

# **MEMOIRE**

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

**Leslie BELLEVILLE**

présenté au jury en juin 2020

## **Sentiment d'efficacité des patients et rééducation orthophonique**

MEMOIRE dirigé par

**Loïc GAMOT, Orthophoniste, Département d'Orthophonie, Lille**  
**Pauline LESAGE, Orthophoniste, Département d'Orthophonie, Loos**

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes directeurs de mémoire, Madame Pauline Lesage et Monsieur Loïc Gamot, pour avoir accepté de m'encadrer. Je les remercie pour leur confiance et leurs retours constructifs tout au long de ce travail.

Je remercie les membres de mon jury pour leur intérêt porté à cette étude.

Je remercie les trois orthophonistes qui ont contribué à l'élaboration du questionnaire final en acceptant de participer à la phase de pré-test ainsi que les orthophonistes ayant pris le temps de répondre au questionnaire. Sans eux, cette étude n'aurait pas été possible.

Je remercie mes maîtres de stage qui m'ont accueillie pendant ces cinq années d'études pour le partage de leurs savoirs, leur disponibilité ainsi que pour leur bienveillance.

*Enfin, j'adresse toute ma gratitude à mes proches,*

A mes parents, à ma famille, pour avoir toujours cru en moi et pour m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de mes études,

A mon partenaire de vie, pour sa présence, son soutien, sa patience, ses nombreux kilomètres parcourus et son désir de me voir réussir,

A mes amis originaires du Sud de la France, pour leur soutien, leur bonne humeur mais aussi pour les moments partagés qui m'ont permis de souffler,

A Caroline et à Alice, pour leur amitié, leur soutien inconditionnel, la richesse de nos échanges et pour leurs relectures attentives,

A mes amies lilloises, pour ces cinq années inoubliables, pour ces colocations à temps partiel et pour les moments à venir.

## **Résumé :**

Un faible sentiment d'efficacité personnelle est parfois présent chez les patients. En effet, un trouble peut confronter les individus à des situations d'échec et ainsi les faire douter de leurs capacités à réussir une tâche. De plus, les croyances d'efficacité influencent la motivation et les performances. Néanmoins, les orthophonistes peuvent agir sur le sentiment d'efficacité des patients par le biais de différents leviers. L'objectif de cette recherche est donc d'étudier les connaissances des orthophonistes par rapport à ce concept et les stratégies qu'ils mettent en place avec leurs patients doutant de leurs capacités. Pour ce faire, nous avons réalisé un questionnaire en ligne à destination des orthophonistes, précédé d'une phase de pré-test. Nous avons obtenu 217 réponses. L'analyse des résultats suggère tout d'abord un intérêt marqué des orthophonistes pour le sujet. En dépit d'une méconnaissance générale du concept de sentiment d'efficacité personnelle, les cliniciens semblent identifier assez naturellement la présence de faibles croyances d'efficacité chez leurs patients. De plus, ils cherchent à soutenir le développement du sentiment d'efficacité de leurs patients, notamment au moyen de la mise en situation de réussite et de la persuasion verbale. Cependant, ils n'investissent pas toutes les stratégies proposées dans la littérature. Ce constat pourrait s'expliquer par un manque d'informations des professionnels sur le sentiment d'efficacité personnelle. Enfin, notre étude montre l'intérêt des participants pour la création d'outils d'évaluation et de développement du sentiment d'efficacité dans le cadre des prises en charge orthophoniques.

## **Mots-clés :**

orthophonie, psychologie, sentiment d'efficacité personnelle, pratiques orthophoniques

## **Abstract :**

A low sense of self-efficacy is sometimes present in patients. Indeed, a disorder can confront individuals with situations of failure and then make them doubt about their abilities to succeed in a task. In addition, self-efficacy beliefs influence motivation and performances. Nevertheless, speech therapists can act on patients' sense of self-efficacy through different levers. The aim of this research is to study what speech therapists know about this concept and strategies they implement with their patients who doubt about their abilities. To do so, we have conducted out an online survey for speech therapists, preceded by a pre-test step. We received 217 responses. The analysis of the results suggests first of all, a significant interest of speech therapists in the subject. In spite of a general lack of knowledge on the sense of self-efficacy concept, clinicians seem to identify quite naturally the presence of weak self-efficacy beliefs in their patients. In addition, they seek to support the development of their patients' sense of efficacy, particularly through the use of position of success and verbal persuasion. However, they do not use all strategies suggested in the literature. This observation could be explained by a shortage of information from professionals on the sense of self-efficacy. Finally, our study shows the participants' interest in the creation of tools for sense of self-efficacy evaluation and development within the speech and language therapy treatments scope.

## **Keywords :**

speech therapy, psychology, sense of self-efficacy, speech therapy practices

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Contexte théorique</b> .....	<b>2</b>
1. Le sentiment d'efficacité personnelle (SEP).....	2
1.1. Différencier sentiment d'efficacité personnelle et estime de soi.....	2
1.2. Les sources de construction du sentiment d'efficacité personnelle.....	2
1.2.1. Les expériences actives de maîtrise.....	3
1.2.2. Les expériences vicariantes.....	3
1.2.3. La persuasion verbale.....	4
1.2.4. Les états physiologiques et émotionnels.....	4
2. Interactions entre SEP, motivation et performance.....	4
2.1. La causalité triadique réciproque.....	5
2.2. Sentiment d'efficacité personnelle et motivation.....	5
2.3. Sentiment d'efficacité personnelle, performance et résignation.....	6
3. L'orthophonie et le sentiment d'efficacité personnelle.....	7
3.1. L'effet des troubles d'apprentissage sur le SEP.....	7
3.2. L'orthophoniste et l'identification de faibles croyances d'efficacité.....	8
3.3. Comment développer le SEP ?.....	8
3.3.1. Offrir des expériences de maîtrise et s'appuyer sur l'automodelage.....	9
3.3.2. Associer ces stratégies à la persuasion verbale.....	9
<b>Buts et objectifs</b> .....	<b>10</b>
<b>Méthode</b> .....	<b>10</b>
1. Choix de la méthodologie.....	11
2. Population de l'étude.....	11
3. Elaboration du questionnaire.....	11
4. Procédures.....	12
<b>Résultats</b> .....	<b>13</b>
1. Présentation de l'échantillon.....	13
2. Connaissances des participants.....	13
3. Caractéristiques des patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle.....	15
4. Pratiques des participants.....	16
5. Influence des connaissances sur les pratiques.....	18
6. Intérêt porté au questionnaire et à l'élaboration future de différents outils.....	22
<b>Discussion</b> .....	<b>22</b>
1. Interprétation des résultats.....	22
1.1. Le sentiment d'efficacité personnelle : une terminologie méconnue ?.....	23
1.2. Les patients concernés par un faible sentiment d'efficacité personnelle.....	24
1.3. Quelles sont les stratégies utilisées par les orthophonistes pour pallier les faibles croyances d'efficacité de leurs patients ?.....	25
1.3.1. S'appuient-ils sur les expériences actives de maîtrise ?.....	25
1.3.2. S'appuient-ils sur la persuasion verbale ?.....	26
1.3.3. S'appuient-ils sur les expériences vicariantes ?.....	26
1.3.4. Existe-t-il des changements par rapport à la prise en charge ?.....	26
1.4. Dans quelles mesures les connaissances influencent-elles les pratiques des professionnels ?.....	27
2. Limites de l'étude.....	28
3. Implications pratiques et perspectives.....	29
<b>Conclusion</b> .....	<b>30</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>31</b>
<b>Liste des annexes</b> .....	<b>34</b>
Annexe n°1 : Lettre d'information à destination des participants à la recherche.....	34
Annexe n°2 : Message accompagnant le questionnaire sur les réseaux sociaux.....	34

Annexe n°3 : Questionnaire initial - transcription des enregistrements – phase de pré-test.....	34
Annexe n°4 : Questionnaire final.....	34
Annexe n°5 : Résultats présentés sous forme de graphiques.....	34

# Introduction

Les patients bénéficiant de soins en orthophonie peuvent présenter de faibles croyances d'efficacité personnelle. Le sentiment d'efficacité personnelle, faisant référence aux croyances des personnes concernant leurs capacités à réaliser avec succès une tâche donnée (Bouffard & Vezeau, 2010), se différencie de l'estime de soi. De plus, les croyances de l'individu en ses capacités à réussir contribuent de façon importante à sa motivation et ses performances (Bandura, 2007 ; Galand & Vanlede 2004).

Les patients suivis en orthophonie présentent des troubles qui peuvent avoir des retentissements sur leur quotidien et donc les confronter à l'échec. Selon Bandura (2007), les échecs « minent [la croyance d'efficacité personnelle], surtout s'ils surviennent avant qu'un sentiment d'efficacité n'ait été fermement établi » (p. 125). Les situations vécues peuvent donc influencer les croyances d'efficacité personnelle.

Ces croyances d'efficacité sont construites à partir de quatre sources d'information principales : les « expériences actives de maîtrise », les « expériences vicariantes », la « persuasion verbale » et les « états physiologiques et émotionnels » (Bandura, 2007, p. 124). L'orthophoniste peut jouer un rôle sur plusieurs d'entre elles, en créant notamment des expériences de maîtrise pour les patients et en utilisant la persuasion verbale.

Dans ce sens, nous pouvons objectiver un lien double entre sentiment d'efficacité personnelle des patients et orthophonie. D'une part, l'orthophoniste doit prendre en compte les croyances d'efficacité de ses patients pour avoir une intervention efficace. En effet, comme vu précédemment, une efficacité perçue comme faible dans un domaine peut impacter notamment la motivation et les performances du sujet et donc freiner une prise en soin. D'autre part, l'action de l'orthophoniste peut influencer et contribuer aux croyances d'efficacité des patients. Cette influence peut s'exercer par l'intermédiaire de la persuasion verbale, d'expériences de réussite ou encore par des expériences vicariantes dans le cadre de rééducations de groupe. L'identification de croyances d'efficacité basses est donc une démarche primordiale.

L'objectif de ce mémoire est donc d'étudier les pratiques professionnelles des orthophonistes et leurs connaissances par rapport à cette notion théorique. L'intérêt sous-tendu par cet objectif serait d'offrir des orientations dans la mise en place de stratégies visant à augmenter le sentiment d'efficacité des patients.

Dans une première partie théorique, nous nous attacherons à préciser le concept de sentiment d'efficacité personnelle. Nous décrirons aussi les interactions qui existent entre le sentiment d'efficacité personnelle, la motivation et la performance pour aboutir à la nécessité de la prise en compte de faibles croyances d'efficacité des patients dans la pratique orthophonique. La seconde partie relatara la méthodologie utilisée concernant l'élaboration du questionnaire. Enfin, après avoir exposé les résultats, ces derniers seront discutés dans une dernière partie.

# Contexte théorique

## 1. Le sentiment d'efficacité personnelle (SEP)

Le concept d'auto-efficacité aussi appelé sentiment d'efficacité personnelle s'insère dans la théorie sociocognitive et a été étudié en profondeur par le psychologue contemporain Albert Bandura. Il en a fait l'objet d'un ouvrage intitulé *Self Efficacy : The exercise of control*, publié en 1997 et traduit en français par Jacques Lecomte en 2007.

### 1.1. Différencier sentiment d'efficacité personnelle et estime de soi

Albert Bandura, docteur en psychologie, définit le sentiment d'efficacité personnelle comme « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (2007, p. 12). Lecomte (2004) souligne que l'efficacité personnelle perçue ne s'envisage pas comme une quantité de compétences. En d'autres termes, il s'agit des croyances de l'individu en ses capacités à réaliser une tâche dans une situation donnée et non pas de ses compétences réelles (Bandura, 2007 ; Carré, 2004 ; Lecomte, 2004).

Une distinction importante peut être faite entre le sentiment d'efficacité et l'estime de soi, qui sont deux entités différentes même si ces concepts sont souvent employés, à tort, de façon indistincte (Bandura, 2007). Ainsi, le sentiment d'efficacité personnelle se définit par l'auto-évaluation de ses propres aptitudes alors que l'estime de soi concerne « les évaluations de sa valeur personnelle » (Bandura, 2007, p. 24). Selon Lieury et Fenouillet (2013), l'estime de soi reflète le jugement global que l'on a sur soi alors que le sentiment d'efficacité personnelle est relatif au jugement que l'on porte sur ses compétences pour une activité précise. Dans ce sens, Bandura (2007) rappelle le caractère multidimensionnel des croyances d'efficacité personnelle. Celles-ci diffèrent selon le champ d'activité, le niveau de complexité et le contexte. Par conséquent, un individu peut avoir des croyances d'efficacité très faibles pour une tâche spécifique sans que cela n'affecte son estime de soi et inversement. Néanmoins, des corrélations entre ces deux phénomènes apparaissent lorsque l'individu implique sa valeur personnelle dans l'activité donnée (Bandura, 2007). Enfin, Mone, Baker et Jeffries (1995) ont mené une étude auprès de 215 étudiants de l'Université Western Ontario, au Canada. Avant et après trois examens théoriques, ils ont demandé aux étudiants d'évaluer leur sentiment d'efficacité, leur estime d'eux-mêmes, ainsi que leurs objectifs personnels. Les résultats de cette étude attestent que contrairement à l'estime de soi, l'efficacité personnelle perçue prédit les buts à atteindre et les performances des individus.

### 1.2. Les sources de construction du sentiment d'efficacité personnelle

Selon Bandura (2007), les croyances d'efficacité personnelle s'établissent à partir de quatre sources d'information majeures : les « expériences actives de maîtrise », notamment les succès, les « expériences vicariantes », « la persuasion verbale » et les « états physiologiques et émotionnels » (p. 124). Ainsi, on peut agir sur le sentiment d'efficacité par l'intermédiaire de ces sources. Cependant, l'individu doit être en mesure de traiter cognitivement les informations qui en découlent (Bandura, 2007).

### **1.2.1. Les expériences actives de maîtrise**

Les expériences actives de maîtrise, de succès aussi appelées « maîtrise personnelle » (Lecomte, 2004, p. 62) constituent la source la plus puissante d'information sur l'efficacité (Bandura, 2007). Selon Lecomte, « les succès servent d'indicateurs de capacité » (2004, p. 62). Autrement dit, les succès attestent de la capacité de l'individu à réussir et conduisent ainsi à une forte croyance d'efficacité personnelle. Au contraire, « les échecs la minent, surtout s'ils surviennent avant qu'un sentiment d'efficacité n'ait été fermement établi » (Bandura, 2007, p. 125). Cependant, comme le souligne Carré (2004), le rapport de causalité n'est pas direct. Les croyances d'efficacité personnelle tiennent davantage du traitement cognitif des performances que des performances seules (Bandura, 2007). En effet, de nombreux facteurs interviennent dans l'évaluation de l'efficacité personnelle tels que le contexte, le jugement antérieur des individus sur leurs aptitudes, l'estimation de la difficulté de la tâche, de l'effort à fournir et de l'aide accordée (Bandura, 2007 ; Carré, 2004). Carré (2004) mentionne également l'influence de l'expectation de résultats ainsi que des croyances personnelles. Bandura (2007) soutient que la mémorisation des expériences actives, c'est-à-dire des échecs et des réussites passés, intervient également dans l'interprétation de la performance. Ainsi, la considération de chacun de ces facteurs contribue positivement ou négativement au sentiment d'efficacité personnelle (Carré, 2004).

