



HAL
open science

Les enjeux relationnels en orthophonie : l'orthophoniste en question(s)

Carole Sautel

► **To cite this version:**

Carole Sautel. Les enjeux relationnels en orthophonie : l'orthophoniste en question(s). Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-01512471

HAL Id: dumas-01512471

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01512471>

Submitted on 23 Apr 2017

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

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

MEMOIRE présenté en vue de l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

SAUTEL Carole
Née le 21 janvier 1986 à Cannes

**LES ENJEUX RELATIONNELS EN
ORTHOPHONIE:**

L'orthophoniste en question(s)

Directeur de Mémoire : **CALZA André,**
Psychanalyste

Co-directeur de Mémoire : **WRONKE José,**
Orthophoniste

Nice
2012

REMERCIEMENTS

Je remercie André Calza et José Wronke, qui m'ont suivie dans mes pérégrinations, et ont toujours su me donner des conseils avisés, dans les moments-clés, tout en me laissant libre de faire mon petit bout de chemin.

Je remercie tous les orthophonistes ayant participé de près ou de loin à la réflexion de ce mémoire. Merci aux trente orthophonistes qui ont répondu au questionnaire : je suis privilégiée de commencer ma carrière, avec la richesse et la sagesse de vos parcours.

Merci à Christian Bellone, pour ses cours et ses éloges ! Merci à Patricia Bersot pour son ouverture d'esprit, et pour son encouragement au terme de ce mémoire.

Je remercie mes maîtres de stage, qui m'ont toutes appris des facettes de ce beau métier, qui m'ont transmis leur savoir-être, et leurs connaissances.

PLAN

INTRODUCTION GENERALE	p. 5
PARTIE THEORIQUE	
PARTIE I : PROFESSION ORTHOPHONISTE	p. 8
I. Perspectives historiques	p. 9
1. Quelques dates pour commencer	p. 9
2. Avant et autour de l'orthophonie	p. 10
2.1 Itard et Seguin	p. 10
2.2 Début XXème siècle : les balbutiements d'une profession	p. 10
2.3 De Parrel : aux portes de l'orthophonie	p. 11
3. Les fondateurs	p. 11
3.1 Marc Colombat de l'Isère ou l'apparition de l' « orthophonie »	p. 12
3.2 Suzanne Borel-Maisonny, ou la reconnaissance d'une profession à part entière	p. 12
3.3 Chassagny, ou l'orthophonie du langage écrit	p. 13
II. Définitions	p. 14
1. Anti-définition : ce que l'orthophonie n'est pas	p. 14
1.1 De l'éducation	p. 14
1.2 De l'enseignement	p. 15
1.3 De la psychomotricité	p. 15
1.4 De la psychothérapie	p. 15
1.5 De la psycholinguistique	p. 16
1.6 Une simple affaire de technique	p. 16
2. Orthophoniste, rééducateur, thérapeute ?	p. 17
2.1 Orthophoniste	p. 17
2.2 Rééducateur	p. 23
2.3 Thérapeute	p. 26
3. Evolution du concept	p. 27
4. L'orthophoniste, un auxiliaire médical	p. 28
PARTIE II : DES ORIGINES DU SUJET	p. 29
I. Le développement de l'enfant à travers ses premières relations	p. 30
1. La relation entre la mère et l'enfant	p. 30
1.1 Interactions précoces	p. 30
1.2 Narcissisme primaire	p. 31
1.3 Narcissisme secondaire	p. 33

2.	La relation entre le père et l'enfant	p. 35
	2.1 Les étapes du Complexe d'Oedipe	p. 36
	2.2 Le père, la Loi et le Symbole	p. 37
II.	Le développement du langage	p. 38
1.	Généralités	p. 39
2.	Du premier cri au langage constitué	p. 40
	2.1 Période pré-linguistique	p. 40
	2.2 Période linguistique	p. 41
	2.3 Phase lexicale et phase syntaxique	p. 41
	2.4 Le langage constitué	p. 42
3.	La formation du symbole chez l'enfant	p. 42
	3.1 La représentation de l'absence à l'origine du Symbole	p. 42
	3.2 Les étapes de formation du Symbole	p. 43
III.	Le langage et la relation : quelques liens	p. 45
1.	Le langage et la relation : deux réalités distinctes	p. 45
	1.1 Fonctions du langage	p. 45
	1.2 La relation non-verbale	p. 47
2.	La fonction de communication du langage	p. 49
	2.1 Schéma de la communication	p. 49
	2.2 Les fonctions du langage de Jakobson	p. 50
3.	Le linguistique et le relationnel	p. 51
	3.1 De la « nature relationnelle » du langage	p. 51
	3.2 Dire « Je »	p. 52
	3.3 « Je », « Tu », et l'affect : parallèles avec la relation d'objet	p. 53
	3.4 La fonction symbolique : l'émergence de la subjectivité, l'émergence du langage	p. 54
	3.5 Le trouble du langage, symptôme d'un trouble relationnel	p. 55
PARTIE III : LES ENJEUX RELATIONNELS EN ORTHOPHONIE		p. 56
I.	Aspects transférentiels dans la relation thérapeutique	p. 57
1.	La notion de symptôme	p. 57
	1.1 Définition psychanalytique	p. 57
	1.2 Le signe et le symptôme : une définition linguistique	p. 57
	1.3 Du symptôme au symbole	p. 58
2.	Le transfert	p. 59
	2.1 Définition	p. 59
	2.2 Projection ou introjection : deux modes de transfert	p. 60
	2.3 Transfert aléatoire ou motivé ?	p. 60
	2.4 Du transfert en orthophonie	p. 61
3.	Le contre-transfert	p. 62

3.1 Définition	p. 62
3.2 Le confort du thérapeute ou la remise en question	p. 64
3.3 De la rage du thérapeute	p. 66
3.4 Reconnaître ses limites	p. 67
3.5 Le thérapeute en thérapie	p. 68
4. Transferts positifs et transferts négatifs	p. 69
II. Le cadre thérapeutique	p. 70
1. La demande	p. 70
2. Le contrat de soins	p. 70
3. Le statut du thérapeute	p. 71
3.1 Rôle de celui qui sait	p. 71
3.2 Rôle de celui qui aide	p. 71
3.3 Auréole de celui qui ne juge ni ne condamne	p. 72
3.4 Porteur d'une incertitude	p. 72
4. L'alliance thérapeutique	p. 72
III. Intersubjectivité et positionnement thérapeutique	p. 73
1. L'attention à la subjectivité du patient	p. 73
1.1 Langage et distance	p. 74
1.2 Langage et identité	p. 76
1.3 Langage et conciliation	p. 78
2. La subjectivité du thérapeute	p. 79
2.1 La subjectivité du thérapeute : un moteur	p. 79
2.2 L'orthophoniste : un passeur du désir	p. 80
3. Intersubjectivité et distance : quel équilibre ?	p. 81
3.1 Réflexion sur la neutralité bienveillante	p. 81
3.2 L'empathie	p. 82
3.3 L'intersubjectivité et l'amour	p. 84
4. Le narcissisme du thérapeute : un obstacle à l'intersubjectivité	p. 86
IV. Autres enjeux relationnels	p. 87
1. La relation avec la famille du patient	p. 87
1.1 Réflexion sur un écueil : le remplacement des parents	p. 87
1.2 Réflexions sur la guidance	p. 88
2. La relation avec les autres professionnels	p. 88
3. Réflexion sur les différences relationnelles entre patient enfant et patient adulte	p. 89
CONCLUSION DE LA PARTIE THEORIQUE	p. 91

