ou son ressenti sur les tâches proposées (52.38%)
Laisser au patient l'occasion de prendre des initiatives ou d'effectuer des propositions pendant une séance. (39.66%)	Adopter le point de vue du patient (43.24%)	Demander l'accord du patient avant d'effectuer une activité (52.38%)
Demander l'accord du patient avant d'effectuer une activité (36.21%)		Utiliser l'humour (47.62%)

Pratiques modérées		
Se référer à un protocole spécifique pour mener à bien vos prises en soin. (39.66%)	Se référer à un protocole spécifique pour mener à bien vos prises en soin. (37.84%)	Se référer à un protocole spécifique pour mener à bien vos prises en soin. (47.62%)
	Laisser au patient l'occasion de prendre des initiatives ou d'effectuer des propositions pendant une séance. (37.84%)	Préparer le contenu des séances en amont de celles-ci (33.33%)
Pratiques peu fréquentes		
Faire part au patient d'expériences ou d'anecdotes personnelles au cours des séances (44.83%)	Faire part au patient d'expériences ou d'anecdotes personnelles au cours des séances. (43.24%)	Faire part au patient d'expériences ou d'anecdotes personnelles au cours des séances. (47.62%)
Pratiques nulles		
Utiliser un/des outils pour évaluer la séance avec le patient (échelle, questionnaire...). (46.55%)	Utiliser un/des outils pour évaluer la séance avec le patient (échelle, questionnaire...). (45.95%)	Utiliser un/des outils pour évaluer la séance avec le patient (échelle, questionnaire...). (47.62%)

7) **Annexe 7 : Analyse des pratiques avec le patient par type d'exercice (salariat / activité libérale antérieure ou parallèle)**

Tâches et activités				
Comportement du thérapeute		Echantillon global	salariat uniquement	exercice libéral antérieur ou parallèle
<i>Avant d'effectuer une activité, vous présentez au patient l'objectif de celle-ci</i>	réponse majoritaire	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>
	proportion	46.55%	54.55%	41.67%
	fréquence pratique	très fréquente	très fréquente	très fréquente
<i>Vous demandez l'accord du patient avant d'effectuer une activité</i>	réponse majoritaire	<i>oui, souvent</i>	<i>oui, souvent</i>	<i>oui, souvent</i>
	proportion	36.21%	31.82%	38.89%
	fréquence pratique	fréquente	fréquente	Fréquente
<i>Selon les réactions du patient, vous modifiez en cours de séance les tâches/objectifs initialement prévus</i>	réponse majoritaire	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>
	proportion	53.45%	59.09%	50%
	fréquence pratique	très fréquente	très fréquente	très fréquente
<i>Vous vous référez à un protocole spécifique pour mener à bien vos prises en soin</i>	réponse majoritaire	<i>oui, parfois</i>	<i>oui, parfois</i>	<i>oui, souvent</i>
	proportion	41.38%	50.00%	38.89%
	fréquence pratique	modérée	modérée	Fréquente
<i>Vous préparez le contenu de vos séances en amont de celles-ci</i>	réponse majoritaire	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, parfois</i>	<i>oui, toujours</i>
	proportion	31.03%	40.91%	30.56%
	fréquence pratique	très fréquente	modérée	très fréquente
Lien personnel				
<i>Le patient et vous avez des échanges sur sa vie personnelle au cours des séances</i>	réponse majoritaire	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>
	proportion	46.55%	50%	44.44%
	fréquence pratique	très fréquente	très fréquente	très fréquente
<i>Vous utilisez l'humour durant les séances</i>	réponse majoritaire	<i>oui, souvent</i>	<i>oui, souvent</i>	<i>oui, souvent</i>
	proportion	46.55%	50%	44.44%
	fréquence pratique	fréquente	fréquente	fréquente
<i>Vous faites part au patient d'expériences ou d'anecdotes personnelles vous concernant au cours des séances</i>	réponse majoritaire	<i>Oui, rarement</i>	<i>Oui, rarement</i>	<i>Oui, rarement</i>
	proportion	44,83%	45.45%	44.44%
	fréquence pratique	peu fréquente	peu fréquente	peu fréquente
<i>Vous cherchez à adopter le</i>	réponse majoritaire	<i>Oui, souvent</i>	<i>Oui, souvent</i>	<i>Oui, souvent</i>

<i>point de vue du patient</i>	proportion	50%	59.09%	44.44%
	fréquence pratique	fréquente	fréquente	Fréquente
Collaboration du patient				
<i>Vous demandez au patient ses impressions et/ou son ressenti sur les tâches proposées.</i>	réponse majoritaire	<i>Oui, souvent</i>	<i>Oui, souvent</i>	<i>Oui, souvent</i>
	proportion	51,72%	59.09%	47.22%
	fréquence pratique	fréquente	fréquente	Fréquente
<i>Vous laissez au patient l'occasion de prendre des initiatives ou d'effectuer des propositions pendant une séance</i>	réponse majoritaire	<i>Oui, souvent</i>	<i>Oui, souvent</i>	<i>Oui, parfois</i>
	proportion	39.66%	59.09%	33.33%
	fréquence pratique	fréquente	fréquente	modérée
<i>Vous utilisez un/des outils pour évaluer la séance avec le patient (échelle, questionnaire...)</i>	réponse majoritaire	<i>Non jamais</i>	<i>Non, jamais</i>	<i>Non, jamais</i>
	proportion	46,55%	45,45%	47,22%
	fréquence pratique	nulle	nulle	nulle
<i>Vous exprimez des commentaires positifs et/ou des compliments à l'égard du patient ou de sa participation</i>	réponse majoritaire	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>	<i>oui, toujours</i>
	proportion	60.34%	63.34%	58.33%
	fréquence pratique	très fréquente	très fréquente	très fréquente