### **1.2.2. Les expériences vicariantes**

Les expériences vicariantes peuvent également influencer en partie les évaluations d'efficacité (Bandura, 2007). Lecomte (2004) parle alors d'« apprentissage social » (p. 62). Ainsi, l'individu peut aussi recueillir des informations sur sa propre efficacité en observant les expériences de ses pairs. Plus ces derniers sont similaires, notamment par leur statut et leur âge, et plus la source d'information a de crédit sur les croyances d'efficacité (Bandura, 2007). De plus, Bandura (2007) explique que pour beaucoup d'activités quotidiennes, il n'existe pas de score de compétences, ainsi, les individus sont amenés à se comparer aux autres afin d'évaluer leurs propres aptitudes. L'observation de personnes similaires ayant des compétences analogues et qui réussissent leur entreprise accroît les croyances d'efficacité des sujets pour des activités équivalentes, par un processus de persuasion (Bandura, 2007). Cependant, Galand et Vanlede (2004) mentionnent que les informations relevant des performances d'autrui peuvent générer des effets antagonistes. En effet, les déconvenues des pairs peuvent nuire aux perceptions d'efficacité du sujet (Carré, 2004). Dans ce sens, l'étude de Weinberg, Gould et Jackson (1979), précise que les croyances d'efficacité augmentent lorsque l'individu produit une meilleure performance que ses collègues mais elles diminuent quand la performance du sujet est inférieure à celle de ses pairs. Par ailleurs, Bandura (2007) spécifie qu'il existe différents types de modelages, définis comme l'acquisition de compétences par l'intermédiaire de l'observation d'autrui. Il distingue le modelage de coping du modelage d'expertise. Le premier se caractérise par l'observation d'un pair avec des aptitudes fragiles accédant à un succès grâce à sa persévérance. A contrario, dans le modelage d'expertise la personne observée est qualifiée dans le domaine. Le modelage de coping peut augmenter plus fortement les croyances d'efficacité que le modelage d'expertise chez un individu doutant de ses capacités. Cependant, pour les personnes dont les croyances d'efficacité sont déjà fortes, le modelage d'expertise se montre aussi efficace (Bandura, 2007).



### **1.2.3. La persuasion verbale**

La persuasion verbale ou sociale peut également avoir une influence sur le sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2007). Les individus sont sensibles aux jugements émis par leur entourage sur leurs compétences (Cole, Maxwell & Martin, 1997). En outre, la persuasion verbale peut consolider les croyances d'efficacité. Par exemple, les croyances d'efficacité d'un individu éprouvant des difficultés auront plus de chances d'être préservées si une personne lui manifeste la confiance qu'il a en ses capacités (Bandura, 2007). Cependant, Bandura (2007) signale que ce potentiel effet dépend de nombreux facteurs. Ainsi, la personne qui exprime son crédit dans les compétences du sujet doit être une personne de confiance. De plus, les propos de cette tierce personne doivent être réalistes afin que le sujet puisse fournir l'effort nécessaire pour faire l'expérience du succès par la suite. En effet, des persuasions exagérées peuvent amener l'individu à des situations d'échec et donc amplifier ses faibles croyances d'efficacité. Lorsque tous ces facteurs sont réunis, la persuasion verbale peut inciter l'individu à fournir un effort pour atteindre le but fixé malgré les difficultés rencontrées. Par ailleurs, Bandura (2007) nous met en garde en affirmant qu'« il est plus difficile d'insuffler de hautes croyances durables d'efficacité personnelle seulement par des moyens persuasifs que de saper ces croyances » (p. 159). En effet, les critiques dépréciatives, non-spécifiques et associant l'échec à des facteurs internes, ont une incidence négative sur les croyances d'efficacité et sur l'ambition des personnes (Baron, 1988). Comme le confirment Galand et Vanlede (2004), les feed-back émis sur les performances des sujets peuvent donc avoir un impact important sur l'efficacité perçue. En outre, comme vu précédemment et développé plus amplement dans la troisième partie théorique, la modalité et l'orientation des feed-back influent considérablement sur l'évaluation de l'efficacité personnelle (Bandura, 2007; Galand & Vanlede, 2004).

### **1.2.4. Les états physiologiques et émotionnels**

Les états physiologiques et émotionnels peuvent constituer des indicateurs d'efficacité personnelle (Bandura, 2007). En effet, lorsque les personnes estiment leurs capacités dans une situation donnée, elles s'appuient en partie sur les informations provenant de leur état physiologique et émotionnel (Bandura, 2007 ; Lecomte, 2004). Carré (2004) définit l'état physiologique comme l'expression d'une émotion ; à titre d'exemple il cite des « paumes moites », une « gorge sèche », une « accélération du rythme cardiaque », des « tremblements d'excitation » (p. 43). Ces manifestations physiologiques peuvent être interprétées par l'individu comme des signaux présageant d'un succès ou au contraire d'un échec, influençant alors le sentiment d'efficacité personnelle (Carré, 2004). Cependant, Bandura (2007) signale que cette propension à l'analyse des réactions somatiques peut être plus ou moins présente chez les individus. Enfin, le psychologue rappelle que l'influence des états physiologiques et émotionnels d'un individu sur ses croyances d'efficacité n'est effective que si l'individu procède à un traitement cognitif de ces informations.

## **2. Interactions entre SEP, motivation et performance**

Dans cette partie, nous rappellerons brièvement comment opère le fonctionnement humain selon la théorie sociocognitive, puis nous tenterons de décrire l'impact du sentiment d'efficacité personnelle sur la motivation et la performance.

## 2.1. La causalité triadique réciproque

Tout d'abord, selon la théorie sociocognitive de Bandura (1986), une « causalité triadique réciproque » permet d'expliquer le fonctionnement humain. Ainsi, les trois grands types de facteurs suivants : la personne (P), le comportement (C) et l'environnement (E) agissent en interaction et influent les uns sur les autres (voir Figure 1). Bouffard et Vezeau (2010) précisent que la motivation est un produit de cette causalité triadique réciproque comportant ainsi :

- Les facteurs internes à la personne (P) tels que ses pensées, ses émotions, ses intentions, ses croyances d'efficacité, c'est-à-dire « les événements vécus aux plans cognitif, affectif, biologique et leurs perceptions par le sujet » (Carré, 2004).
- L'environnement social de la personne et les déterminants d'un contexte donné (E). Carré (2004), distingue plusieurs types d'environnements (imposé, choisi et construit) et rappelle que les individus peuvent avoir une action sur leurs environnements.
- Les comportements de la personne (C) qui renvoient à ses conduites et ses actions réalisées vers un but.

Ces trois catégories de facteurs sont en interaction constante. Cependant l'influence de chaque pôle varie en fonction du contexte, de l'activité donnée et leur action n'est pas simultanée (Bandura, 2007 ; Bouffard et Vezeau, 2010 ; Carré, 2004). Si l'on étudie ces relations en regard de notre sujet d'étude :

- $P \leftrightarrow C$  (Personne-Comportement) : les croyances d'efficacité (P) ont un impact sur la motivation et les conduites d'engagement de la personne (C) qui elles-mêmes influent sur le sentiment d'efficacité personnelle (P).
- $E \leftrightarrow P$  (Environnement-Personne) : l'action de l'environnement (persuasion verbale, modelage, etc.) (E) a une influence sur les croyances d'efficacité et sur la motivation du sujet (P) et réciproquement, la personne (P) peut modifier son environnement (E).
- $E \leftrightarrow C$  (Environnement-Comportement) : les sollicitations de l'environnement (E) affectent les réactions de l'individu (C). Ces dernières (C) sont elles-mêmes dépendantes des scénarii que l'individu construit (P) afin d'anticiper les conséquences de ses actions.

Ainsi, cette réciprocité causale triadique sous-tend l'établissement de potentiels cercles vertueux ou vicieux (Carré, 2004).

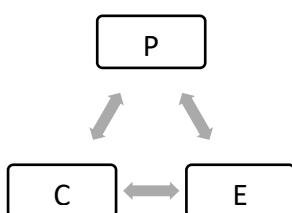


Figure 1 : schéma de la réciprocité causale triadique selon Bandura (2007).

## 2.2. Sentiment d'efficacité personnelle et motivation

Les considérations précédentes attestent de l'importance des croyances d'efficacité de l'individu sur son existence. Comme on a pu le voir, l'efficacité personnelle perçue influence les autres types de facteurs (motivation, conduites d'engagement) (Bandura, 2007). Selon cet auteur, « ces croyances influencent la façon dont les gens ressentent, pensent, se motivent et agissent » (2007, p. 180).

En outre, les croyances de l'individu en ses capacités à réussir contribuent de façon importante à sa motivation et ses performances. En effet, lorsqu'un individu pense qu'il n'est pas efficace dans

une tâche ou que ses actions ne peuvent pas générer les résultats attendus, il aura tendance à ne pas s'engager dans cette activité (Bandura, 2007 ; Galand & Vanlede, 2004). Ainsi, les processus motivationnels dépendent majoritairement de la motivation cognitive. Pour Bandura (2007) les « motivateurs cognitifs » provenant de théories distinctes sont de trois types : les attributions causales (l'attribution rétrospective de causes à des événements vécus), les attentes de résultats (l'anticipation des résultats d'une action) et les buts connus (l'établissement de buts à atteindre). La prévision, décrite comme l'anticipation de potentiels résultats favorables ou non, permet à l'individu de déterminer des buts et de produire des actions vers les résultats souhaités. Par ailleurs, l'individu peut également analyser de façon rétrospective ses succès et échecs antérieurs, ce qui affecte également sa motivation cognitive et donc ses actions. Ainsi, Bandura affirme que « les croyances d'efficacité jouent un rôle central dans la régulation cognitive de la motivation » (2007, p. 188). Enfin, Galand et Vanlede (2004) soulignent que la majorité des théories motivationnelles accorde une place centrale au sentiment d'efficacité personnelle ; ce dernier étant au cœur de nombreuses recherches.

### **2.3. Sentiment d'efficacité personnelle, performance et résignation**

Le sentiment d'efficacité est également relié à la performance de l'individu (Galand et Vanlede, 2004). En effet, les croyances d'efficacité influent sur la motivation, sur la persévérance et également sur la qualité du raisonnement, ce qui participe à la réussite (Bandura, 2007). Une étude récente menée auprès de 31 120 élèves de 6<sup>ème</sup>, à la demande du ministère de l'Education nationale, établit, en outre, que le sentiment d'efficacité des élèves peut prédire les résultats scolaires (Blanchard, Lieury, Le Cam & Rocher, 2013). Galand et Vanlede (2004) précisent que cette corrélation entre sentiment d'efficacité personnelle et performance est valable à n'importe quel âge. Ainsi, les performances résultent, certes, des compétences réelles de l'apprenant mais aussi du jugement qu'il porte sur ses aptitudes. Dans ce sens, Bandura (2007) rappelle que le sentiment d'efficacité personnelle prédit davantage la performance que les compétences de l'individu. A compétences égales, des individus peuvent présenter des performances différentes du fait de croyances d'efficacité plus ou moins fortes (Bandura, 2007 ; Galand et Vanlede, 2004). Dans ce sens, Bandura (2007) affirme que « des doutes insidieux sur soi-même peuvent réduire à néant les meilleures compétences » (p. 59). L'échec peut conduire à une perte de confiance dans ses capacités à réussir une activité favorisant ainsi des performances plus faibles qui elles-mêmes peuvent renforcer les faibles perceptions d'efficacité. Galand et Vanlede (2004) évoquent ici la construction possible d'un cercle vicieux. Fenouillet et Lieury (2013) affirment que la résignation peut provenir de la perte de relation entre les actions de l'individu et les résultats, d'une tâche difficile, ou encore d'une quantité excessive de choses à apprendre. Un manque d'intérêt pour une activité peut également expliquer cette amotivation (Fenouillet, Marro, Meerschman & Roussel, 2009). Par ailleurs, les attributions que font les individus par rapport à leurs succès ou leurs échecs influencent la compétence perçue. Ainsi, dans les situations d'échec, les attributions globales, internes et stables telles que « je suis incapable » amènent à la résignation acquise. Dès lors, l'individu devient passif face aux obstacles et considère que ses actions ne peuvent pas avoir d'incidence sur les résultats. A l'inverse, attribuer un échec à un manque de révision (attribution globale, interne, instable) ou à une faute commise par le correcteur (attribution spécifique, externe, instable) traduit une situation transitoire et dans le second cas protège la compétence perçue de l'individu (Fenouillet & Lieury, 2013).

### **3. L'orthophonie et le sentiment d'efficacité personnelle**

Nous exposerons ici les conséquences que peuvent avoir les troubles d'apprentissage sur le sentiment d'efficacité personnelle. Ainsi, nous rappellerons la nécessité de la prise en compte de faibles croyances d'efficacité en orthophonie. Enfin, nous présenterons certaines stratégies permettant de soutenir et développer le sentiment d'efficacité des patients suivis en orthophonie.

#### **3.1. L'effet des troubles d'apprentissage sur le SEP**

L'étude de Clever, Bear et Juvonen (1992) indique que les enfants présentant des troubles d'apprentissage peuvent avoir des perceptions d'efficacité plus faibles que celles de leurs camarades, concernant le domaine scolaire. Dans ce sens, Lent et Hackett (1987) affirment que le développement des croyances d'efficacité personnelle peut être compromis pour les individus qui ont peu d'expériences actives de maîtrise. L'enquête de Hampton et Mason (2003) permet d'explicitier cette corrélation. Cette étude a été menée aux Etats-Unis, auprès de 278 élèves du secondaire avec ou sans troubles d'apprentissage. Elle avait pour but d'identifier les mécanismes ayant un impact négatif sur les perceptions d'efficacité d'élèves présentant un trouble d'apprentissage. A cette fin, les élèves ont dû remplir deux échelles, l'une s'intéressait aux sources d'auto-efficacité dans le milieu scolaire et l'autre visait à évaluer leur sentiment d'efficacité par rapport aux apprentissages. Après une analyse statistique et une modélisation des données, les auteurs suggèrent que les personnes ayant des troubles des apprentissages ont plus de risques d'avoir des perceptions d'efficacité basses en raison d'un manque d'accès aux sources d'auto-efficacité. Dans ce sens, Galand et Vanlede (2004) indiquent que les expériences de réussites (expériences actives de maîtrise) sont peu nombreuses pour ces élèves. Ces auteurs dénoncent un échec scolaire courant pour ces personnes souffrant de troubles des apprentissages. De plus, ces élèves connaissent souvent des difficultés internes et sociales (Hampton & Mason, 2003). En outre, selon Galand et Vanlede (2004) : « ils bénéficient moins de l'effet de modelage [expériences vicariantes] [...] ; ils reçoivent moins d'encouragements vers le succès [persuasion verbale] ; et ils doivent faire face à un stress plus intense [états physiologiques et émotionnels] » (p. 98). Cela engendre un cercle vicieux qui se définit par des échecs répétés, affectant les croyances d'efficacité dans le domaine scolaire, affaiblissant alors les buts que se fixe l'élève, ses performances futures et sa persévérance (Hampton & Mason, 2003). Une étude récente de Lackaye, Margalit, Ziv et Ziman (2006) menée auprès de 246 collégiens en Israël relève également des croyances d'efficacité scolaire et sociale plus faibles pour les élèves ayant un diagnostic de trouble spécifique des apprentissages comparativement à leurs pairs ne présentant aucun trouble. Ce constat reste avéré en condition d'appariement par niveau scolaire, c'est-à-dire à performances égales. Selon les auteurs, une perte de confiance vis-à-vis de leur capacité à réussir dans le milieu scolaire pourrait être en cause ainsi qu'une limitation d'accès aux sources de construction du sentiment d'efficacité personnelle. Cependant, ils ajoutent que cet affaiblissement de leurs perceptions d'efficacité peut également révéler un passé scolaire douloureux associé à de multiples déconvenues. De plus, cette étude souligne que pour atteindre des notes simplement acceptables, beaucoup de ces enfants ont besoin de produire des efforts et un travail considérables. Un manque d'optimisme, une crainte par rapport aux tâches futures, parfois une angoisse importante voire une tendance à la dépression peuvent également être relevés chez ces enfants, ce qui peut conduire à une baisse de motivation. D'ailleurs même après avoir vécu des expériences de réussite ces élèves sont peu optimistes par rapport à l'avenir. Dans ce sens, Lackaye et al. (2006) expriment leur crainte quant à l'accroissement des exigences scolaires dans le secondaire. Par ailleurs, Battistutta, Commissaire et Steffgen (2018) indiquent que l'âge du

diagnostic joue un rôle sur les performances scolaires ainsi que sur les croyances d'efficacité. En effet, selon cette étude un diagnostic tardif de dyslexie aurait des conséquences défavorables sur l'efficacité perçue des adolescents, contrairement au diagnostic précoce qui est corrélé à des croyances d'efficacité plus fortes et à une meilleure appréhension du trouble.