PARTIE PRATIQUE

I. Cheminement et rappel de la problématique	p. 92
II. Protocole	p. 93
1. Le questionnaire	p. 93
2. La population	p. 96
3. Déroutement des entretiens	p. 98
III. Limites de l'étude	p. 99
IV. Analyse	p. 100
1. Analyse de l'échantillon	p. 100
1.1 Les formations pré-diplôme et post-diplôme	p. 100
1.2 Formations complémentaires	p. 101
1.3 Les orientations théoriques	p. 103
1.4 Les groupes de réflexion et la supervision : un enjeu relationnel	p. 105
2. Analyse thématique : discussion virtuelle entre orthophonistes	p. 107
2.1 La place de l'objectivité dans la pratique orthophonique	p. 107
2.2 L'intersubjectivité en orthophonie	p. 117
2.3 La subjectivité du thérapeute : quel enjeu ?	p. 133
2.4 Aux frontières de l'orthophonie	p. 142
V. Synthèse	p. 146
CONCLUSION GENERALE	p. 148
BIBLIOGRAPHIE	p. 152
ANNEXES	p. 155

INTRODUCTION GENERALE

« Si la rééducation est une pratique humaine intéressante, c'est parce que le rééducateur accepte d'être désarmé et de courir à chaque fois le risque d'une aventure singulière avec un enfant. »

YVES DE LA MONNERAYE

La relation thérapeutique qui se tisse entre l'orthophoniste et son patient est un sujet dont le champ d'étude nous paraît infini. Trouver un commencement pour l'aborder n'a d'ailleurs pas été simple.

De notre licence en Sciences du Langage, avant d'entrer en école d'orthophonie, nous avons retenu, entre autres, la frustration de n'avoir que trop peu étudié le dynamisme psycho-affectif qui sous-tend le langage. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les linguistes situent leur discipline dans le champ des sciences, mais il fallait pour cela, exclure de leur champ d'étude des réflexions d'ordre métaphysique (au sens étymologique du terme). Les sciences du langage répondent à la question « comment parle-t-on ? », alors que nous désirions savoir « pourquoi ».

En orthophonie, au contraire, le « pourquoi » nous semble être une préoccupation de premier ordre. Si l'on parvient à comprendre les raisons pour lesquelles chacun parle, ou ne parle pas, ou parle « mal », nous pouvons peut-être espérer comprendre comment lui venir en aide. Or, la première réponse qui vient à tous, à la question « pourquoi parle-t-on ? », c'est, bien entendu, « pour communiquer ». Ainsi, il ne serait pas besoin d'aller plus loin pour justifier de s'interroger plus longuement sur les enjeux de la relation thérapeutique en orthophonie. La problématique à laquelle nous avons souhaité répondre se décline en plusieurs questions :

Celui qui est en « mal » de langage est-il aussi en souffrance dans son rapport à l'Autre ? Quelles sont les places de chaque sujet, de part et d'autre de la relation thérapeutique ? Et enfin, comment cette relation peut-elle prendre une véritable valeur thérapeutique ?

Il est intéressant de constater que, si tous les orthophonistes interrogés pour ce mémoire s'accordent à dire que la relation thérapeutique est de la plus haute importance, et s'ils sont abordés avec plus ou moins de profondeur, ses enjeux ne sont pas abordés systématiquement dans notre formation initiale. De même, nous avons été surpris de constater qu'ils n'ont été l'objet premier d'aucun mémoire, à notre connaissance, à l'école de Nice.

Pourtant, les énergies psychiques au travail lors d'une prise en charge, ont un effet certain.

Il est un point qui a déjà été abordé dans les mémoires qui nous précèdent, c'est l'attention portée à la subjectivité du patient. Les mécanismes de transfert ne peuvent être niés, bien qu'ils ne constituent pas l'objet essentiel de notre profession. La subjectivité du thérapeute demeure un point que nous nous proposons d'éclaircir dans ce mémoire.

En effet, nous formulons l'hypothèse que **l'intersubjectivité est un moteur essentiel de la thérapie orthophonique. Nous supposons que le fait de mettre au travail ces enjeux relationnels, a d'importantes conséquences sur le déroulement de la thérapie, et donc sur le développement de l'enfant, dans son rapport au langage et dans sa relation à l'Autre.**

Notre hypothèse nous a donc conduit à nous interroger, dans un premier temps, sur les caractéristiques du métier d'orthophoniste. Là encore, nous constatons que notre champ d'étude se trouve au carrefour de plusieurs disciplines, et que « l'orthophonie » en soi, ne fait l'objet d'aucun cours. Nous verrons donc, dans un premier temps, comment est apparue notre profession et comment elle a évolué au fil des années. A la veille d'une restructuration profonde des études d'orthophonie, il est particulièrement intéressant de faire le point sur la mission et le rôle de l'orthophoniste, tels qu'ils sont définis par l'histoire et les dictionnaires.

Dans un second temps, nous nous plongerons dans le développement de l'enfant. Nous nous appuyerons essentiellement sur les théories psychanalytiques, psychologiques et linguistiques, pour tenter de comprendre ce qui est à l'origine de la Subjectivité de l'individu. Nous verrons comment les premières relations de l'enfant d'une part, et le langage, d'autre part, sont ce qui lui permet d'advenir à lui-même. Langage et relation sont étroitement liés, d'abord parce que la parole est l'un de nos modes privilégiés de communication. Ils sont également liés par leur nature même.

C'est donc naturellement que nous en arriverons au cœur de notre sujet, à savoir les enjeux relationnels en orthophonie. Après avoir défini les notions de symptôme, de transfert et de contre-transfert, nous nous pencherons sur le concept de l'intersubjectivité dans la relation thérapeutique. Nous interrogerons notamment les diverses positions du thérapeute, qui sont souvent invoquées, à notre sens, comme des évidences, alors que leurs enjeux recouvrent des réalités complexes. C'est ainsi que nous reviendrons notamment sur la question de l'empathie, de l'implication du thérapeute et de la neutralité bienveillante.

A l'issue de notre partie théorique, nous poursuivrons nos réflexions à la lumière de la partie pratique. Pour celle-ci, nous sommes allés à la rencontre de trente orthophonistes, qui ont accepté de répondre à notre questionnaire (Annexe 1). Nous voulions faire une sorte d' « état des lieux » de la prise en compte de l'intersubjectivité dans la relation thérapeutique. Plusieurs thèmes, qui ne sont pas abordés dans notre partie théorique, seront mis en lumière à cette occasion, comme, par exemple, le rapport à la technique, au savoir, etc.