8) Annexe 8 : Classement des pratiques avec le patient par type d'exercice (de la plus fréquente à la moins fréquente)

Echantillon global	Salariat uniquement	Libéral antérieur ou parallèle
Pratiques très fréquentes		
Exprimer des commentaires positifs et/ou des compliments (60.34%)	Exprimer des commentaires positifs et/ou des compliments (63.34%)	Exprimer des commentaires positifs et/ou des compliments (58.33%)
Modifier en cours de séance les tâches/objectifs initialement prévus (53,45%)	Modifier en cours de séance les tâches/objectifs initialement prévus (59.09%)	Modifier en cours de séance les tâches/objectifs initialement prévus (50%)
Echanges sur la vie personnelle du patient (46,55%)	Présenter au patient l'objectif de l'activité (54.55%)	Echanges sur la vie personnelle du patient (44.44%)
Présenter au patient l'objectif de l'activité. (46,55%)	Echanges sur la vie personnelle du patient (50%)	Présenter au patient l'objectif de l'activité. (41.67%)
Préparer les séances en amont (31,03%)		Préparer les séances en amont (30.56%)
Pratiques fréquentes		
Demander au patient ses impressions et/ou son ressenti sur les tâches proposées (51.72%)	Demander au patient ses impressions et/ou son ressenti sur les tâches proposées (59.09%)	Demander au patient ses impressions et/ou son ressenti sur les tâches proposées (47.22%)
Adopter le point de vue du patient (50%)	Adopter le point de vue du patient (59.09%)	Adopter le point de vue du patient (44.44%)
Utiliser l'humour (46.55%)	Laisser au patient l'occasion de prendre des initiatives ou d'effectuer des propositions pendant une séance (59.09%)	Utiliser l'humour (44.44%)
Laisser au patient l'occasion de prendre des initiatives ou d'effectuer des propositions pendant une séance (39.66%)	Utiliser l'humour (50%)	Se référer à un protocole spécifique pour mener à bien les prises en soin (38.89%)
Demander l'accord du patient avant d'effectuer une activité (36.21%)	Demander l'accord du patient avant d'effectuer une activité (31.82%)	Demander l'accord du patient avant d'effectuer une activité (38.89%)
Pratiques modérées		
Se référer à un protocole spécifique pour les prises en soin (39.66%)	Se référer à un protocole spécifique pour les prises en soin (37.84%)	Préparer le contenu des séances en amont de celles-ci. (33.33%)
	Laisser au patient l'occasion de prendre des initiatives ou d'effectuer des propositions pendant une séance. (37.84%)	

Pratiques peu fréquentes		
Faire part au patient d'expériences ou d'anecdotes personnelles au cours des séances. (44.83%)	Faire part au patient d'expériences ou d'anecdotes personnelles au cours des séances. (43.24%)	Faire part au patient d'expériences ou d'anecdotes personnelles au cours des séances. (47.62%)
Pratiques nulles		
Utiliser un/des outils pour évaluer la séance avec le patient (échelle, questionnaire...). (46.55%)	Utiliser un/des outils pour évaluer la séance avec le patient (échelle, questionnaire...). (45.95%)	

RESUME

La notion d'alliance thérapeutique, transversale à toutes les professions du soin, est peu étudiée dans le domaine de l'orthophonie. Pourtant, les orthophonistes en tant que professionnels du langage et de la communication sont l'une des professions les mieux outillées pour susciter l'adhésion du patient à sa prise en soin. La plupart des travaux relatifs à l'alliance thérapeutique ont cherché à évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique via des échelles normées et validées. Cette enquête par questionnaire se propose d'aborder l'alliance thérapeutique à travers les pratiques de l'orthophoniste. Il s'agit d'un premier état des lieux permettant de questionner et de caractériser les pratiques orthophoniques dans le cadre de suivis limités dans la durée en structure de soin pour patients adultes. Les réponses semblent révéler une volonté des orthophonistes d'investir toutes les dimensions de l'alliance thérapeutique dans ce contexte particulier de suivi. Des variations mineures des pratiques semblent exister selon l'année de diplôme (avant ou à partir de 2018) ou encore le type d'exercice (salariat unique ou pratique libérale antérieure ou parallèle). Il serait désormais intéressant de resserrer le questionnement sur une thématique précise de l'alliance thérapeutique ou sur une pathologie spécifique.

MOTS-CLES

Alliance thérapeutique, courte durée, orthophoniste, pratiques, structures de soin

ABSTRACT

The notion of therapeutic alliance, transversal to all care professions, is little studied in the field of speech therapy. However, speech therapists as language and communication professionals are one of the best equipped professions to encourage patient adherence to their care. Most of the work on the therapeutic alliance has sought to assess the quality of the therapeutic alliance using standardized and validated scales. This survey by questionnaire proposes to approach the therapeutic alliance through the practices of the speech therapist. This is a first inventory allowing to question and characterize speech therapy practices in the context of limited follow-ups in care structures for adult patients. The answers seem to reveal a desire of speech therapists to invest all the dimensions of the therapeutic alliance in this particular context of follow-up. Minor variations in practices seem to exist depending on the year of graduation (before or after 2018) or the type of exercise (single employee or previous or parallel liberal practice). It would now be interesting to narrow the questioning on a specific theme of the therapeutic alliance or on a specific pathology.

KEY WORDS

Therapeutic alliance, speech therapist, short duration, practices, care structures