### **3.2. L'orthophoniste et l'identification de faibles croyances d'efficacité**

Comme on a pu le voir précédemment, les échecs affaiblissent le sentiment d'efficacité personnelle. Dans ce sens, tout patient présentant un trouble, qu'il soit langagier, phonatoire, mnésique, vocal, sensoriel ou tout autre, est susceptible d'avoir de faibles croyances d'efficacité personnelle.

En effet, si l'on s'intéresse par exemple, à la définition des troubles spécifiques des apprentissages du DSM-V, les troubles « interfèrent de façon significative avec la réussite scolaire, le fonctionnement professionnel ou les activités de la vie courante ». Monique Touzin, orthophoniste en unité de rééducation neuropédiatrique, précise, dans une expertise collective des données scientifiques internationales sur la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie (2007), que « l'enfant vivant précocement des échecs se décourage et n'a plus envie de se retrouver dans des situations d'apprentissage vécues comme dangereuses et dévalorisantes » (p. 785). L'effet indirect des troubles sur les croyances d'efficacité des individus s'envisage ainsi aisément. Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé, dans un rapport orienté sur le parcours de soins, rappelle qu'« en l'absence de diagnostic et de prise en charge adaptés, il y a un risque : [...] d'apparition de troubles émotionnels secondaires : faible estime de soi, anxiété, dépression, faible intérêt ou dégoût pour la scolarité, opposition, agressivité réactionnelle » (2017, p. 7).

Ainsi, il semble important de rappeler que l'orthophoniste ne prend pas en charge des troubles, mais bien des patients dans leur globalité. C'est ce que souligne le Bulletin Officiel n°32 du 5 septembre 2013 : « Dans l'exercice de son activité, l'orthophoniste prend en compte les dimensions psychologique, sociale, économique et culturelle de chaque patient à tout âge de sa vie » (Annexe 1 – Certificat de capacité d'orthophoniste – Référentiel d'activité). Lorsque le retentissement des troubles est trop important, générant par exemple une souffrance psychologique, le professionnel doit orienter le patient vers une consultation psychologique ou pédopsychiatrique (HAS, 2017). Par ailleurs, Touzin affirme, qu'après une indication de prise en charge éclairée, « l'orthophoniste se doit de faire dépasser des obstacles à l'enfant, de l'accompagner dans ces apprentissages, sans lui éviter toute confrontation à la difficulté, mais en lui redonnant confiance en ses possibilités » (2007, p. 791). Enfin, selon la Haute Autorité de Santé (2017), un des objectifs de rééducation orthophonique des enfants ayant un trouble spécifique du langage et/ou des apprentissages est de « favoriser le recours aux compétences préservées, et valoriser leur utilisation, en gardant pour objectif la préservation de l'estime de soi et du bien-être de l'enfant » (p. 22). L'orthophoniste est donc amené à considérer les états cognitifs mais aussi psychiques des patients.

### **3.3. Comment développer le SEP ?**

Galand et Vanlede (2004) affirment « qu'il est possible de soutenir le développement des compétences et du sentiment d'efficacité des apprenants, même quand ceux-ci ont un niveau initial de compétence très bas » (p. 91). Ils ajoutent qu'à la différence de l'estime de soi, les croyances d'efficacité sont flexibles et donc plus « accessibles ». (p. 97). Les états physiologiques et

émotionnels, ne relevant pas directement du champ de compétences des orthophonistes, ne seront pas traités dans cette partie.

### **3.3.1. Offrir des expériences de maîtrise et s'appuyer sur l'automodelage**

L'orthophoniste peut agir sur le sentiment d'efficacité personnelle en créant des expériences actives de maîtrise. Comme le rappelle Bandura (2007), ces dernières permettent de générer de fortes croyances d'efficacité qui peuvent être transférées à plusieurs situations par le développement de stratégies cognitives, autorégulatrices et métacognitives.

Tout d'abord, il est souhaitable de décomposer les objectifs en « sous-aptitudes » hiérarchisées (Bandura, 2007, p. 126). L'étude de Bandura et Schunk (1981) menée auprès d'enfants ayant de faibles compétences en mathématiques, indique que comparativement à un but lointain, un but proche et modéré accroît le sentiment d'efficacité ainsi que l'intérêt porté à la tâche et entraîne de meilleures performances. Par ailleurs, un but spécifique génère un meilleur apprentissage et des résultats supérieurs à ceux des enfants ayant reçu un but abstrait. En outre, un but précis permet aux personnes de développer des stratégies vers celui-ci. La corrélation entre but proche et performance nécessite néanmoins que le sujet ait connaissance de ses résultats (Fenouillet & Lieury, 2013). De plus, selon Schunk (1985), impliquer la personne concernée dans l'élaboration des objectifs proximaux occasionne une plus forte motivation. Cependant, une quantité trop importante d'objectifs peut conduire à un déclin de la performance (Fenouillet & Lieury, 2013). Bandura (2007) signale également qu'une tâche trop facile n'entraîne pas d'évaluation de l'efficacité et ne peut donc pas modifier les croyances d'efficacité.

Par ailleurs, les « autoportraits d'efficacité » (Bandura, 2007, p. 134) soit le visionnage de vidéos du sujet en situation de réussite, peut permettre, dès lors, d'attirer l'attention des sujets sur leur performance. La visualisation du chemin permettant d'accéder au succès, c'est-à-dire, l'observation des aptitudes maîtrisées, augmente les croyances d'efficacité et les performances des individus. Cette forme d'automodelage peut être combinée avec l'automodelage cognitif, où la personne s'imagine réaliser avec succès des tâches de plus en plus difficiles (Bandura, 2007).

### **3.3.2. Associer ces stratégies à la persuasion verbale**

Concernant la persuasion sociale ou verbale, Bandura (2007) indique que « pour faire cela efficacement, les mentors visant à persuader autrui doivent savoir bien diagnostiquer les forces et les faiblesses et concevoir les activités afin de transformer les potentialités en réalités » (p. 163).

En effet, comme nous l'avons vu dans la première partie, pour être efficaces, les persuasions verbales doivent être réalistes et émises par une personne de confiance. Ainsi, la crédibilité est plus marquée chez les personnes qui comprennent réellement ce que vit le sujet et qui se représentent avec exactitude les activités qu'il est amené à réaliser. Concernant les propos persuasifs, ils doivent refléter un niveau légèrement au-dessus de ce que le sujet pense pouvoir accomplir (Bandura, 2007).

Par ailleurs, l'étude de McColskey et Leary (1985) précise que suite à un échec, le feed-back autoréférencé, c'est-à-dire centré sur les performances de l'individu, a un impact plus positif qu'un feed-back comparant l'individu à une « norme ». Afin de renforcer le sentiment d'efficacité des apprenants, il convient de leur communiquer des façons d'accroître leurs compétences, leur permettant ainsi d'atteindre le but fixé (Bandura 2007 ; Galand & Vanlede, 2004). Dans ce sens, Galand et Vanlede (2004) ajoutent qu'il est essentiel de pointer les progrès de l'individu et les compétences acquises. L'étude de Jourden (1991) atteste qu'un feed-back centré sur les progrès

renforce le sentiment d'efficacité et améliore les performances contrairement à un feed-back orienté sur les insuffisances (cité par Bandura, 2007).

D'une part, comme le souligne Bandura (2007), la persuasion sociale ne peut pas remplacer l'élaboration des compétences. D'autre part, l'étude de Schunk et Rice (1987) précise que l'enseignement de stratégies cognitives et leur entraînement ne permettent pas, à eux seuls, d'accroître les performances et le sentiment d'efficacité d'individus doutant de leurs capacités. L'effet positif sur ces deux composantes est rendu possible seulement lorsque « la transmission d'aptitudes [est] accompagnée d'une validation sociale de l'efficacité personnelle » (Bandura, 2007, p. 126). Ainsi, il est nécessaire de préciser à l'individu qu'il peut s'appuyer sur ses expériences de succès pour lesquelles il est parvenu à utiliser certaines stratégies (Bandura, 2007 ; Galand & Vanlede, 2004).

Par ailleurs, les personnes qui ont peu confiance en leur efficacité ont tendance à attribuer leurs succès à un effort important plutôt qu'à leurs compétences (Alden, 1987). Annihiler de faibles croyances d'efficacité installées, nécessite donc de fortes expériences de maîtrise, dans des contextes variés ainsi que de puissants feed-back clairement formulés soulignant les aptitudes de la personne (Bandura, 2007). Lorsque les personnes parviennent à construire un fort sentiment d'efficacité personnelle celui-ci a moins de risques d'être affecté par quelques échecs (Bandura, 2007). En effet, « en parvenant de mieux en mieux à prédire et gérer les menaces potentielles, elles développent un solide sentiment d'efficacité qui leur sert à maîtriser de nouveaux challenges » (Bandura, 2007, p. 130).

Enfin, dans le cadre de rééducations de groupe, les orthophonistes pourraient également s'appuyer sur l'influence des expériences vicariantes, notamment le modelage de coping, afin d'augmenter les croyances d'efficacité des patients.

## **Buts et objectifs**

Ce mémoire a pour objectif d'analyser les pratiques orthophoniques actuelles concernant la notion de sentiment d'efficacité personnelle. Ainsi les buts poursuivis sont les suivants :

- Evaluer l'état des connaissances théoriques des orthophonistes concernant le concept de sentiment d'efficacité personnelle.
- Evaluer les stratégies (explicites ou implicites) mises en place par les orthophonistes avec leurs patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle.

Par cette recherche, nous souhaitons également interroger les orthophonistes concernant la création, *a posteriori*, d'un outil permettant d'objectiver, chez les patients, de faibles croyances d'efficacité. Cette enquête pose enfin la question de la nécessité d'informer les orthophonistes sur les stratégies permettant de développer le sentiment d'efficacité des patients.

Dans le cadre de l'exercice orthophonique, le contexte de recherche ne rapportant pas assez de résultats théoriques et expérimentaux par rapport au sentiment d'efficacité des patients, nous n'émettons aucune hypothèse.

## **Méthode**

Dans cette partie, nous allons détailler, la façon dont notre étude a été menée ainsi que la méthodologie employée concernant la réalisation de notre enquête.

## **1. Choix de la méthodologie**

Ce mémoire a donc pour but d'évaluer l'état des connaissances et les représentations des orthophonistes quant à la notion de sentiment d'efficacité des patients et les moyens dont ils disposent pour agir au mieux sur ce sentiment d'efficacité lors des séances.

Afin de recueillir les informations permettant de répondre aux objectifs de l'étude et au problème de représentativité, nous avons choisi de mener une enquête en ligne par questionnaire auto-administré. Par ailleurs, une pré-enquête par entretien n'a pas été retenue dans la mesure où la population de référence était connue (Blanchet & Gotman, 2015) et où le contexte théorique nous a permis d'élaborer l'ensemble des questions. Cependant, afin de s'assurer notamment de la pertinence et de la compréhension des questions, nous avons inclus à notre étude une phase de pré-test. Nous précisons les objectifs et le déroulement de cette phase dans la partie « procédures ».

## **2. Population de l'étude**

Le questionnaire était à destination des orthophonistes exerçant en France métropolitaine ou en France d'outre-mer quel que soit leur mode d'exercice (en libéral, en salariat ou en exercice mixte). Le but étant d'obtenir des résultats les plus représentatifs possibles au niveau national, il n'était pas nécessaire de restreindre la population d'étude. Ainsi, l'échantillon de l'étude a été obtenu en fonction du nombre de répondants au questionnaire. Les profils des participants de l'étude seront détaillés dans la partie « résultats » de ce travail.

## **3. Elaboration du questionnaire**

Après avoir déterminé le cadre de l'enquête (objectifs et population) et dressé la liste des informations à recueillir, nous nous sommes attachés à l'élaboration des questions. Les questions fermées (à choix unique et multiples) ainsi que les échelles de mesure (échelle de Likert et échelle à supports sémantiques) ont été favorisées afin d'éviter un effet de lassitude chez les répondants pouvant constituer un biais dans le recueil de données. Cependant pour ne pas induire les réponses des participants, le questionnaire recense quelques questions ouvertes.

Nous avons effectué les démarches nécessaires auprès du délégué à la protection des données de l'Université de Lille, et avons reçu la déclaration de conformité le 03/12/19 (référence : 2019-127).

Le questionnaire a ensuite été réalisé sur le serveur Lime Survey. Cet outil a l'avantage de permettre l'anonymisation des réponses des participants. Un paramétrage permet de ne pas relever les données relatives aux répondants comme les adresses IP par exemple.

Ce questionnaire électronique auto-administré comportait initialement 35 questions (voir Annexe 3). Ces dernières visaient à recueillir 5 types d'informations :

- Les déterminants professionnels de l'échantillon de la population (3 questions)
- Les connaissances des participants en particulier concernant la notion de sentiment d'efficacité personnelle (6 questions)
- Les pratiques des participants avec leurs patients présentant de faibles croyances d'efficacité (18 questions)
- Les caractéristiques des patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle dans la patientèle des participants (5 questions)
- L'intérêt porté au questionnaire et à l'élaboration future de différents outils (3 questions).



Une introduction présentant le sujet de l'étude précédait le questionnaire. De plus, une note visant à clarifier la notion de sentiment d'efficacité personnelle a été introduite au sein du questionnaire, après avoir interrogé les orthophonistes sur leurs connaissances. En effet, il nous semblait essentiel que cette notion soit claire pour tous les participants afin de ne pas créer de biais dans le recueil des données sur les pratiques.