Ainsi, nous présenterons les thèmes que nous avons pu faire ressortir des questionnaires. Nous verrons donc, dans un premier temps, quel est le rapport entretenu par les orthophonistes, avec les techniques et savoirs appris à l'école, et d'une manière plus générale, la place de l' « objectivité » dans la clinique orthophonique. Nous nous arrêterons ensuite plus longuement sur les multiples composantes de l'intersubjectivité, en insistant notamment sur la place et la « gestion » de sa propre subjectivité, par le thérapeute. Enfin, avant d'effectuer la synthèse de notre analyse, nous mettrons en lumière le problème posé par la question des frontières de l'orthophonie.

Nous aimerions faire remarquer que ce travail sur les enjeux relationnels ne peut être, dans le cadre d'un mémoire, que très limité. Chaque chapitre de cette réflexion, chaque sous-chapitre nous ouvrait constamment de nouvelles voies de réflexion, qu'il a fallu, à un moment, accepter de ne plus emprunter, sous la contrainte du temps. Ce mémoire, nous le regrettons, ne rend pas compte de manière exhaustive des enjeux relationnels en orthophonie. Ce sera peut-être l'occasion heureuse pour d'autres étudiants d'approfondir tel ou tel point qui leur paraîtrait important. . Ainsi, notre historique de l'orthophonie mériterait un approfondissement considérable, de même que les définitions. Et lorsque nous parlons du développement de la subjectivité chez l'enfant, à travers ses relations et à travers son langage, il nous semble que des dizaines de pages encore, auraient pu être ajoutées. Quant aux enjeux relationnels en orthophonie, ils font partie d'une réflexion qui ne se borne pas à notre métier, mais bien plutôt à une éthique de l'humain qu'il serait bon de redéfinir sans cesse dans tous les domaines d'étude le concernant : la psychiatrie, la linguistique, l'anthropologie, la biologie, etc.

Ce dont nous pouvons rendre compte aujourd'hui, c'est que les implications et les intrications de ces processus que sont la relation et le langage, sont infinies. Et elles sont au cœur – ou elles devraient l'être – de la réflexion de l'orthophoniste.

A l'instar de ce que nous dit Bernard GOLSE, notre réflexion trouve plus que jamais sa motivation dans une inquiétude : celle de voir disparaître une logique du sens au profit du traitement symptomatique, celle de voir s'effacer une logique de l'humain qui rende compte de sa complexité et de sa dignité. Nous terminerons en reprenant les termes de GOLSE, lui empruntant – toutes proportions gardées – l'intention à l'origine de son livre *Les destins du développement de l'enfant* :

«En réalité, c'est ce dont ce livre souhaite témoigner, si nous ne sacrifions pas la mise en sens à l'évaluation, si nous ne privilégions pas l'instant au détriment de l'histoire, si nous ne confondons pas prévention et prédiction, si nous laissons toute leur place aux effets de la rencontre, alors le développement peut avoir des destins qui demeurent indéfiniment ouverts, et qui font que les enfants ne se voient pas enfermés dans des modèles contraignants et réducteurs, à l'opposé même... de ce qu'est la vie, tout simplement ! »¹

1 GOLSE B., *Les destins du développement de l'enfant*, Editions Erès, 2010, p.. 259.

PROFESSION : ORTHOPHONISTE

INTRODUCTION

Notre travail porte sur les enjeux relationnels dans le domaine de l'orthophonie. Il nous a donc paru bon de nous attarder sur la définition de cette discipline. Notre profession est jeune (une petite cinquantaine d'années officiellement), mais elle a déjà une histoire. Histoire qu'il nous a fallu tenter de reconstituer tant bien que mal. Ce dont nous rendons compte dans cette partie ne sont que des données partielles, mais nous avons relevé ce qui nous semblait essentiel. Mais essentiel à quoi ? A retracer, s'il est possible, le profil particulier d'une discipline que l'on dit plurielle, et qui ne se laisse pas facilement emprisonner dans des cases. Et en effet, la petite Histoire de notre profession présente déjà une variété impressionnante de contributions. Dans un second temps, nous avons voulu plonger plus précisément dans les définitions et les divers points de vue de l'orthophonie. Parce que non seulement tous ne définissent pas de la même manière l'« orthophoniste », mais en plus ce dernier, selon ses orientations, préférera être nommé « rééducateur » ou encore « thérapeute du langage ». Alors que nous disent tous ces noms sur ce qu'est un orthophoniste ? Nous allons le voir, bien qu'il existe une nomenclature précise définissant notre champ d'intervention, l'orthophonie est au carrefour de nombreuses disciplines, et, parfois, en délimiter les frontières n'est pas chose aisée.²

2 C'est ainsi qu'une orthophoniste, comme d'autres, a témoigné : « Des fois on a du mal à se positionner : « est-ce que là je vais trop loin ? Est-ce que là je fais pas de la psychothérapie sauvage ? » mais je crois pas. Peut-être que je fais pas que de l'orthophonie, mais c'est pas grave. » (25)

I – PERSPECTIVES HISTORIQUES

Introduction

Avant tout, il faut mentionner la difficulté que représente la constitution d'un historique, même bref, de l'orthophonie. La profession a maintenant presque cinquante ans mais à ce jour, un seul ouvrage d'histoire en orthophonie existe, à notre connaissance : *Contributions à l'histoire de l'orthophonie*, d'Olivier Héral, paru chez OrthoEdition en octobre 2011, encore que ce livre traite uniquement, comme l'indique le titre, des prémices et disciplines précurseurs de l'orthophonie. Il nous a fallu jongler entre les maigres sous-chapitres de différents ouvrages se référant un tant soit peu à l'histoire du métier. Mis à part quelques grands noms émergeant du lot, comme Borel-Maisonny évidemment, ou encore Chassagny, la diversité des disciplines et des personnalités ayant tracé le chemin de l'orthophonie rend le parcours de l'historien en herbe jonché de noms et de domaines fleurissant de toutes parts.

Nous avons abondamment puisé dans l'ouvrage *Educateur ou thérapeute* (A. Mucchielli-Bourcier) d'une part, et dans le livre *L'orthophonie en France* (Kremer) d'autre part, pour écrire cette partie. L'histoire de Chassagny, quant à elle, est tirée du site des ateliers Chassagny, ainsi que de son livre *Pédagogie Relationnelle du Langage*.

1. Quelques dates pour commencer...

Jetons tout d'abord un rapide coup d'œil sur les dates marquantes de l'orthophonie en France. Cette liste n'a pas pour but d'être exhaustive mais elle retrace les grandes lignes de la profession et nous permet de nous situer dans le temps.

- 1829 : Création de l'Institut Orthophonique de Paris par Marc Colombat.
- 1924 : Création de l'Association Internationale de Logopédie et de Phoniatrie.
- 1926 : Mme Borel-Maisonny commence ses rééducations auprès d'enfants opérés de fentes palatines, ayant des troubles de la parole ou un bégaiement. Claire Dinville, quant à elle s'intéresse aux troubles de la voix.
- 1933 : une section d'études expérimentales des formes pathologiques du langage est créée.
- 1935 : Ouverture du « Centre Social de rééducation pour les déficients de l'ouïe, de la parole, de la respiration et pour les retardés scolaires » par le Dr De Parrel
- 1947 : la Sécurité Sociale accepte de participer aux traitements du langage
- 1954 : création de l'Association des Rééducateurs de la Parole et du Langage Oral et Ecrit (A.R.P.L.O.E)
- 1955 : création des premiers enseignements de l'orthophonie

-
- 1957 : création de l'Association pour la Rééducation des Dyslexiques (APRD), qui forme les premiers rééducateurs du langage écrit par Claude Chassagny
 - 1964 : la profession reçoit un statut légal et un diplôme national est créé : le Certificat de Capacité d'Orthophoniste (C.C.O.)
 - En 1969, la lettre-clé A.M.O (Acte Médical Orthophonique) est créée.