## 4. Procédures

Après la formalisation du questionnaire sur Lime Survey, nous avons effectué un pré-test. Celui-ci s'est déroulé entre le 29 novembre 2019 et le 2 janvier 2020. La démarche était ici qualitative et a permis de « mettre à l'épreuve le questionnaire par rapport à quelques individus » (Vilatte, 2007). En outre, cette étape consistait à vérifier la compréhension et la clarté des questions posées ainsi que des items de réponses. Elle visait également à valider la forme du questionnaire (mise en page, ordre des questions, modalités de réponse, longueur du questionnaire, etc.) et à repérer les éventuelles omissions ou biais de réponses. A cette fin nous avons sollicité trois orthophonistes pour répondre au questionnaire en leur demandant de nous donner le fruit de leur réflexion sur celui-ci. Ces passations d'une durée moyenne de trente minutes ont été enregistrées à l'aide d'un téléphone portable qui est resté en mode avion jusqu'à la copie du fichier audio sur l'ordinateur. Une partie de ce dernier a été chiffrée afin de conserver, en toute sécurité, l'enregistrement jusqu'à la validation de l'étude. Une fois copié sur l'ordinateur, le fichier a été supprimé du téléphone portable. L'enregistrement a ensuite été retranscrit manuellement et les données ont été anonymisées (voir Annexe 3).

L'étude des réponses et des commentaires faisant suite à ce pré-test a permis d'élaborer une version définitive du questionnaire (voir Annexe 4). Le questionnaire final comportait 36 questions. Les améliorations apportées concernaient majoritairement la quatrième section « les caractéristiques des patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle dans la patientèle des participants ». En outre, pour les questions 29 à 32, dans un but de clarté et d'exhaustivité, nous avons finalement choisi d'utiliser la classification des actes orthophoniques proposée par le Code de la santé publique. De plus, pour éviter un effet de longueur et pour répondre à un problème technique, les questions s'intéressant au type de prise en charge et à l'âge des patients présentant un faible sentiment d'efficacité ont été réduites de moitié. Par ailleurs, afin de cerner sans équivoque la proportion de patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle dans la patientèle des orthophonistes (question 28), nous avons introduit la référence temporelle « en début de prise en charge ». En effet, la précision du cadre temporel permet d'éliminer les ambiguïtés d'interprétations de la question (De Singly, 2016). Enfin, dans la deuxième section qui évalue les connaissances des cliniciens, nous avons introduit une nouvelle proposition permettant d'interroger les orthophonistes quant à l'évolution du sentiment d'efficacité des patients au cours de la rééducation (question 9).

A partir du 16 janvier 2020, le lien vers le questionnaire a été diffusé sur plusieurs groupes sociaux dédiés aux orthophonistes. L'adhésion à ces groupes orthophoniques nécessite l'envoi d'un justificatif professionnel ou d'un certificat de scolarité. De plus, l'accès au questionnaire était conditionné par un mot de passe. Ce dernier était communiqué dans le message accompagnant le lien vers le questionnaire. Ainsi, seuls les orthophonistes pouvaient répondre au questionnaire. Le recueil des réponses s'est déroulé entre le 16 janvier et le 12 février 2020.

Concernant l'analyse des données, nous avons utilisé un tableur Excel généré par la plateforme Lime Survey. Cette base de données nous a permis de calculer des pourcentages et de créer les représentations graphiques appropriées pour chaque question. Par ailleurs, les données provenant des

questions ouvertes ont nécessité un traitement supplémentaire. En effet, avant de pouvoir traiter statistiquement ces données, nous avons dû procéder à une catégorisation des réponses.

## Résultats

Dans cette partie, nous exposerons les résultats les plus pertinents. L'ensemble des résultats figure dans l'Annexe 5. Au total, 217 orthophonistes ont répondu au questionnaire (de façon intégrale ou partielle).

### 1. Présentation de l'échantillon

**Mode d'exercice** ( $N=109$ ) : 84,4% des répondants exercent en cabinet libéral ; 10,1% exercent en salariat ; 5,5% ont un exercice mixte. Néanmoins, en raison d'un problème intrinsèque au logiciel Lime Survey et à l'insertion du mot de passe, cette question est apparue seulement pour 109 participants sur 217.

**Année d'obtention du certificat de capacité** ( $N=217$ ) : 53,5% des orthophonistes interrogés ont été diplômés après 2010 et 46,5% entre 1980 et 2009.

**Lieu de formation initiale** ( $N=217$ ) : 28,1% des répondants ont été formés à Lille et 20,3% en Belgique. Néanmoins, tous les centres de formation sont représentés hormis celui de Rouen.

### 2. Connaissances des participants

**Formation initiale** ( $N=214$ ) : Concernant le domaine de la psychologie, 59,8% des participants sont satisfaits (7,0% très satisfaits et 52,8% plutôt satisfaits) de l'enseignement reçu en formation initiale.

#### **Connaissances relatives à la notion de sentiment d'efficacité personnelle :**

- 89,3% des orthophonistes interrogés déclarent ne jamais avoir eu d'information sur le sentiment d'efficacité personnelle ( $N=214$ ).
- Parmi les 23 répondants qui affirment avoir déjà eu des informations portant sur cette notion, 17 indiquent avoir reçu ces informations en formation initiale ; 8 lors de discussions avec d'autres orthophonistes ; 8 lors de recherches personnelles ; 5 lors de discussions avec d'autres professionnels ; 4 en formation continue et 4 lors d'un autre cursus universitaire (question à choix multiples).
- 58,9% des participants ont répondu « non, pas du tout » ou « non, pas vraiment » à la question « Avez-vous une idée précise de ce qu'est le sentiment d'efficacité personnelle ? » ( $N=214$ ).
- D'après le croisement des données (voir Figure 2) : les orthophonistes ayant eu des informations portant sur le sentiment d'efficacité personnelle sont plus nombreux à avoir une idée précise de ce concept comparativement à ceux qui n'ont eu aucune information.

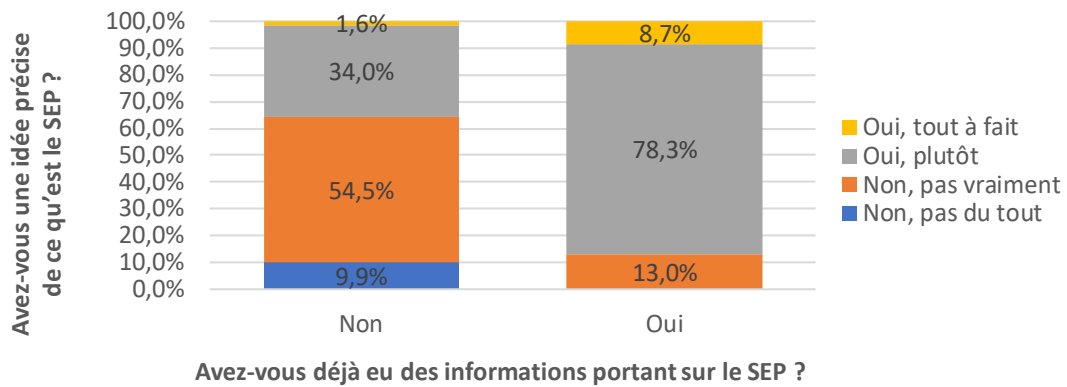


Figure 2. Croisement des réponses aux questions 5 et 7.

Comme l'illustre la Figure 3, plus les répondants sont satisfaits de l'enseignement de psychologie reçu en formation initiale, plus le concept de sentiment d'efficacité personnelle leur paraît clair.

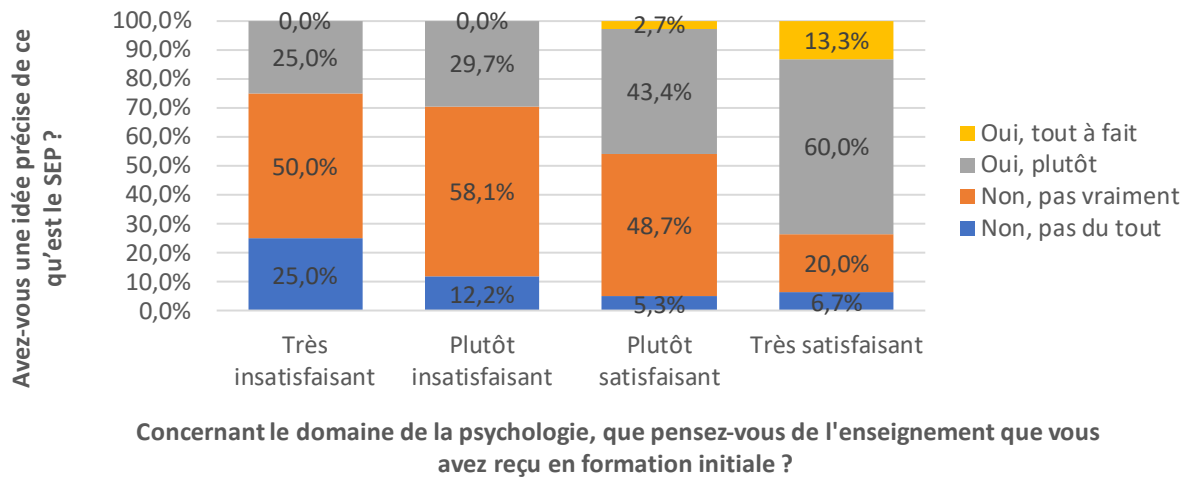


Figure 3. Croisement des réponses aux questions 4 et 7.

Les résultats obtenus au test exact de Fisher (test du  $\chi^2$  non applicable car certains effectifs théoriques sont inférieurs à 5) montrent un lien statistiquement significatif entre ces deux variables ( $p=0.006$ ). Le contentement vis-à-vis de l'enseignement de psychologie reçu en formation initiale a une influence significative sur la clarté de la notion de sentiment d'efficacité personnelle pour les orthophonistes.

- 82,9% des répondants associent le sentiment d'efficacité personnelle aux croyances en ses capacités ( $N=211$ ). Pour environ deux tiers d'entre eux (67,4%) le sentiment d'efficacité personnelle correspond également à d'autres notions notamment à l'estime de soi et aux compétences. Par ailleurs, 52,1% des participants relient le sentiment d'efficacité personnelle à l'estime de soi.
- La grande majorité des orthophonistes sont d'accord avec les propositions suivantes :

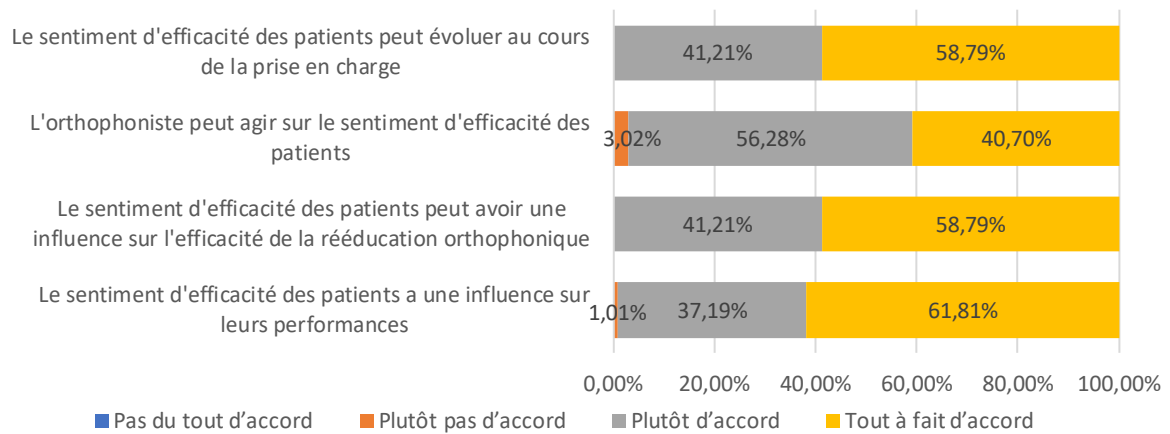


Figure 4. « Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec les propositions suivantes » (N=199).

### 3. Caractéristiques des patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle

**Proportion (N=153)** : Si l'on se réfère à la Figure 5, nous observons qu'un tiers des orthophonistes interrogés estiment avoir entre 51 et 75% de patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle en début de rééducation.

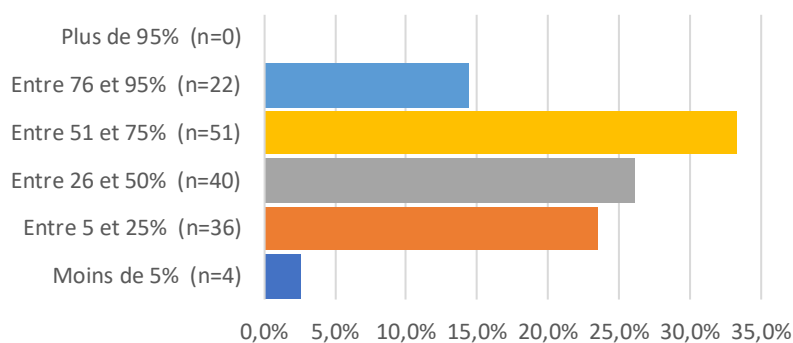


Figure 5. « En début de prise en charge, à combien estimez-vous la proportion de vos patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle ? » (N=153).

**Domaines de rééducation (N=153)** : La majorité des répondants indiquent suivre davantage de patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite (voir Figure 6).

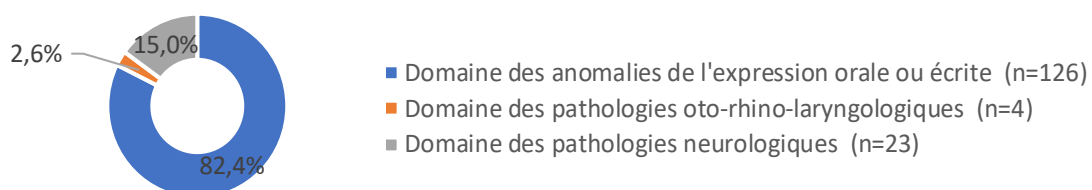


Figure 6. « Dans quel domaine suivez-vous le plus de patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle ? » (N=153).

Les sous-domaines les plus représentés sont les suivants : « rééducation des troubles du langage écrit, dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, et des dyscalculies » ( $n=109$ ), « rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral, dysphasies, bégaiements, quelle qu'en soit l'origine » ( $n=14$ ) pour les anomalies de l'expression orale ou écrite et « le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral » ( $n=14$ ) pour les pathologies neurologiques.

**Âges** ( $N=153$ ) : 53,6% des orthophonistes dénombrent dans leur patientèle davantage de patients avec de faibles croyances d'efficacité chez les moins de 11 ans et 28,8% chez les 11-15 ans.

## 4. Pratiques des participants

**Identification** ( $N=158$ ) : la majorité des orthophonistes indiquent repérer un faible sentiment d'efficacité chez leurs patients à partir des propos dévalorisants qu'ils émettent sur eux-mêmes (commentaires négatifs de type « je suis nul », « je ne vais pas y arriver »). L'ensemble des réponses à cette question ouverte est présenté dans le graphique ci-dessous :

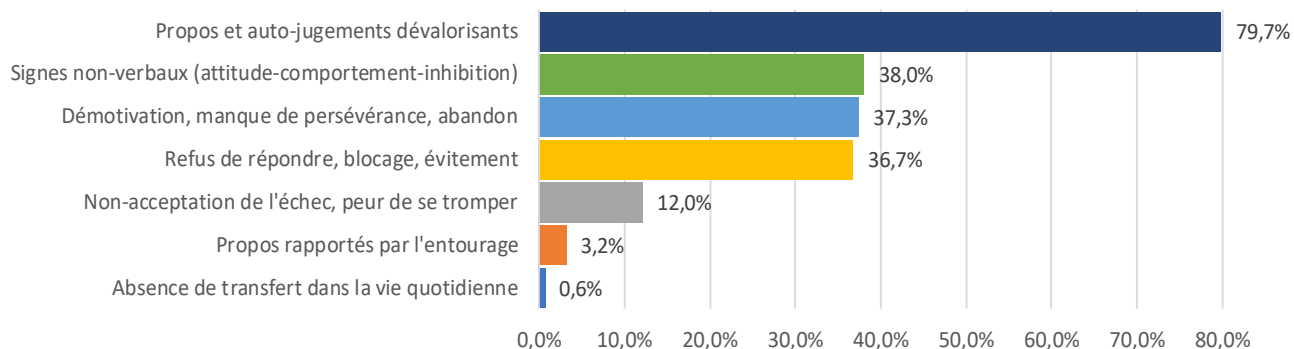


Figure 7. « Qu'est-ce qui vous permet de détecter un faible sentiment d'efficacité chez vos patients ? » ( $N=158$ ).

**Stratégies** ( $N=173$ ) : Deux tiers des orthophonistes déclarent mettre en place des stratégies spécifiques avec leurs patients présentant de faibles croyances d'efficacité. Les résultats concernant les stratégies les plus utilisées (stratégies supérieures ou égales à 10,0%) sont les suivants :

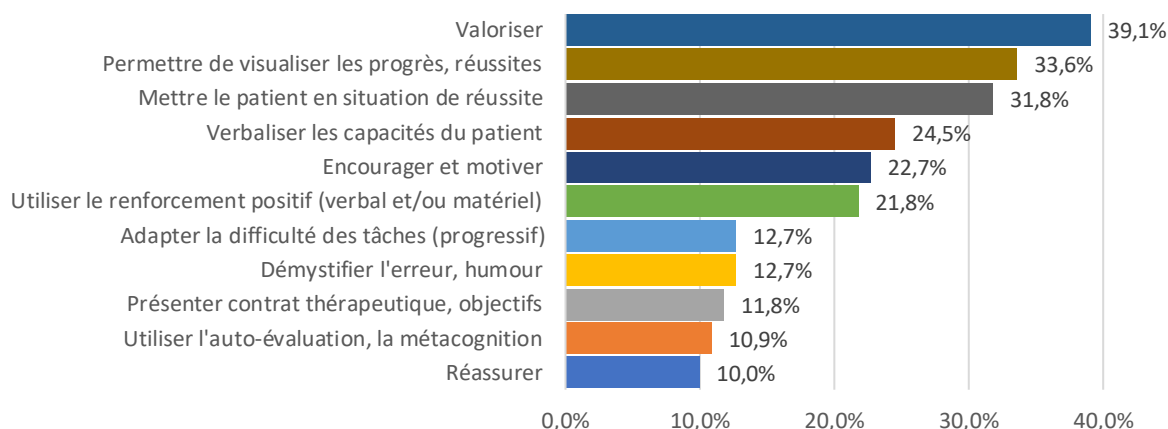
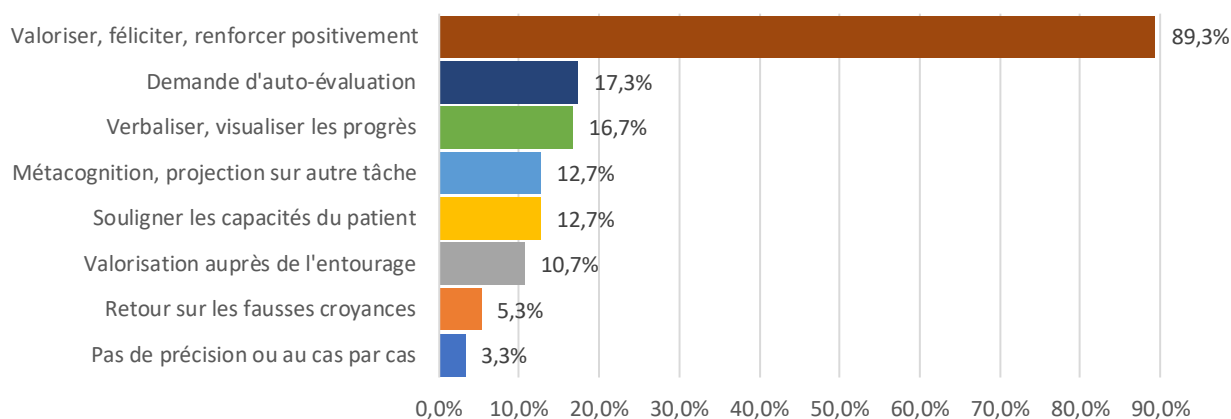


Figure 8. Question ouverte « Si oui, lesquelles ? » en parlant des stratégies utilisées ( $N=110$ ).

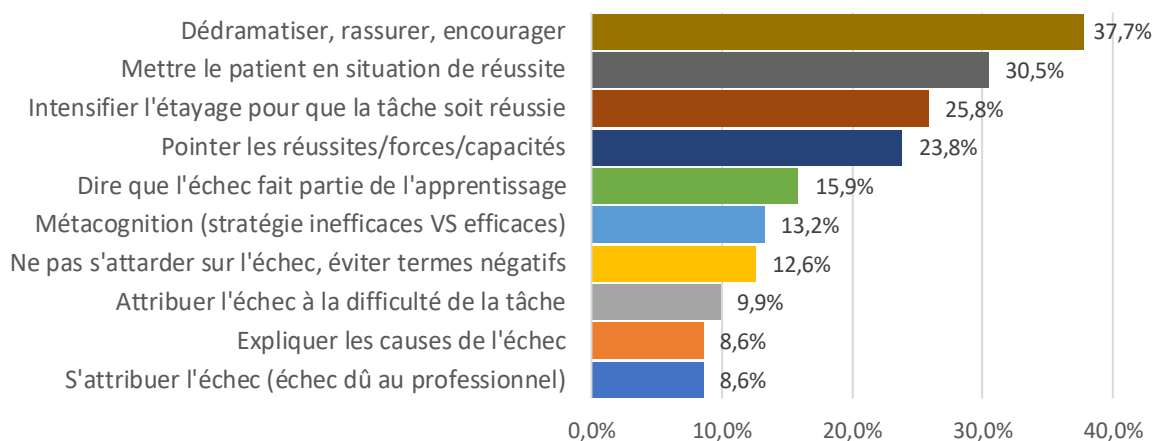
**Tâches** ( $N=158$ ) : 88,6% des répondants affirment adapter davantage le niveau de difficulté de la tâche proposée avec leurs patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle.

**Objectifs** ( $N=158$ ) : Concernant les types d'objectifs, les orthophonistes expriment majoritairement donner des objectifs à court terme (80,3%). Dans leurs réponses, on retrouve également des objectifs à moyen ou long terme (14,4%), une hiérarchisation des objectifs (12,9%) et des buts spécifiques (11,4%).

**Attitudes** ( $N=158$ ) : Les résultats aux questions ouvertes portant sur les conduites des orthophonistes lorsqu'un de leurs patients réussit ou ne réussit pas une tâche sont décrits dans les Figure 9 et 10.



**Figure 9.** « Que faites-vous lorsqu'un patient présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle réussit une tâche ? » ( $N=158$ ).



**Figure 10.** « Que faites-vous lorsqu'un patient présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle ne réussit pas une tâche ? » ( $N=158$ ).

**Outils** ( $N=154$ ) : 55,2% des orthophonistes ont souvent ou systématiquement recours au questionnement métacognitif avec leurs patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle. Les lignes de base sont utilisées à la même fréquence par 28,6% des répondants et l'auto-évaluation par 50,7%.

**Séances filmées** ( $N=154$ ) : Une minorité des orthophonistes (15,6%) déclarent avoir déjà filmé des séances avec ce type de patients. Selon eux, ces enregistrements permettraient notamment d'objectiver la progression ( $n=9$ ), d'analyser les stratégies du patient ( $n=9$ ) ou encore de visualiser

ses réussites et ses compétences ( $n=8$ ). Les 84,4% qui admettent ne jamais recourir à cette technologie affirment pour la majorité ne pas en avoir eu l'idée ou ne pas en voir l'utilité ( $n=54$ ). D'autres répondants expliquent que cela ne fait pas partie de leurs pratiques professionnelles ( $n=26$ ) ou concèdent ne pas se sentir à l'aise avec cet outil ( $n=16$ ). Les difficultés logistiques (aspects contraignant et chronophage) ( $n=12$ ) ainsi que le manque de moyens matériels ( $n=12$ ) sont également mentionnés.

**Séances de groupe** ( $N=154$ ) : De la même façon, seulement 14,9% des personnes interrogées indiquent avoir déjà proposé des séances de groupe à leurs patients ayant de faibles croyances d'efficacité. Pour eux, les séances de groupe favoriseraient le processus de décentration, l'évolution de l'auto-jugement des patients ( $n=15$ ) ainsi que le transfert de stratégies entre pairs ( $n=13$ ). Ces séances permettraient également une certaine émulation influençant ainsi la motivation ( $n=11$ ). Concernant la majorité des répondants (85,1%) qui affirme ne jamais avoir mis en place de séances de groupe, beaucoup invoquent des difficultés logistiques et organisationnelles ( $n=42$ ).

**Prise en charge** ( $N=154$ ) : 63,0% des répondants pensent qu'il n'est pas nécessaire de différer la prise en charge orthophonique avec des patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle. Les arguments les plus fréquents sont les suivants : l'orthophoniste et la prise en charge contribuent à développer le sentiment d'efficacité personnelle ( $n=78$ ) ; si la prise en charge est différée, le sentiment d'efficacité des patients risque de diminuer ( $n=11$ ) ; un suivi psychologique peut être proposé en parallèle sans différer la rééducation orthophonique ( $n=10$ ). Selon 37,0% des orthophonistes, cela s'avère utile principalement lorsque le patient n'est plus actif dans la prise en charge ( $n=31$ ) ou que son sentiment d'efficacité personnelle est trop faible ( $n=22$ ) ou encore quand le suivi psychologique est prioritaire ( $n=22$ ).

**Orientation vers un psychologue** ( $n=154$ ) : 81,2% des orthophonistes interrogés affirment avoir déjà orienté un patient présentant de faibles croyances d'efficacité vers un psychologue.

## 5. Influence des connaissances sur les pratiques

Afin de voir si certaines tendances apparaissaient au sein de notre échantillon nous avons croisé les réponses s'intéressant aux connaissances des orthophonistes avec celles en lien avec leurs pratiques. Ainsi dans cette sous-partie, nous exposerons les croisements de variables qui nous ont semblé être les plus pertinents. Enfin, les liaisons observées au sein de notre échantillon seront ensuite analysées statistiquement avec le test exact de Fisher (le test du  $\chi^2$  étant non applicable).

### Formation initiale :

- Plus les orthophonistes interrogés sont satisfaits de leur enseignement de psychologie (reçu en formation initiale), plus ils mettent en place des stratégies spécifiques avec leurs patients ayant un faible sentiment d'efficacité personnelle (voir Figure 11).

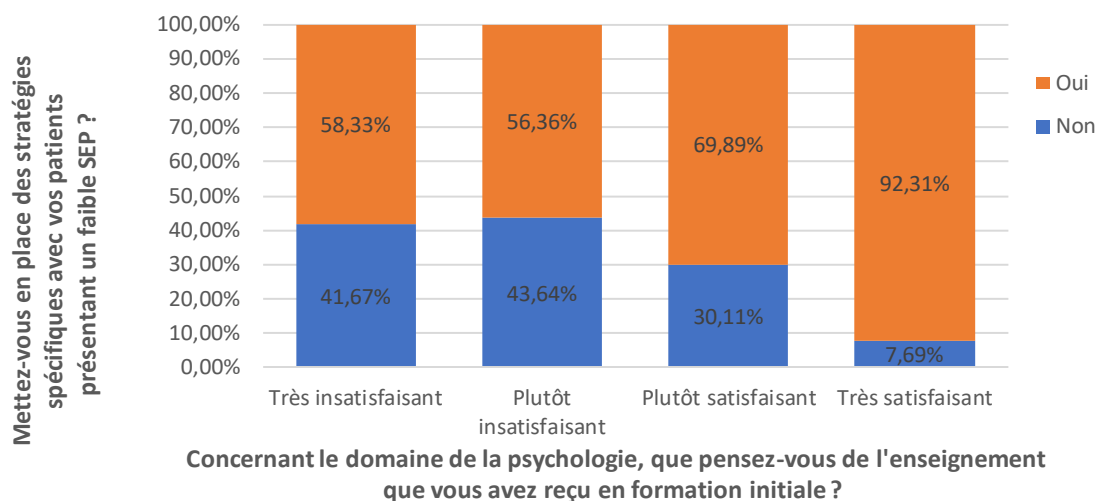


Figure 11. Croisement des réponses aux questions 4 et 11.

Les résultats obtenus au test exact de Fisher ne montrent pas d'association statistiquement significative ( $p=0.058$ ).

- Plus les répondants sont satisfaits de leur enseignement de psychologie (reçu en formation initiale), moins ils pensent qu'il est nécessaire de différer la prise en charge orthophonique avec leurs patients présentant de faibles croyances d'efficacité (voir figure 12).

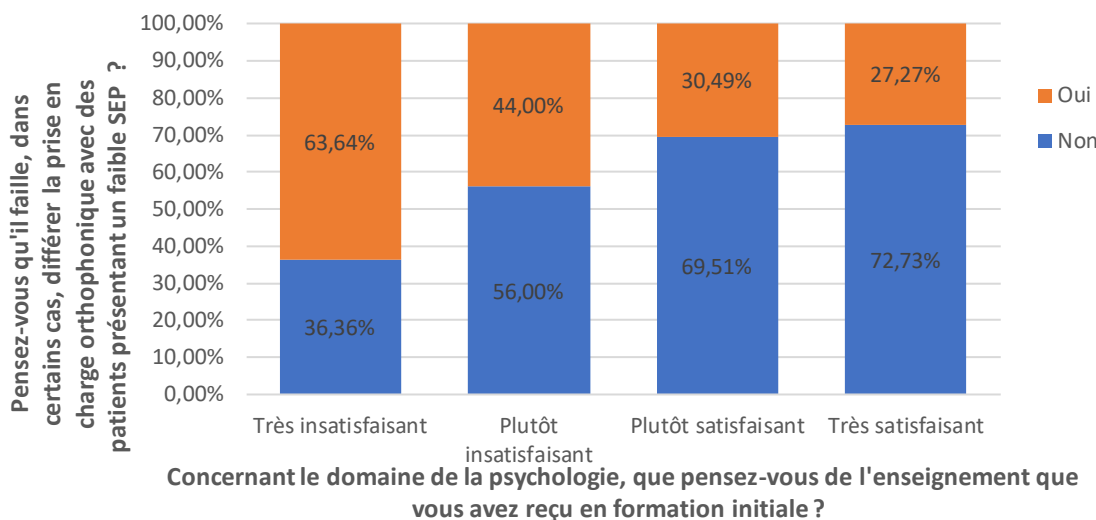


Figure 12. Croisement des réponses aux questions 4 et 24.

Les résultats obtenus au test exact de Fisher ne permettent pas de conclure à une liaison statistiquement significative entre ces deux variables ( $p=0.101$ ).