2. Avant et autour de l'orthophonie

2.1 Itard et Seguin

Dans *Educateur ou thérapeute*, Arlette MUCCHIELLI-BOURCIER fait remonter l'histoire de la rééducation au docteur Itard (1774-1838), médecin fondateur de l'ORL et s'intéressant spécialement au développement du langage. Il est connu pour avoir tenté d'inculquer le langage à Victor, l'« enfant sauvage » de l'Aveyron, expérience portée au cinéma et présentée au grand public par François Truffaut. Il invente toutes sortes de procédés et d'exercices pour susciter le langage et les paramètres qui lui sont nécessaires (la mémoire, l'attention,..). Victor ne parviendra jamais à parler. C'est notamment ce rapport qui a permis de dire que le développement du langage ne pouvait se faire que dans les premières années de vie. L'histoire nous montre que le langage ne « s'inculque » pas, il se transmet de manière naturelle. Nous reviendrons plus loin sur ce point. C'est l'élève d'ITARD, l'éducateur et médecin Edouard SEGUIN, qui diffusera les méthodes de son maître en 1850.

2.2 Début XXème siècle : les balbutiements d'une profession

Durant tout le XIXème siècle, les rééducations ayant trait au langage portent sur le bégaiement, les sourds, les aphonies, les aphasies, et même les tics de parole. Elles ont essentiellement une visée fonctionnelle et symptomatique. Avec l'essor de la psychologie et de la psychanalyse, le début du XXème verra se développer des approches rééducatives plus orientées sur l'émotion, reflétant les débuts d'une prise en compte plus globale de la personnalité du patient. Les rééducations se trouvent alors à mi-chemin entre la pédagogie et la psychologie. Dans ses *Médications psychologiques* (1919), Janet écrit même qu'il faut prendre en compte « *la personnalité tout entière dans ses fonctions de relations* »³. A la même époque, de nombreuses institutions traitant le langage sont créées, dont le succès aboutira à la formation des premiers thérapeutes du langage, qui ne sont pas médecins, et à la création en 1924 de l'« Association internationale de Logopédie et de Phoniatrie ». Précisons que les troubles du langage écrit ne sont pas encore traités ni même véritablement observés, et pour cause : l'école publique, gratuite et obligatoire (et laïque) n'est réellement instaurée qu'à partir de 1880, avec Jules Ferry. Il a fallu attendre la première moitié du XXème siècle pour que l'on remarque des troubles d'apprentissage scolaire. Ceux-ci sont détectés par les enseignants et analysés en première instance par les neurologues.

3 Cité par A. MUCCHIELLI-BOURCIER, *Educateur ou thérapeute, une nouvelle conception des rééducations*, 2e édition, Ed. ESF, 1986, p. 148.

Les enfants en difficultés d'apprentissage de la lecture – parmi lesquels l'un des futurs fondateurs de la thérapie du langage : Claude Chassagny – seront assimilés aux débiles pendant de longues années, avant d'être mieux diagnostiqués.

2.3 De Parrel : aux portes de l'orthophonie

Gérard de Parrel (1883-1956), ainsi que sa femme Suzanne de Parrel (1884-1974), sont considérés comme de véritables pionniers de la profession. Médecin ORL, Gérard de Parrel s'intéresse d'abord aux sourds. Puis il s'intéresse à la voix et est le premier à affirmer que celle-ci s'inscrit dans la globalité de l'organisme humain, et qu'ainsi c'est par la rééducation de l'être tout entier que l'on peut la rééduquer. Il définit les grands principes de rééducation de la voix et de l'articulation que nous énonçons succinctement ici :

- 1) une intervention précoce
- 2) la recherche de la cause pour pouvoir mieux traiter la dysphonie ou la dyslalie
- 3) la prise en compte des interactions entre disharmonies physiologiques et déséquilibres de la sphère ORL
- 4) le souffle comme base de la rééducation
- 5) l'importance de la dimension psychothérapique dont ont besoin particulièrement les bègues, par exemple.

Ils intègrent dans leurs méthodes de rééducation des éléments de motricité et des émotions, toujours dans l'idée que c'est l'être dans son entier qui doit être rééduqué. Avec sa femme, ils ouvriront ensemble les premiers centres sociaux de rééducation, ancêtres des centres médico-psycho-pédagogiques. Il a publié ses découvertes et principes dans de nombreux ouvrages, dont le dernier, *Traité de Rééducation* (1946, Ed. Les Ordres de la Chevalerie), réunira toutes ses théories et connaissances.

La prise en compte du corps dans la rééducation sera renforcé par l'apport d'un psychologue français de renom, Henri Wallon (1879-1962), qui affirma que la vie affective et la vie motrice était étroitement liées, et que le corps et le psychisme ne pouvaient être dissociés l'un de l'autre.

3. Les fondateurs

Les recherches nous mènent à trois sources majeures de l'orthophonie en France : la première remonte à la création de l'Institut Orthophonique de Paris par le Professeur Colombat au XIXème siècle, la seconde et principale étant ce qui constitue l'ensemble des travaux de Suzanne Borel-Maisonny, et enfin la contribution fondamentale de Claude Chassagny. Premier fait intéressant donc : à l'origine de l'orthophonie actuelle, il y un médecin (Colombat), une linguiste (Borel-Maisonny), et un pédagogue (Chassagny). Voilà les trois fondateurs, constituant la base de notre profession. Il vaut la peine de rechercher un peu plus précisément comment ces trois disciplines ont contribué, par une heureuse alchimie, à la formation de l'orthophonie.

3.1 Marc Colombat de l'Isère ou l'apparition de l'« orthophonie »

Après une jeunesse mouvementée et un exil forcé en Suisse, le jeune Marc Colombat (1797-1851) devient médecin en 1828. Il s'intéresse à la physiologie des organes phonateurs et au bégaiement. Il crée en 1829 le terme d'orthophonie, issu du grec « ortho- » : « droit » et « -phone » : « la voix » pour qualifier le traitement du bégaiement et de « toutes les maladies de la voix »⁴. A cette même époque il fonde l'Institut Orthophonique de Paris.

Voilà ici les prémisses de notre profession, qui se fondent sur des recherches centrées sur le bégaiement, pathologie qui, 180 ans plus tard, continue de faire couler l'encre des orthophonistes, mais aussi celle des neurologues, des généticiens, des psychologues, etc. Noble intention donc que celle de traiter et de rendre « droit » une parole si troublée et si complexe que la parole bégayée.