#### Informations portant sur le sentiment d'efficacité personnelle :

- L'auto-évaluation est utilisée par 75,0% des répondants ayant déclaré avoir eu des informations portant sur le sentiment d'efficacité personnelle. Cet outil est moins employé par les orthophonistes qui indiquent ne pas avoir reçu d'information sur cette notion (47,0%).

Les résultats obtenus au test exact de Fisher montrent un lien statistiquement significatif entre ces deux variables ( $p=0.012$ ). La connaissance du concept de sentiment d'efficacité personnelle a une



influence significative sur l'utilisation de l'auto-évaluation avec des patients doutant de leurs capacités à réussir. Par ailleurs, nous n'observons pas de tendance particulière concernant les deux autres outils (métacognition et lignes de base).

- Ce questionnaire a suscité une réflexion sur les pratiques professionnelles pour 94,0% des répondants ayant affirmé ne pas avoir eu d'information sur le sentiment d'efficacité personnelle. Cette proportion est moindre (70,0%) pour les orthophonistes déclarant avoir déjà eu des informations portant sur cette notion. Plus les orthophonistes ont eu des informations sur le sentiment d'efficacité personnelle, moins le questionnaire entraîne une réflexion sur leurs pratiques.

Les résultats obtenus au test exact de Fisher montrent un lien statistiquement significatif entre ces deux variables ( $p=0.004$ ). Le manque d'informations concernant le sentiment d'efficacité personnelle influence significativement la réflexion des professionnels sur leurs pratiques ; celle-ci étant sous-tendue par le questionnaire.

#### Définition de la notion de sentiment d'efficacité personnelle :

- Plus les orthophonistes ont une idée précise du sentiment d'efficacité personnelle, plus ils mettent en place des stratégies spécifiques avec leurs patients présentant de faibles croyances d'efficacité (voir Figure 13).

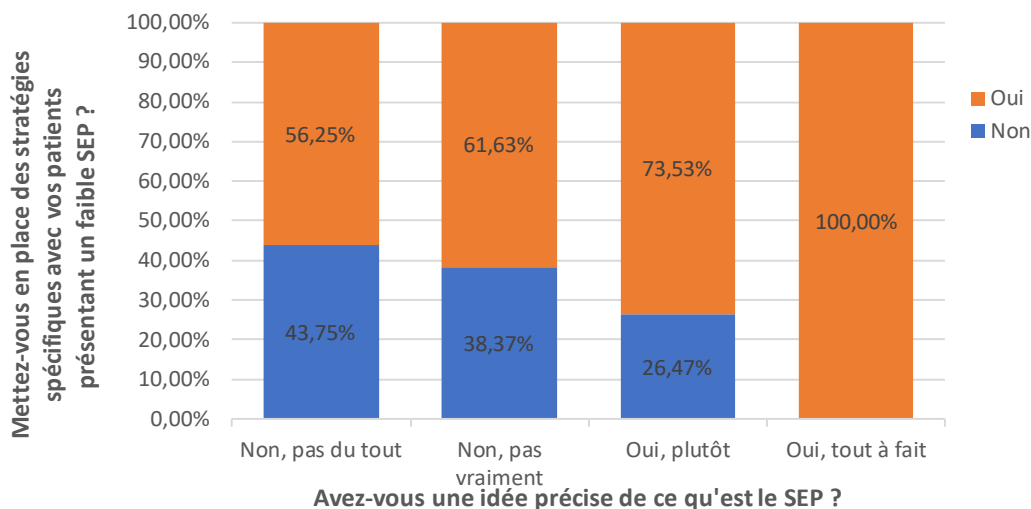


Figure 13. Croisement des réponses aux questions 7 et 11.

Les résultats obtenus au test exact de Fisher ne permettent pas de conclure à une association statistiquement significative ( $p=0.207$ ).

- Plus le concept de sentiment d'efficacité leur paraît clair, plus les orthophonistes proposent des séances de groupe à leurs patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle (voir Figure 14).

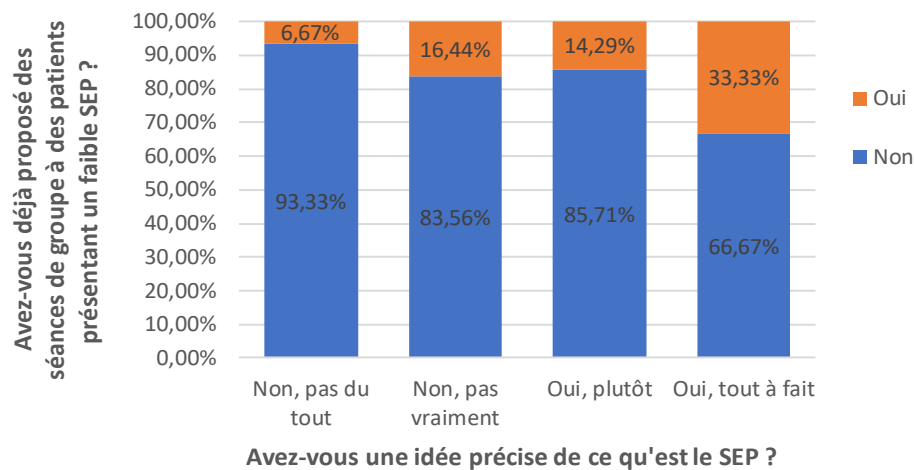


Figure 14. Croisement des réponses aux questions 7 et 21.

Les résultats obtenus au test exact de Fisher ne mettent pas en évidence d'association significative entre ces variables ( $p=0.537$ ).

- Plus les participants ont une idée précise de ce qu'est le sentiment d'efficacité personnelle, plus ils ont tendance à orienter leurs patients présentant de faibles croyances d'efficacité vers un psychologue (voir Figure 15).

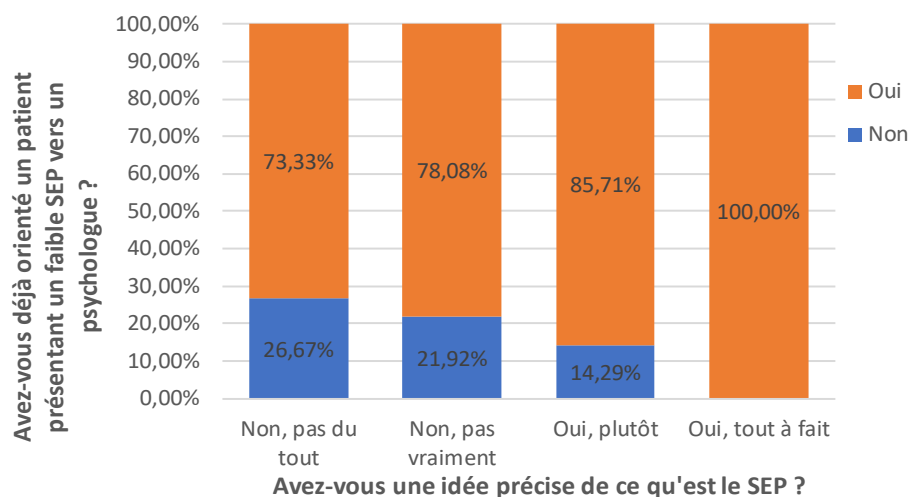


Figure 15. Croisement des réponses aux questions 7 et 27.

Les résultats obtenus au test exact de Fisher ne permettent pas de conclure à une liaison significative ( $p=0.472$ ).

- Plus la notion de sentiment d'efficacité personnelle est connue des participants, moins ce questionnaire suscite une réflexion sur leurs pratiques (voir Figure 16).

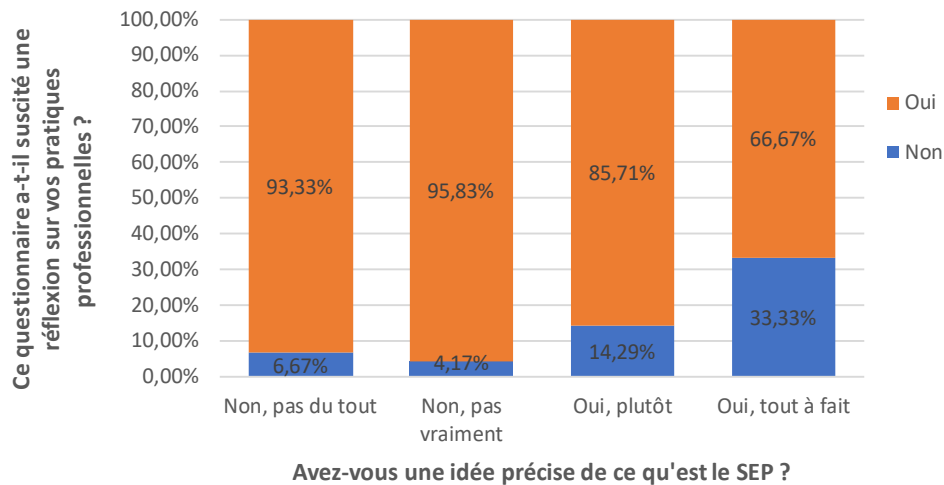


Figure 16. Croisement des réponses aux questions 7 et 34.

Les résultats obtenus au test exact de Fisher ne montrent pas de liaison significative ( $p=0.062$ ).

## 6. Intérêt porté au questionnaire et à l'élaboration future de différents outils

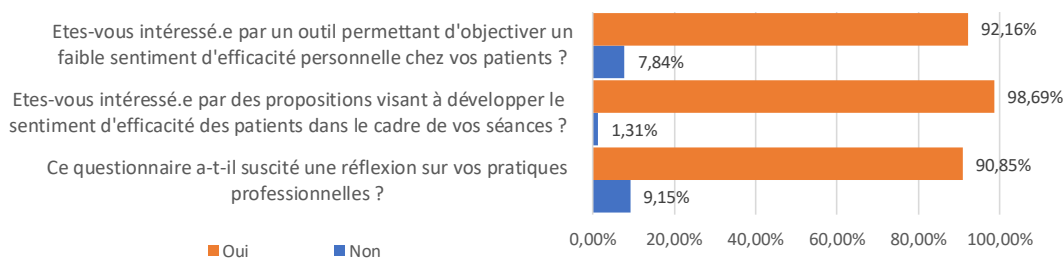


Figure 17. Opinions des répondants (N=153).

## Discussion

Ainsi dans cette partie, les résultats précédemment exposés seront analysés et mis en lien avec les données de la littérature disponibles. Par ailleurs, nous aborderons les limites de l'étude ainsi que ses implications dans la pratique professionnelle.

### 1. Interprétation des résultats

La première visée de ce mémoire a été de définir explicitement le concept de sentiment d'efficacité personnelle afin de souligner l'importance de la prise en compte des faibles croyances d'efficacité des patients dans la pratique orthophonique. Ensuite, l'objectif de notre étude était double : évaluer les connaissances théoriques des orthophonistes concernant la notion de sentiment d'efficacité personnelle ainsi que les stratégies qu'ils mettent en place avec leurs patients présentant de faibles croyances d'efficacité.

Concernant le mode d'exercice, les résultats de notre échantillon concordent avec ceux de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Cette dernière faisait état de 81,1% d'orthophonistes ( $N= 25\ 607$ ) en activité libérale ou mixte, au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

## 1.1. Le sentiment d'efficacité personnelle : une terminologie méconnue ?

**Lorsque nous nous intéressons aux connaissances théoriques des orthophonistes, les résultats obtenus suggèrent une méconnaissance du concept de sentiment d'efficacité personnelle auprès de ces professionnels.** En effet, 89,3% des orthophonistes ont déclaré ne jamais avoir eu d'information relative à ce sujet. Aussi, nous pouvons supposer que cette notion est très peu abordée en formation initiale. Moins de 8% des participants ont mentionné avoir eu des informations à ce propos au cours de leurs études. A l'origine de ce premier constat, nous pouvons formuler l'hypothèse d'une littérature francophone restreinte sur le sujet.

Par ailleurs, le croisement des données révèle plusieurs tendances au sein de notre échantillon. D'une part, et de façon logique, plus les orthophonistes ont reçu des informations portant sur le sentiment d'efficacité personnelle, plus l'idée qu'ils ont de ce concept est précise (voir Figure 2). D'autre part, plus les orthophonistes sont satisfaits de l'enseignement de psychologie reçu en formation initiale, plus la notion de sentiment d'efficacité personnelle leur paraît claire (voir Figure 3). L'analyse statistique effectuée a mis en évidence une liaison significative entre le degré de satisfaction vis-à-vis de l'enseignement de psychologie et l'appréciation des participants quant à leurs capacités à définir le sentiment d'efficacité personnelle. **Ce résultat souligne l'importance de la formation initiale dans la construction des connaissances des professionnels.**

Au total, 41,1% des orthophonistes pensent avoir une idée plus ou moins précise de ce concept. **Cependant, l'analyse du contenu des réponses tend à montrer que cette terminologie reste abstraite pour la plupart des répondants.** La grande majorité des orthophonistes ont indiqué que le sentiment d'efficacité personnelle équivalait aux croyances d'efficacité. Cette réponse est en adéquation avec les données de la littérature. Néanmoins, la majorité des répondants y ajoutent d'autres termes tels que l'estime de soi, les compétences ou la motivation. En outre, un peu plus de la moitié des répondants (52,1%) ont estimé que le sentiment d'efficacité personnelle était aussi égal à l'estime de soi. Cette réponse non-adéquate corrobore l'idée de Bandura (2007), selon laquelle des confusions demeurent entre ces deux termes avec des emplois souvent indifférenciés. Au regard de la littérature, l'estime de soi et le sentiment d'efficacité participent tous deux à la perception de soi (Bong & Skaalvik, 2003). Cet entendement pourrait être à l'origine de cet amalgame. De plus, dans la littérature, l'estime de soi est plus souvent abordée que le sentiment d'efficacité personnelle. Cependant, ces deux notions n'en restent pas moins deux entités distinctes aux répercussions différentes (Bong & Skaalvik, 2003). Gibby-Leversuch, Hartwell et Wright rappellent dans leur revue systématique (2019) que l'estime de soi est globale tandis que le sentiment d'efficacité personnelle est spécifique à une tâche. A ce sujet et comme exposé dans notre contexte théorique, les données de la littérature attestent que les croyances d'efficacité sont flexibles comparativement à l'estime de soi (Galand & Vanlede, 2004). Ce postulat nous amène donc à considérer le rôle de l'orthophoniste dans l'identification de faibles croyances d'efficacité chez leurs patients.

Ainsi nous avons voulu lever le voile sur ces ambiguïtés lexicales en proposant aux répondants une définition du sentiment d'efficacité personnelle. L'insertion de cette définition au sein du questionnaire émanait d'une volonté de s'assurer de la bonne compréhension des termes par les participants afin d'éviter des biais de réponses. Bien que nous nous soyons intéressés aux connaissances terminologiques, à ce stade il nous importait de savoir quelles stratégies les

orthophonistes adoptaient avec leurs patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle.

**Ainsi, malgré une définition initialement biaisée voire erronée du sentiment d'efficacité personnelle, l'analyse de la question 9** : « Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec les propositions suivantes » (voir Figure 4) **montre une adéquation des réponses avec les données de la littérature**. En effet, les répondants reconnaissent à l'unanimité que le sentiment d'efficacité personnelle peut avoir une influence sur les performances des patients, sur la prise en charge orthophonique et que ces croyances peuvent évoluer au cours de celle-ci. De même, ils admettent quasiment tous pouvoir agir sur le sentiment d'efficacité de leurs patients.

**Au regard de ces analyses sur les connaissances des cliniciens, on peut donc supposer qu'une grande majorité des orthophonistes interrogés ne sont pas familiers avec la terminologie. Cependant, lorsqu'on leur précise le sens exact du sentiment d'efficacité personnelle, leurs intuitions cliniques se révèlent être justes et en accord avec la littérature.**

## **1.2. Les patients concernés par un faible sentiment d'efficacité personnelle**

**En ce qui concerne la patientèle des répondants, les résultats montrent que la proportion de patients présentant un faible sentiment d'efficacité est non négligeable voire prédominante en début de prise en charge.** En effet, 47,7% des participants ont estimé que plus de la moitié de leurs patients présentaient un faible sentiment d'efficacité personnelle. Ce constat semble rappeler qu'un trouble peut avoir des conséquences défavorables sur l'efficacité perçue des patients (Galand & Vanlede, 2004 ; Hampton & Mason, 2003 ; Lackaye et al., 2006).

Concernant les domaines de rééducation, 82,4% des répondants ont indiqué que la majorité de leurs patients présentant de faibles croyances d'efficacité étaient suivis pour des troubles de l'expression orale ou écrite. **Dans notre échantillon, le sous-domaine regroupant le plus de patients avec de faibles croyances d'efficacité est celui des « troubles du langage écrit, dyslexie, dysorthographe, dysgraphie et des dyscalculies »** (en référence à l'intitulé des actes du Décret n°2002-721). Ce résultat est concordant avec l'étude de Lackaye et al. (2006) qui révèle que les enfants ayant un diagnostic de trouble spécifique des apprentissages ont des croyances d'efficacité plus faibles que celles de leurs pairs qui ne présentent aucun trouble. Par ailleurs, la sous-représentativité des autres domaines de rééducation pourrait en partie s'expliquer par le fait que la question n'acceptait qu'une seule réponse. Ce point sera détaillé dans la partie s'intéressant aux limites de notre étude.

**Concernant l'âge des patients affectés par un affaiblissement de leurs perceptions d'efficacité, les résultats suggèrent que ce sont les moins de onze ans suivis des moins de seize ans qui sont les plus touchés.** Ces résultats sont de nouveau à nuancer car nous ne connaissons pas la proportion exacte de patients présentant de faibles croyances d'efficacité pour chaque tranche d'âges. Néanmoins, nous pouvons supposer que chez les moins de onze ans, le sentiment d'efficacité est davantage susceptible d'être affecté en raison du peu d'expériences actives de maîtrise comptabilisées. En effet, comme le souligne Bandura (2007), un échec peut affaiblir les croyances d'efficacité et d'autant plus lorsque le sentiment d'efficacité est en cours de développement.

### **1.3. Quelles sont les stratégies utilisées par les orthophonistes pour pallier les faibles croyances d'efficacité de leurs patients ?**

**Lorsque nous nous intéressons aux pratiques des participants, les résultats laissent supposer que les orthophonistes détectent assez aisément de faibles croyances d'efficacité chez leurs patients en se basant sur l'écoute et sur l'observation.** En effet, pour la majorité des répondants, les propos dévalorisants auto-dirigés, les signes non-verbaux comme l'inhibition et le manque de motivation sont les éléments les plus manifestes. Par ailleurs, aucun des répondants ne semble avoir recours aux échelles de mesure du sentiment d'efficacité personnelle présentes dans la littérature.

Concernant le soutien du développement des croyances d'efficacité des patients, plus de la moitié des répondants (66,5%) ont indiqué mettre en place des stratégies spécifiques avec leurs patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle. **Ces résultats suggèrent qu'une majorité des orthophonistes tentent de soutenir explicitement, avec les moyens à leur disposition, le développement du sentiment d'efficacité personnelle de leurs patients.**

#### **1.3.1. S'appuient-ils sur les expériences actives de maîtrise ?**

Intéressons-nous alors aux expériences actives de maîtrise : la source la plus puissante d'information sur l'efficacité selon Bandura (2007). A la question ouverte s'intéressant aux stratégies utilisées, moins d'un tiers des répondants décrivent placer leurs patients en situation de réussite dans le but de renforcer leurs perceptions d'efficacité. Notons tout de même qu'il peut être difficile de décrire spontanément de manière exhaustive les stratégies mises en place. En effet, seulement 10,9% évoquent l'adaptation du niveau de difficulté de la tâche lors de cette question alors que nous recensons 88,6% de « oui » à la question fermée « Adaptez-vous davantage le niveau de difficulté de la tâche proposée avec vos patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle ? ». En ce qui concerne les objectifs, les répondants affirment massivement donner des objectifs à court terme. Ces derniers permettent, en effet, d'accroître l'intérêt porté aux tâches proposées, concourant ainsi à de meilleures performances et au renforcement du sentiment d'efficacité personnelle (Bandura & Schunk, 1981). Néanmoins, nous remarquons que la hiérarchisation des objectifs, les buts spécifiques, les objectifs fonctionnels ainsi que la co-construction des objectifs avec le patient sont beaucoup moins mentionnés par les participants. Rappelons à ce sujet que des buts spécifiques permettent de développer de meilleures stratégies pour atteindre l'objectif. Par ailleurs, la moitié des participants indiquent utiliser souvent ou systématiquement le questionnement métacognitif et les demandes d'auto-évaluation avec leurs patients présentant de faibles croyances d'efficacité. Ces résultats sont encourageants car le développement de stratégies métacognitives permet, selon Bandura (2007), de transférer de fortes croyances d'efficacité à d'autres situations. Dans ce sens, le visionnage de vidéos permettant au patient de s'observer en situation de réussite accroît également son sentiment d'efficacité. Cependant, une minorité des orthophonistes ont indiqué avoir déjà filmé des séances alors que cette forme d'auto-modelage constitue une source importante d'information sur le sentiment d'efficacité personnelle. **En résumé, il semblerait que les orthophonistes s'attachent à faire vivre à leurs patients des situations de réussite afin de renforcer leur sentiment d'efficacité personnelle. Néanmoins, les résultats montrent qu'ils n'utilisent pas l'ensemble des outils disponibles tel que l'enregistrement vidéo, autrement appelé par Bandura (2007) « autoportrait d'efficacité ».**

### 1.3.2. S'appuient-ils sur la persuasion verbale ?

**D'autre part, les résultats suggèrent que les répondants s'appuient également sur la persuasion verbale, autre source de développement du sentiment d'efficacité personnelle.** En effet, selon Bandura (2007), nous pouvons penser que la compréhension que l'orthophoniste a des difficultés de ses patients et la relation établie avec eux lui confèrent un crédit important. Concernant les réponses sur les stratégies utilisées, nous retrouvons majoritairement l'usage de la valorisation mais aussi la présentation visuelle des réussites et des progrès au patient, la verbalisation de ses forces et de ses capacités, les encouragements et le renforcement positif. Ces résultats corroborent l'idée selon laquelle les orthophonistes ont recours à la persuasion verbale pour renforcer le sentiment d'efficacité de leurs patients. **En outre, ces propositions sont en accord avec la littérature qui souligne néanmoins que ces actes de persuasion verbale doivent être réalistes et se situer juste au-dessus de ce que la personne pense pouvoir réussir** (Bandura, 2007). L'analyse des réponses n'apporte pas davantage de précisions à ce sujet. Par ailleurs, les lignes de base, outil permettant entre autres de mesurer et souligner les progrès et les compétences acquises, sont utilisées de manière fréquente ou systématique par moins d'un tiers des répondants seulement. Lorsqu'un patient présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle réussit une tâche, les attitudes prédominantes des professionnels sont celles de la valorisation et du renforcement positif. Les demandes d'auto-évaluation, la verbalisation ou la visualisation des progrès ainsi que l'utilisation de la métacognition sont beaucoup moins représentées. **Ainsi, nous ne pouvons qu'inviter les orthophonistes à s'appuyer davantage sur les expériences réussies des patients pour leur indiquer les stratégies qui ont été efficaces afin de renforcer leur sentiment d'efficacité.**

### 1.3.3. S'appuient-ils sur les expériences vicariantes ?

**Les expériences vicariantes** aussi appelées modelage de coping par Bandura (2007), c'est-à-dire l'observation de personnes similaires réussissant une tâche, **font également partie des sources auxquelles les orthophonistes peuvent recourir dans le but de renforcer le sentiment d'efficacité de leurs patients. Cependant les résultats montrent que la quasi-totalité des répondants n'exploitent pas cette source.** En effet, bien que les séances de groupe permettent aux patients présentant de faibles croyances d'efficacité d'améliorer leurs perceptions d'efficacité, une minorité des orthophonistes (14,9%) seulement ont indiqué y avoir recours. Les justifications des répondants concernent majoritairement des difficultés logistiques et organisationnelles. Cependant quelques répondants évoquent un manque d'homogénéité entre leurs patients. Ce constat nous permet de rappeler que plus les patients sont semblables (âge, difficultés, etc.) plus le modelage de coping a d'influence sur les croyances d'efficacité (Bandura, 2007). Par ailleurs, quelques répondants ont estimé que ces séances de groupe pourraient occasionner des conséquences défavorables. Cette méfiance rejoint les propos de Galand et Vanlede (2004) qui nous mettent en garde par rapport à de possibles effets antagonistes si les pairs échouaient lors de l'activité donnée. **Néanmoins, en gardant à l'esprit qu'il est essentiel de placer les patients en situation de réussite et de constituer des groupes aux compétences homogènes, le modelage de coping semble être un bon moyen pour renforcer le sentiment d'efficacité des patients doutant de leurs capacités.**

### 1.3.4. Existe-t-il des changements par rapport à la prise en charge ?

**Concernant la question portant sur la nécessité ou non de différer la prise en charge orthophonique avec des patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle, les**

**deux points de vue peuvent s'entendre au regard des explications apportées.** En outre, l'analyse des justifications des répondants ayant indiqué que cela n'était pas nécessaire suggère que la prise en charge orthophonique contribue au développement du sentiment d'efficacité personnelle. Ainsi, selon eux, retarder la rééducation aurait des effets délétères et risquerait d'entraîner des difficultés de perception d'efficacité encore plus importantes. Néanmoins, pour 37,0% des répondants, différer la prise en charge devient une nécessité lorsque le patient n'est plus actif dans sa rééducation ou lorsque que son sentiment d'efficacité est trop faible et qu'un suivi psychologique devient prioritaire. **A ce sujet, l'intervention de Witko et Mollat (2009) auprès de quatre adolescents dysphasiques atteste qu'un partenariat entre un orthophoniste et un psychologue peut être pertinent et bénéfique.** En effet, selon les auteures, cette démarche de soin pluridisciplinaire a permis d'aborder conjointement les domaines linguistique, métalinguistique et psychocognitif au sein d'un groupe de patients. Dans une moindre mesure, la majorité des orthophonistes indiquent avoir déjà orienté un patient présentant de faibles croyances d'efficacité vers un psychologue. **Cela suggère que les orthophonistes ont conscience des bienfaits d'un partenariat orthophoniste-psychologue vis-à-vis de la prise en charge d'un patient doutant de ses capacités.**

**En définitive, les résultats concernant les pratiques des professionnels tendent à montrer que les stratégies employées sont en accord avec les données de la littérature. Cependant, les orthophonistes ne semblent pas investir de manière équivalente les différentes sources de construction du sentiment d'efficacité personnelle. D'une manière générale, les résultats obtenus suggèrent que les participants utilisent davantage les expériences actives de maîtrise et la persuasion verbale au détriment des expériences vicariantes.**

Ainsi nous pouvons faire l'hypothèse suivante : un accroissement des connaissances pourrait permettre aux professionnels de contribuer plus efficacement à l'établissement de fortes croyances d'efficacité chez leurs patients.

#### **1.4. Dans quelles mesures les connaissances influencent-elles les pratiques des professionnels ?**

Les connaissances des participants ont-elles une influence sur leurs pratiques avec des patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle ? **Au sein de notre échantillon, le croisement de plusieurs variables tend à montrer une influence de certaines connaissances sur les pratiques des professionnels.** En effet, le degré de satisfaction par rapport à l'enseignement de psychologie, l'obtention d'informations portant sur le sentiment d'efficacité personnelle ainsi que la capacité des répondants à définir cette notion semblent avoir une influence sur leurs pratiques. **Néanmoins, les résultats obtenus aux tests statistiques ne nous permettent pas de conclure sur l'ensemble des liens observés dans notre échantillon. En revanche, d'après ces analyses, deux liaisons sont statistiquement significatives.** D'une part, les orthophonistes ayant obtenu des informations portant sur le sentiment d'efficacité personnelle utiliseraient davantage les demandes d'auto-évaluation avec leurs patients présentant de faibles croyances d'efficacité. D'autre part, notre questionnaire susciterait une réflexion moindre sur les pratiques des répondants lorsque ces derniers ont déjà obtenu des informations au sujet du sentiment d'efficacité personnelle.



## 2. Limites de l'étude

Afin de répondre aux objectifs de notre étude, nous avons donc fait le choix de créer un questionnaire. Dans le but d'en valider la forme ainsi que le contenu, ce questionnaire a été testé auprès de trois orthophonistes avant d'être diffusé à grande échelle (voir Annexe 3). Cependant, nous pouvons malgré tout observer certains biais qui sont à prendre en considération dans l'interprétation de nos résultats.

Concernant le mode de recrutement, nous avons choisi de relayer notre questionnaire informatisé sur plusieurs groupes d'un réseau social afin de recueillir le plus de réponses possibles. Selon Vilatte (2007) et Gerard (2015), la taille de l'échantillon participe à la validité des données recueillies. En outre, la méthodologie de l'enquête par questionnaire nécessite d'avoir un échantillon assez grand (Parizot, 2012). Ces éléments justifient ainsi le choix d'un échantillonnage spontané. Cependant, un tirage au sort aurait permis une meilleure représentativité de l'échantillon et donc des inférences statistiques plus fiables.

Un autre biais quant à notre échantillon est la variabilité du nombre de répondants au sein même du questionnaire. Lors de l'élaboration de celui-ci nous avons à l'esprit que la présence de questions ouvertes pourrait freiner certains participants et ainsi entraîner une diminution de la taille de notre échantillon. Ainsi, nous avons préféré laisser facultatives les questions ouvertes dans le but de s'assurer d'avoir un nombre de répondants suffisant pour le traitement des réponses aux questions fermées. De ce fait, lors des croisements entre deux variables - c'est-à-dire entre deux questions dans le cas de notre étude - nous avons dû écarter les réponses incomplètes. Par ailleurs, l'insertion d'un mot de passe avant la première question a engendré une défaillance au niveau du logiciel Lime Survey. En effet, la première question qui s'intéresse au mode d'exercice des orthophonistes n'est apparue que pour 109 répondants sur 217. Néanmoins, l'ensemble des résultats montre que notre échantillon reste toujours supérieur à 100 (sauf pour les questions dites « filtrées » c'est-à-dire conditionnées par les réponses précédentes) ; condition nécessaire au calcul et à l'expression des données en pourcentages (Parizot, 2012).

Concernant les questions ouvertes, celles-ci permettent de recueillir des propos authentiques sans induire les réponses des participants. Cependant le traitement des réponses requiert un investissement important et introduit une part de subjectivité. En effet, pour pouvoir analyser les réponses nous avons dû procéder à un recodage des données. Le regroupement en catégories permettant les analyses statistiques fait intervenir le jugement de l'enquêteur, dénommé « effet enquêteur » (Parizot, 2012). Néanmoins, ayant connaissance de cet effet, nous nous sommes attachés à reproduire le plus fidèlement possible les propos des répondants. Ainsi, cette exigence nous a conduits à générer des noms de catégories parfois longs.