3.2 Suzanne Borel-Maisonny ou la reconnaissance d'une profession à part entière.

Phonéticienne et grammairienne de formation, Borel-Maisonny (1900-1995) commence à travailler avec le docteur Veau sur les enfants atteints de divisions palatines et de becs de lièvre en 1926. Il lui demande d'observer les enfants opérés pour tenter de trouver des moyens pour améliorer leur voix et leur articulation.

Elle commence donc ses premières rééducations auprès d'enfants opérés de divisions palatines, d'une manière tout à fait expérimentale. Elle publie ses résultats dans la *Revue de phonétique* en 1929.

Elle regroupe ensuite progressivement un ensemble de troubles de la voix, de la parole et du langage oral puis écrit pour les rassembler sous une bannière nouvelle : l'orthophonie. Entourée d'une équipe de pionnières, elle obtient en 1955 la délivrance des premières « Attestations d'étude d'orthophonie ».

Petit à petit, elle en vient à s'occuper aussi de la parole, puis du langage et de la pensée ; c'est ainsi que l'orthophonie française a fini par embrasser la communication, le langage tout entier, qu'il soit oral ou écrit, et quelle que soit son origine, fonctionnelle, organique, traumatique, ou due à des handicaps divers⁵.

Elle crée également une méthode phonéto-gestuelle qui porte son nom, dans laquelle des gestes sont associés à des sons, méthode créée à l'origine pour les enfants présentant une hypoacousie ou une dyslexie-dysorthographe. Elle créera, outre l'Association des Rééducateurs de la Parole, du Langage Oral et Ecrit et de la Voix (l'ARPLOEV) – association composée de professionnels des secteurs médical et éducatif – en 1963, la revue *Rééducation orthophonique*, maintenant éditée par la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes). Elle a publié de 1929 à 1989 plus de 250 contributions consacrées à l'analyse de la parole et de la phonation, la phonétique, l'acoustique, l'audiométrie, l'audition et la perception, l'acquisition et la structure de la parole et du langage, le retard de parole, le retard de langage, les dysphasies, la rééducation de la parole et du langage, les divisions palatines et les insuffisances vélares, les déficiences auditives, la surdité verbale congénitale, l'audimutité, les aphasies, le bégaiement, l'articulation, les malformations bucco-dentaires, les dyslexies, les dysorthographies, la langage des déficients intellectuels, les dysgraphies, etc.

4 Source : <http://www.wikipedia.org>

5 KREMER, J.M. et LEDERLE, E., *L'orthophonie en France*, Paris, PUF, 2007

Le parcours de Borel-Maisonny est à l'image de ce que les orthophonistes aujourd'hui tiennent à conserver : l'enrichissement par la pluralité des regards posés sur un même trouble. Elle a en effet travaillé avec des psychiatres, psychologues, éducateurs, médecins et en est arrivée ainsi à l'orthophonie, qui est à la croisée de ces chemins mais qui est aussi une entité à part entière – si bien que l'on retrouve dans l'enseignement de plusieurs écoles françaises des « initiations à l'orthophonie », en plus des cours de neurologie, psychiatrie, linguistique, etc.

3.3 Chassagny ou l'orthophonie du langage écrit

Après les balbutiement de la profession venant de la médecine, et l'entérinement d'un titre par une linguiste de formation, c'est par un professeur de l'Education Nationale que l'orthophonie va encore considérablement s'enrichir. Claude Chassagny, enfant, est un « débile », selon les instituteurs de son époque, mais un « débile avec du talent ». En effet, il est incapable d'accéder au langage écrit, et comme la dyslexie n'existe pas encore vraiment, il souffre une scolarité accablante, jusqu'à ce qu'un professeur s'aperçoive de ses capacités et l'aide laborieusement à remonter la longue pente des études. Ceci lui permettra d'obtenir un bac de philosophie et de mathématiques, mais il échouera aux concours des Hautes Ecoles de l'Etat, rattrapé par sa dyslexie. C'est presque par hasard qu'il entre comme instituteur, en remplaçant l'un de ses amis. Sensible aux enfants en difficulté, il entame des études à l'Ecole Normale et obtiendra son CAPES. Il demande immédiatement à être affecté à des classes pour enfants en difficulté. Il organisera des groupes de réflexion et de travail avec les autres enseignants. En 1954, il prend en charge la direction d'une Ecole Montessori et il y crée une classe pour dyslexiques. Elle sera le berceau de la future « méthode des séries ».

En 1957 les parents d'élèves créent l'Association pour la Rééducation des Dyslexiques (l'APRD), pour former des « répétiteurs » à la manière de Chassagny. L'association s' enrichira de la contribution d'un psychiatre, le Dr André Haim, d'un neurologue, le Dr Leuret, d'un neuropsychiatre, le Pr Victor Girard, d'une psychologue, Olga Wilkomirsky, et de pédagogues. Chassagny et Limousin y forment les premiers « rééducateurs du langage écrit ».

En 1973, l'APRD disparaîtra, pour intégrer les méthodes de Chassagny dans les écoles d'orthophonie. Les rééducateurs du langage écrit ayant été formés auparavant seront assimilés à des « orthophonistes à compétence limitée ».

Les réflexions de Chassagny se forment au contact de psychanalystes comme Lacan ou Dolto et grâce à leurs conseils et critiques, elles le mèneront à élaborer la Pédagogie Relationnelle du Langage, approche prenant en compte le trouble du langage comme symptôme mais sans en faire le centre de la thérapie. La méthode des séries devient la Technique des Associations. Claude Chassagny est un pédagogue et thérapeute respecté, et qui a apporté un autre fondement dans la construction de l'orthophonie : la dimension psychologique et relationnelle dans la thérapie du langage.

Conclusion

D'une orthophonie fonctionnelle pour les troubles oraux, à une thérapie du langage écrit prenant en compte la dimension du symptôme, en passant par la reconnaissance d'un métier à part entière, les fondements de notre profession sont posés. Ils sont issus de domaines distincts qui enrichissent la discipline de l'orthophonie. Nous avons centré cet historique sur des personnes et non des dates, ou des faits marquants, parce que l'orthophonie – c'est ce que nous croyons – est d'abord une question de sujets, de personnalités particulières aux parcours singuliers, qui façonnent entre elles une relation unique et créent ensemble de nouveaux horizons. Ainsi en est-il, il nous semble, de l'histoire de l'orthophonie comme d'une rencontre entre un patient et son orthophoniste.

II – DEFINITIONS

1. Anti-définition : ce que l'orthophoniste n'est pas

Il est à la convergence de nombreux domaines, et pourtant, pour reprendre une anti-définition – enrichie par nos propres réflexions – donnée en avant-propos du livre *Orthophonie, Documents et Témoignages*, l'orthophonie ce n'est pas... :

1.1 ...de l'éducation

Si l'orthophonie appartenait au champ de l'éducation, tous les enfants, même ceux dont le développement est normal, devraient consulter un(e) orthophoniste, ou bien tous les parents devraient être orthophonistes ! Fort heureusement, il ne faut pas 4 ans d'études supérieures pour accompagner un enfant dans son développement normal.

En revanche, selon les pratiques que l'on peut observer lors de nos stages, il peut y avoir de l'éducatif chez l'orthophoniste, au détour fortuit d'un livre lu à deux par exemple, dans lequel l'enfant aura découvert de nouvelles perspectives sur le monde qui l'entoure. Mais il est certain que cette éducation, si elle se produit, n'est pas la mission de l'orthophonie. Elle peut en être, tout au plus, une composante fortuite.

1.2 ...de l'enseignement

La pédagogie, selon le Dictionnaire d'orthophonie⁶, est « *la science et l'art de l'éducation. [...] Les méthodes [...] se fondent sur les connaissances et les conceptions qu'a la société de l'enfant et des processus d'apprentissage.* » La pédagogie, au sens d'enseignement, s'affaire à trouver les stratégies d'apprentissage, et cela a à voir avec l'éducation.

L'orthophonie ne se situe pas dans le champ de la pédagogie, et pourtant, elle en utilise certains éléments : le jeu, la répétition, etc...

Chassagny définit une certaine prise en compte de la pédagogie par le rééducateur sans toutefois devenir pédagogue : « *il ne renonce jamais aux conduites pédagogiques mais [...] il ne les systématise pas.* »⁷ Rappelons d'ailleurs que ce même auteur est à l'origine d'un courant orthophonique à part entière : la **Pédagogie** relationnelle du langage, et que ce sont, entre autres, ses expériences d'enseignant qui l'ont inspiré.

AIMARD et MORGON ajoutent que les orthophonistes utilisent leurs connaissances, propres à leur discipline, pour élaborer des pédagogies adaptées à chaque enfant, ce qui en fait des « pédagogues spécialisés ».

1.3 ...de la psychomotricité

La psychomotricité est une profession paramédicale à part entière, au même titre que l'orthophonie. Pourtant il y a de la psychomotricité dans notre discipline, il suffit de regarder les troubles pris en charge dans les deux professions : les dysgraphies et dyspraxies de développement, les troubles attentionnels... Bien sûr, ces pathologies n'occupent pas le même temps ni la même prééminence dans le rééducation, selon qu'elle est orthophonique ou psychomotrice. Mais l'orthophonie utilise des procédés de psychomotricité durant la prise en charge d'une dysgraphie, également pour l'acquisition du vocabulaire spatial, ou encore pour la rééducation bucco-faciale d'un hypotonique.

1.4 ...de la psychothérapie

C'est certainement l'un des sujets les plus controversés dans certaines définitions de l'orthophonie. Parce qu'elle est centrée sur le langage et ses troubles, l'orthophonie n'est pas de la psychothérapie, qui signifie étymologiquement la thérapie de l'âme. Nous approfondirons plus loin les différences fondamentales qui distinguent les deux pratiques, puisqu'un ajustement précis à ce propos est indispensable pour une recherche sur la place à accorder à la relation thérapeutique dans le cadre de l'orthophonie. En fait, nous verrons dans la partie pratique le malaise qui peut exister chez les orthophonistes interrogés, ceci étant dû aux enjeux relationnels qui traversent toute la clinique.

6 Dictionnaire d'orthophonie, 2e édition, OrthoEdition

7 CHASSAGNY C., *Pédagogie relationnelle du langage*, IPERS, 1985, p. 20.

Néanmoins, les thérapies psychologiques et psychanalytiques ont fortement influencé la théorie et la pratique orthophonique. La prise en compte de la personnalité du patient, de son histoire, de son développement affectif et identitaire sont quelques exemples de ce que l'orthophoniste emprunte à la psychanalyse, pour comprendre la complexité que revêt la réalité sous-jacente à un trouble du langage. Toutefois, une bonne connaissance de ce qu'est une psychothérapie nous permettrait de comprendre que, si nous utilisons les mêmes concepts, nous en faisons un usage très différent. Par ailleurs, il est certaines pathologies du langage, comme le bégaiement, qui divisent les spécialistes, les uns affirmant que leur traitement relève d'une psychothérapie, tandis que d'autres revendiquent leur appartenance au champ de l'orthophonie.

1.5 ...de la psycholinguistique

En effet, la psycholinguistique est un domaine de recherche appartenant à la linguistique, et qui étudie notamment l'acquisition du langage et les troubles de langage. Elle est une discipline appartenant aux sciences du langage. L'orthophonie utilise les nombreuses ressources qu'offrent la psycholinguistique : les étapes du développement langagier chez l'enfant, et leur mise en relation avec celles du développement psychique, mais encore les pistes à privilégier dans l'accès au langage, que ce soit par la phonologie, la syntaxe, l'énonciation ou encore la pragmatique.

1.6 ...une simple affaire de technique(s)

Il convient de terminer cette anti-définition par un rappel qui a à voir avec le cœur de la présente recherche : l'orthophonie ne se résume pas à des listes de techniques rééducatives à appliquer à telle pathologie ou tel public. Dans une lettre écrite par Borel-Maisonny, adressée aux auteurs de l'ouvrage d' Aimard et Morgon, pour tenter de donner une définition de l'orthophonie, on relève une phrase simple et explicite : « il faut de l'imagination et de la technique. »

Par ailleurs, non seulement l'orthophoniste se doit d'être créatif dans l'adaptation et l'invention de techniques auprès de ses patients, mais en outre il travaille avec ce que lui apporte le patient, et avec ce qu'il est lui-même, étant un humain avant d'être un professionnel de santé.

Enfin, la relation en elle-même est un support de la thérapie du langage, c'est ce que nous voulons montrer tout au long de ce travail.

2. Orthophoniste, rééducateur, thérapeute ?

Dans notre recherche de définitions, nous avons d'emblée été frappés par la diversité des noms attribués à notre fonction, en français. En anglais, par exemple, le nom générique de « speech therapist » (« thérapeute du discours » en français) n'appartient à aucune école de pensée particulière, tandis qu'en France, si l'on parle de « thérapeute du langage », on se réfère à des théories précises. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes intéressés à tous ces noms, pour tenter de comprendre la conception qu'ils traduisent. Nous commencerons par le terme qualifiant notre profession que l'on retrouve dans la loi.

Si, par endroits, nous nous livrerons à une analyse des mots employés dans les divers points de vue, c'est délibérément que nous ne ferons pas de critique dans cette partie. Nos référents théoriques seront exposés dans la troisième partie de ce mémoire de recherche.

2.1 Orthophoniste

2.1.1. Dictionnaires de la langue française

Le Larousse définit l'orthophoniste de manière très succincte : c'est un « spécialiste de la rééducation du langage. »

Dans *Le Robert*, voici ce que l'on trouve à l'article « Orthophonie » :

1828 1. Méd., phonét. Traitement qui vise la correction des défauts d'élocution

2. (1855). Didact. Prononciation normale et correcte.

Pour le sens commun, l'orthophoniste est celui qui rééduque, qui corrige une parole ou un langage fautifs. Définitions réductrices, mais qui, finalement, sont cohérentes avec l'étymologie grecque de l'orthophonie : la voix (-phonie) droite (ortho-).