Quant à la forme du questionnaire, les biais relevés sont peu nombreux en raison du recours à une phase de pré-test. Néanmoins, un des répondants, ayant répondu par le biais de son téléphone portable, a exprimé ne pas avoir pu se référer aux définitions accessibles par le passage de la souris sur un symbole. Nous pouvons supposer, malgré tout, que ce problème technique reste mineur pour plusieurs raisons. Tout d'abord, un seul répondant a indiqué avoir rencontré ce problème. D'autre part, il nous semble que le recours à un ordinateur est plus confortable et donc plus fréquent. Enfin, si le répondant concerné a mémorisé la définition du sentiment d'efficacité personnelle lors de sa présentation initiale, les répercussions de cette privation ont affecté seulement la question 17.

Pour finir, il aurait été opportun d'ajouter une question portant sur la proportion de patients présentant de faibles croyances d'efficacité en fin de prise en charge. Ainsi, nous aurions pu examiner

l'évolution du sentiment d'efficacité personnelle sur le terrain. Néanmoins, à notre connaissance, aucune étude n'a mesuré l'évolution de ce sentiment au cours d'une prise en charge orthophonique. Enfin, comparativement à la phase de pré-test, le questionnaire définitif n'autorisait de cocher qu'une seule réponse pour les questions portant sur l'âge et le domaine de rééducation des patients ayant un faible sentiment d'efficacité personnelle. Cependant, dans un souci d'exhaustivité et de représentativité, il aurait été intéressant de connaître la proportion de patients pour chaque tranche d'âges et pour chaque domaine. En effet, cette précision nous aurait permis d'observer la distribution des données.

### **3. Implications pratiques et perspectives**

Cette étude nous a permis de faire un état des lieux des connaissances théoriques et des pratiques des orthophonistes quant au sentiment d'efficacité de leurs patients. Tout au long de ce travail, nous nous sommes confrontés à cette difficulté : une terminologie peu répandue malgré une réalité de terrain qui fait état de nombreux patients présentant un faible sentiment d'efficacité personnelle. La phrase suivante, souvent entendue lors de cette étude, permet d'illustrer ce paradoxe : « Je n'ai jamais entendu parler de ce sentiment même si je vois très bien ce que c'est auprès de mes patients ». En effet, comme certains professionnels ont pu l'exprimer dans les remarques libres ou lors des entretiens en pré-test, ces difficultés de perception d'efficacité chez les patients sont au cœur de notre pratique. Afin d'avoir une action efficace, il revient à l'orthophoniste d'accueillir le patient dans sa globalité et de viser le développement de son sentiment d'efficacité personnelle dans le domaine pour lequel il rencontre des difficultés.

Par ailleurs, l'intérêt des répondants pour ce sujet souligne à la fois l'implication des professionnels dans la construction du sentiment d'efficacité de leurs patients mais aussi le manque d'informations à ce sujet. Dans ce sens nous pensons avoir contribué, par le biais de notre contexte théorique, à la sensibilisation et à l'information des orthophonistes quant à la notion de sentiment d'efficacité personnelle. De plus, notre questionnaire a permis à 90,9% des répondants d'engager une réflexion sur leurs pratiques professionnelles. Par ailleurs, nous nous sommes attachés, dans cet écrit, à offrir des pistes d'actions aux professionnels.

Enfin, plusieurs perspectives d'études faisant suite à ce travail, peuvent être envisagées. En effet, une grande majorité des répondants ont indiqué être intéressés par un outil visant à objectiver un faible sentiment d'efficacité personnelle chez leurs patients. L'élaboration de cet outil pourrait s'appuyer sur les échelles de mesure du sentiment d'efficacité personnelle existantes. Néanmoins, ces échelles devront être adaptées à la pratique orthophonique. Cet outil aurait ainsi pour but d'aider les professionnels dans leur action rééducative mais il pourrait aussi permettre d'appuyer une demande d'orientation vers un psychologue si nécessaire. Enfin la quasi-totalité des répondants (98,7%) souhaiteraient obtenir des propositions afin de contribuer plus efficacement au développement du sentiment d'efficacité de leurs patients dans le cadre des séances d'orthophonie. La dernière partie de notre contexte théorique intitulée « Comment développer le SEP ? » s'appuie sur les sources de construction du sentiment d'efficacité personnelle et offre aux professionnels des premiers éléments de réponses. Toutefois, il serait intéressant d'approfondir ces propositions et de les formaliser sur un support à destination de tous les orthophonistes. Dans une perspective pluridisciplinaire, nous pourrions envisager l'élaboration de ces deux outils en partenariat avec un ou plusieurs psychologues.

## Conclusion

L'objectif de ce travail était d'étudier les connaissances des orthophonistes concernant la notion de sentiment d'efficacité personnelle ainsi que les stratégies qu'ils mettent en place avec leurs patients présentant un faible sentiment d'efficacité. Nous souhaitons également évaluer leur intérêt et leurs besoins en matière d'informations et d'outils.

Par le biais de notre contexte théorique, nous nous sommes appliqués à définir cette notion afin de pouvoir ensuite envisager le rôle de l'orthophoniste dans l'identification de faibles croyances d'efficacité chez leurs patients. Une fois ce lien établi, en nous appuyant sur les sources de construction du sentiment d'efficacité personnelle, nous avons pu proposer certaines perspectives d'actions aux orthophonistes avec leurs patients doutant de leurs capacités à réussir.

Afin de répondre à la visée de notre recherche nous avons donc élaboré un questionnaire informatisé s'appuyant sur les données de la littérature. Pour en valider la forme et le contenu, une phase de pré-test auprès de trois orthophonistes a précédé la version finale du questionnaire et sa diffusion à grande échelle.

L'analyse des réponses a tout d'abord montré un intérêt marqué des participants pour le sujet. D'un point de vue terminologique, nous retrouvons une méconnaissance générale du concept de sentiment d'efficacité personnelle. En revanche, une fois ce concept défini, nous avons pu constater que par le biais de leurs observations cliniques, les orthophonistes semblent parvenir assez naturellement à objectiver la présence de faibles croyances d'efficacité chez leurs patients. Par ailleurs, les résultats de notre enquête montrent que la proportion de patients présentant un faible sentiment d'efficacité en début de prise en charge est non négligeable. Dans ce sens, les cliniciens semblent spontanément avoir recours à certains leviers afin de pallier les difficultés de perception d'efficacité rencontrées par leurs patients. Néanmoins, l'exploitation des différentes sources de développement du sentiment d'efficacité personnelle est partielle. En effet, les orthophonistes interrogés s'appuient davantage sur les expériences actives de maîtrise et sur la persuasion verbale au détriment des expériences vicariantes. Cette observation souligne un manque d'informations certain des professionnels concernant cette notion. De plus, bien que nos résultats comportent des limites, les connaissances des orthophonistes sur le sujet semblent influencer leurs pratiques. En conclusion, il nous semble qu'une sensibilisation des orthophonistes par rapport aux sources de construction du sentiment d'efficacité personnelle pourrait leur permettre d'avoir une action plus efficace auprès de leurs patients doutant de leurs capacités.

Beaucoup d'études à propos du sentiment d'efficacité personnelle se sont intéressées au domaine scolaire. En revanche, très peu ont fait le lien avec la pratique orthophonique. Néanmoins, en raison de leurs difficultés ou de leurs troubles, de nombreux patients suivis en orthophonie, ont été confrontés à des situations d'échec qui ont pu affaiblir leur sentiment d'efficacité personnelle.

En ce sens, les orthophonistes ayant répondu au questionnaire, nous ont fait part de leur souhait d'obtenir deux outils. Le premier viserait à objectiver la présence d'un faible sentiment d'efficacité chez les patients. Le second offrirait des orientations aux professionnels afin de contribuer à l'établissement de fortes croyances d'efficacité chez leurs patients dans le cadre des séances d'orthophonie.

## Bibliographie

- Alden, L. (1987). Attributional responses of anxious individuals to different patterns of social feedback: Nothing succeeds like improvement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 100-106. doi: 10.1037/0022-3514.52.1.100
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Englewood Cliffs NJ: Prentice- Hall.
- Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle* (2e éd. ; traduit par J. Lecomte). Bruxelles : De Boeck.
- Bandura, A. & Schunk, D. H. (1981). Cultivating competence, self-efficacy and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586-598. doi: 10.1037/0022-3514.41.3.586
- Baron, R. A. (1988). Negative effects of destructive criticism : Impact on conflict, self-efficacy, and task performance. *Journal of Applied Psychology*, 73, 199-207. doi: 10.1037/0021-9010.73.2.199
- Battistutta, L., Commissaire, E. & Steffgen, G. (2018). Impact of the time of diagnosis on the perceived competence of adolescents with dyslexia. *Learning Disability Quarterly*, 41(3), 170-178. doi:10.1177/0731948718762124
- Blanchard, S., Lieury, A., Le Cam, M. & Rocher, T. (2013). Motivation et sentiment d'efficacité personnelle chez 30 000 élèves de 6e du collège français. *Bulletin de psychologie*, 523(1), 23-35. doi:10.3917/bupsy.523.0023
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2007). *L'entretien* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Armand Colin.
- Bong, M. & Skaalvik, E.M. (2003). Academic Self-Concept and Self-Efficacy: How Different Are They Really?. *Educational Psychology Review*, 15, 1-40. doi:10.1023/A:1021302408382
- Bouffard, T. & Vezeau, C. (2010). Intention d'apprendre, motivation et apprentissage autorégulé : le rôle de la perception de compétence et des émotions. Dans : M. Crahay & M. Dutrevis (Eds), *Psychologie des apprentissages scolaires* (pp. 66-84). Bruxelles : De Boeck.
- Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXI<sup>e</sup> siècle ?. *Savoirs 2004/5* (Hors-série), 9-50. doi: 10.3917/savo.hs01.0009
- Clever, A., Bear, G. & Juvonen, J. (1992). Discrepancies between competence and importance in self-perceptions of children in integrated classes. *Journal of Special Education*, 26, 125-138. doi: 10.1177/002246699202600201
- Cole, D. A., Maxwell, S. E. & Martin, J. M. (1997). Reflected self-appraisals : Strength and structure of the relation of teacher, peer, and parent ratings to children's selfperceived competencies. *Journal of Educational Psychology*, 89, 55-70. doi: 10.1037/0022-0663.89.1.55
- Collective expertise INSERM. C. N. D. R. S. D. I. (2007). *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie: Bilan des données scientifiques. Rapport*. Paris : INSERM.
- Data Dress. Etudes et statistiques. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Effectifs des orthophonistes*. (Rapport en tableaux), Paris. 2019, consulté le 29/03/20 à l'adresse <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
- Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste. (2002). *JORF n°104 du 4 mai 2002 page 8339, texte n° 56*, consulté le 25/03/20 à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2002/5/2/MESH0221490D/jo/texte>

- De Singly, F. (2016). *Le questionnaire* (4<sup>e</sup> éd.). Paris : Armand Colin.
- Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : entretien et questionnaire* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Dunod.
- Fenouillet, F. & Lieury, A. (2013). *Motivation et réussite scolaire* (3e éd.). Paris : Dunod.
- Fenouillet, F., Marro, C., Meerschman, G. & Roussel, F. (2009). Motivations autodéterminées et lecture. *Enfance* 2009/4, 397-422. doi:10.4074/S0013754509004030
- FRANCE. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. *Le BO. Bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013*. Paris : CNDP Publications administratives.
- Galand, B., & Vanlede, M. (2004). Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation : quel rôle joue-t-il ? D'où vient-il ? Comment intervenir ?. *Savoirs* 2004/5 (Hors-série), 91-116. doi: 10.3917/savo.hs01.0091
- Gerard, F. (2015). *Conduite d'enquête par questionnaire*. France : Éditions du robot furieux – Frederic Gerard.
- Gibby-Leversuch, R., Hartwell, B.K. & Wright, S. (2019). Dyslexia, Literacy Difficulties and the Self-Perceptions of Children and Young People: a Systematic Review. *Curr Psychol*. doi: 10.1007/s12144-019-00444-1
- Hampton, N.Z., & Mason, E. (2003). Learning disabilities, gender, sources of efficacy, self-efficacy beliefs, and academic achievement in high school students. *Journal of School Psychology, 41*, 101-112. doi: 10.1016/S0022-4405(03)00028-1
- HAS (2017). *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?*, consulté le 20/04/19 à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/guide\\_tsla\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/guide_tsla_vf.pdf).
- Lackaye, T., Margalit, M., Ziv, O., & Ziman, T. (2006). Comparisons of self-efficacy, mood, effort, and hope between students with learning disabilities and their non-LD-matched peers. *Learning Disabilities Research & Practice, 21*(2), 111-121. doi: 10.1111/j.1540-5826.2006.00211
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs* 2004/5 (Hors-série), 59-90. doi: 10.3917/savo.hs01.0059
- Lent, R. W., & Hackett, G. (1987). Career self-efficacy: empirical status and future directions. *Journal of Vocational Behavior, 30*, 347-382. doi : 10.1016/0001-8791(87)90010-8
- McCloskey, W. & Leary, M.R. (1985). Differential effects of norm-referenced and self-referenced feedback on performance expectancies, attributions and motivation. *Contemporary Educational Psychology, 10*, 275-284. doi: 10.1016/0361-476X(85)90024-4
- Mone, M. A., Baker, D. D., & Jeffries, F. (1995). Predictive validity and time dependency of self-efficacy, self-esteem, personal goals, and academic performance. *Educational and Psychological Measurement, 55*, 716-727. doi: 10.1177/0013164495055005002
- Parizot, I. (2012). 5 – L'enquête par questionnaire. Dans : Serge Paugam éd., *L'enquête sociologique* (pp. 93-113). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.paug.2012.01.0093
- Schunk, D. H. (1985). Participation in goal setting : Effects on self-efficacy and skills of learning disabled children. *Journal of Special Education, 19*, 307-317. doi: 10.1177/002246698501900307
- Schunk, D. H., & Rice, J. M. (1987). Enhancing comprehension skill and self-efficacy with strategy value information. *Journal of Reading Behavior, 19*, 285-302. doi: 10.1080/10862968709547605
- Vilatte, J-C. (2007). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire. Formation « évaluation »*. Grisolles.
- Weinberg, R. S., Gould, D., & Jackson, A. (1979). Expectations and Performance : An Empirical Test of Bandura's Self-Efficacy Theory. *Journal of Sport Psychology, 1*, 320-331. doi: 10.1123/jsp.1.4

Witko, A. & Mollat, A. (2009). Des images aux mots : une approche des troubles spécifiques du langage à partir d'un partenariat orthophoniste/psychologue du développement. *Développements*, 2(2), 35-47. doi:10.3917/devel.002.0035

## **Liste des annexes**

**Annexe n°1 : Lettre d'information à destination des participants à la recherche.**

**Annexe n°2 : Message accompagnant le questionnaire sur les réseaux sociaux.**

**Annexe n°3 : Questionnaire initial - transcription des enregistrements – phase de pré-test.**

**Annexe n°4 : Questionnaire final.**

**Annexe n°5 : Résultats présentés sous forme de graphiques.**