2.1.2. Dictionnaire d'orthophonie⁸

a. « Orthophonie »

« Discipline paramédicale dont les professionnels dépistent, font le bilan, et traitent les troubles de la **voix, de la parole, du langage, et de la communication orale et écrite**. Ce terme est spécifique à la France, au Luxembourg, et au Québec ; dans d'autres pays, on parle de logopédie. La discipline a commencé à se développer à la fin du XIX^{ème} siècle, en même temps que les premières recherches importantes dans le domaine médical, neurologique et psychologique ; elle connaît un progrès considérable depuis la fin de la deuxième guerre mondiale ; on peut aujourd'hui compter environ 48000 orthophonistes-logopèdes dans les 15 pays de la Communauté Européenne. C'est S. Borel-Maisonny qui a, en France, fondé l'orthophonie moderne.

8 *Dictionnaire d'orthophonie*, 2^e édition, OrthoEdition

Fondée sur des **compétences pluridisciplinaires**, mais restant une discipline à part entière, l'orthophonie évolue régulièrement en fonction des avancées théoriques et des nouvelles connaissances sur le développement de l'enfant (par exemple de ses compétences langagières), mais aussi des diverses techniques médicales d'exploration fonctionnelle. »

b. Remarques

Une première remarque s'impose à nous : la définition est ici bien plus précise. Le champ de travail s'élargit considérablement : il est ici question de la voix, et outre le langage et la parole, de la communication, qui non seulement intègre les éléments précédents, mais les dépasse en incorporant également les domaines de la pensée et du non-verbal (la communication n'étant pas l'apanage de l'homme seulement, tandis que le langage articulé le distingue des tous les autres mammifères).

Une seconde remarque porte sur les compétences qualifiées ici de « pluridisciplinaires ». C'était la conclusion à laquelle nous avait déjà mené l'historique ci-dessus et qui traverse nos recherches de part en part : la diversité des points de vue et des apports constitue le sceau et la richesse de l'orthophonie et des orthophonistes.

c. « Orthophoniste » :

« En France, **professionnel de santé et auxiliaire médical** titulaire du certificat de capacité d'orthophonie (CCO), s'occupant de la rééducation de la voix, de la parole et des troubles du langage oral et écrit, et intervenant, dans les domaines curatif et préventif, auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes et de personnes âgées, en difficulté dans leur communication. L'orthophoniste entreprend une rééducation individuelle ou de groupe, parfois au domicile du patient, sur prescription médicale [...], [les séances étant] cotées en AMO (Acte Médical d'Orthophonie), qui sont remboursées à tout assuré social après accord de la demande d'accord préalable (DAP) auprès de l'organisme social dont il dépend. L'orthophoniste peut exercer sa profession à titre libéral en travaillant à son cabinet, ou à titre salarié soit dans le secteur public (dans les services hospitaliers de pédiatrie, ORL, neurologie, [...] rééducation fonctionnelle, etc.) soit dans le secteur privé (dans les centres spécialisés : centres médico-psycho-pédagogiques, centres de sourds ou d'enfants handicapés, instituts médico-pédagogiques, SESSAD,...). Son activité est parfois mixte, combinant les deux types d'exercice. Par ailleurs, l'orthophoniste peut être amené, dans le cadre d'équipes médicales, à participer au dépistage des pathologies du langage et de la communication, ainsi qu'à l'éducation sanitaire. Enfin, l'orthophoniste peut initier ou participer à des travaux de recherche dans son domaine, et être chargé d'enseignement dans les centres de formation. »

d. Remarques

L'orthophoniste est ici défini avant tout par son appartenance au domaine de la santé et du secteur médical. Ceci est important pour nous : il nous place dans un cadre scientifique, dont la démarche est précise et rigoureuse, et se fonde sur l'objectivité. Cette appartenance à la santé signifie également que l'orthophoniste est un soignant qui prend en charge des personnes en « mauvaise santé ». Le cadre thérapeutique sera donc soumis aux critères définis par le Code de la santé publique.

2.1.3. Définition de la FNO

a. Définition

La Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) est l'une des principales associations d'orthophonistes en France et est directement liée à Suzanne Borel-Maisonny, puisqu'elle est la fondatrice de son ancêtre : la SNO. On peut trouver sur son site la définition suivante de la « Pratique orthophonique ». Nous avons conservé les quasi-totalité de la définition car, quoique longue, elle comporte des termes qu'il est important de relever pour la définition de l'orthophonie.

« Au sens étymologique, l'orthophonie est l'articulation, sans défaut, d'une langue. Mais ce terme est plus fréquemment employé dans l'expression "rééducation orthophonique", qui a pour visée de corriger les troubles de la prononciation et qui recouvre la rééducation de la voix, de la parole, du langage oral et écrit.

L'orthophoniste est donc un **thérapeute** qui prend en charge les troubles de la communication orale et écrite, chez l'enfant, l'adolescent, la personne adulte ou vieillissante, dans un but de prévention et de réadaptation.

L'orthophoniste est un **auxiliaire médical** qui entreprend un bilan orthophonique sur prescription médicale.

A ce titre, il travaille en liaison avec les médecins généralistes ou spécialistes: oto-rhino-laryngologistes, pédiatres, psychiatres, neurologues, médecins de réadaptation fonctionnelle, gériatologues etc. [...]

Quel que soit son mode d'exercice, salarié, libéral ou mixte, l'orthophoniste se doit de respecter les **règles déontologiques** en vigueur. Que le choix d'une consultation auprès d'un orthophoniste soit lié au désir des parents (ou du patient) ou au conseil émanant de l'enseignant ou de tout autre intervenant (travailleur social, puéricultrice par exemple), une prescription médicale sera nécessaire pour le bilan, examen préalable à toute rééducation. L'orthophoniste réalise alors un bilan orthophonique portant sur l'analyse du langage oral ou écrit ainsi que sur les différents éléments liés à son élaboration. Le bilan permettra de déterminer avec précision la nature des troubles, l'opportunité et les chances d'une rééducation. Il est important de signaler qu'en raison de la grande variété des étiologies des troubles relatifs au langage, il faut délimiter le déficit et parfois renoncer à certains cas, en particulier celui des enfants psychotiques, et éliminer celui des individus dont les troubles sont liés à un retard scolaire, à des problèmes caractériels pouvant affecter certaines modalités d'expression ou d'apprentissage, ou encore à une attitude réactionnelle, dans laquelle les désordres du langage ont valeur de symptôme de difficultés psycho-affectives profondes (celles-ci pouvant alors relever d'un traitement psychothérapeutique) et pour lesquels la rééducation orthophonique risquerait de provoquer un déplacement du symptôme. Par ailleurs, il ne faut jamais perdre de vue qu'**un déficit dans le domaine du langage ne doit jamais être isolé de l'ensemble de la personnalité du sujet**. Le contexte d'apparition du trouble, son évolution, son retentissement, la motivation du sujet ainsi que la coopération de la famille doivent être pris en considération. Les modalités de la rééducation peuvent être très différentes, en fonction des cas, de l'origine du déficit, de sa spécificité, et de la personnalité de l'enfant. L'orthophonie est donc une **prise en charge diversifiée**, qui nécessite une **approche personnalisée** de manière à faire naître un besoin d'échange, chargé d'une signification affective dans la **relation à autrui**, et qui permette l'enrichissement, l'affirmation et l'épanouissement du langage par sa réalisation même. La rééducation apportera aussi évidemment au sujet, par ses **techniques spécifiques**, les moyens de mieux percevoir, de mieux comprendre le code oral ou écrit afin

d'améliorer la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale. »

b. Analyse

L'orthophoniste est un thérapeute, c'est son premier attribut selon la FNO. Nous verrons dans la suite de cette partie comment un thérapeute est défini, mais nous pouvons d'ores et déjà remarquer que son champ de signification et d'application semble vaste a priori : médical, psychologique, etc.

Ensuite, comme les auteurs du Dictionnaire d'orthophonie, la FNO rappelle l'appartenance de l'orthophoniste au champ médical et les obligations déontologiques auxquelles il est soumis. La définition de la FNO rend bien compte de la grande diversité des pratiques selon la personnalité de l'orthophoniste, celle du patient, et selon le trouble présenté, tout en rappelant que celles-ci s'inscrivent dans un cadre rigoureux : « règles déontologiques », « bilan sur prescription », « techniques spécifiques » etc. L'accent est toutefois mis sur la subjectivité du patient, et l'importance de la restauration ou de l'épanouissement de celui-ci dans une « relation à autrui ». La dimension psychologique est toutefois mise à distance puisque la FNO parle de « renoncer » à certains enfants psychotiques, ou d'autres patient dont le trouble du langage est symptôme d'un problème plus profond. Notons également que la FNO emploie à de nombreuses reprises le terme de « rééducation » pour qualifier le travail de l'orthophoniste, ce qui n'est pas le cas de la FOF, comme nous allons le voir maintenant.

2.1.4 Définition de la Fédération des Orthophonistes de France (FOF)

Voici la définition que l'on peut trouver sur le site de la FOF, ou plutôt la conception revendiquée par un syndicat qui s'est formé en réaction au caractère qu'il jugeait trop normalisant et rééducatif (au sens fonctionnel du terme) des conceptions de la FNO.

a. Définition

«L'orthophonie est une profession de soin qui a la particularité d'**agir sur et par le langage**.

Ce n'est pas le langage comme outil de communication et d'information qui est prioritairement notre objet, mais le langage dans sa puissance d'évocation, comme passage obligé pour la structuration de l'être parlant dans sa singularité et sa créativité.

Poser cela au fondement de notre acte nous amène à envisager toute manifestation de trouble dans l'usage langagier et toute intervention pour y remédier comme impliquant **nécessairement la dimension psychique, celle du patient et celle de l'orthophoniste**.

- L'engagement d'un travail avec le patient ne peut donc pas obéir à une injonction, fut-ce au nom de son bien, ni reposer uniquement sur une évaluation qui se voudrait objective. L'écart entre les troubles constatés et la plainte qui supporte l'adresse d'une demande est ce qui nous guide dans le premier temps de la rencontre avec le patient.

- Les moyens techniques sont des médiations qui doivent être pensées en cohérence avec notre conception du langage. Il ne s'agit pas de viser, par la répétition et le conditionnement, une efficacité mesurée par la réponse à des stimuli mais de chercher les conditions d'un investissement, d'une appropriation. Cela implique de respecter les conditions inhérentes à l'investissement langagier et à l'adresse d'une demande : **le lien à l'autre**.

Ce lien, qui relève de la subjectivité et non de l'affectivité, prend appui sur une déontologie et une éthique : le respect de l'individu comme être vivant, et de la personne organisée autour de ses idéaux et qui s'affirme dans ses choix, ses contradictions, ses refus, sont un minimum exigible de toute profession de soin. Il vaut pour le praticien vis-à-vis de ses patients mais aussi envers ses collègues et ses différents partenaires de travail et répond aux règles de la déontologie.

Cela se traduit par le respect de l'intimité, du cadre de travail, de la confidentialité, des spécificités professionnelles, une **pratique rigoureuse et intègre**.

La FOF se réclame depuis son origine d'une **éthique de l'être parlant (du sujet)** qui découle de notre conception du langage.

Ce qu'il s'agit de traiter n'est pas le langage envisagé comme une fonction isolée, le patient étant considéré comme une somme de fonctions à normaliser, mais le rapport que le patient entretient avec le langage, la manière dont il en est affecté comme être parlant et qui se manifeste par des altérations, des dysfonctionnements, des pertes, des inhibitions ; et ce, quelle que soit l'étiologie des troubles.

Limiter le langage à n'être qu'une fonction naturelle destinée à la communication et dont la maîtrise, assurée par une maturation fonctionnelle, serait un gage d'épanouissement du patient en garantissant la réussite relationnelle et la conformité sociale, supposerait que le langage se développe spontanément et que ses avatars ne puissent être imputables qu'à des déficits.

Dans cette logique, le patient comme l'orthophoniste n'ont d'autre alternative que la maîtrise ou le handicap. Cela ne rend pas compte des enjeux de la fonction symbolique. L'inscription dans le langage, le maniement de la langue et la prise de la parole nécessitent la parole d'un autre, inscrite dans une histoire, et seul accès possible au statut d'être parlant. **Le langage ne s'apprend pas, il se transmet**, de manière toujours singulière puisque le propre du langage humain est de ne pas être réductible à un système de signes. Une des caractéristiques du langage c'est d'évoquer une chose, au moyen d'un substitut.

L'orthophoniste doit donc avoir la liberté de penser sa pratique en articulant théorie et clinique, de construire ainsi une position de travail dans la soumission à la loi du langage et aux effets de la parole. Cela n'est pas compatible avec la standardisation des techniques, l'érosion des spécificités, l'interchangeabilité des praticiens considérés comme des techniciens au service d'une norme idéale.

b. Analyse

Nous verrons dans la deuxième partie comment s'est formée la FOF, mais l'on peut déjà remarquer que le discours ici se réfère à un langage dont la tendance est plus « psychanalytique ». Tandis que, dans sa définition, la FNO intégrait la dimension psychique des troubles du langage de manière réservée – du moins très encadrée par la dimension médicale et technique de la profession – la FOF, elle, l'énonce comme une nécessité dans les troubles du langage. Dans cette conception, le langage est intriqué à la relation à l'autre et libre de tout apprentissage, c'est pourquoi le travail est bien plutôt considéré comme une thérapie que comme une rééducation. Il est rappelé que la norme est bien entendu prise en compte et qu'il existe dans cette conception une méthodologie et une rigueur, mais qui laisseront une place centrale à l'inconnu que représentent la subjectivité du patient ainsi que celle de l'orthophoniste.

Relevons qu'il n'est nullement mentionné de « rééducation », terme auquel on a préféré celui de « travail avec le patient ».

Nous allons voir que Mme Borel-Maisonny elle-même, synthétise dans sa tentative de définition, les conceptions précédemment énoncées.

2.1.5 Borel-Maisonny

A l'occasion de la rédaction de leur ouvrage, AIMARD et MORGON ont demandé à Mme Borel-Maisonny de donner sa définition de l'orthophonie. Celle-ci, au lieu de leur donner un document rigoureux, a répondu dans une lettre que nous reproduisons ici, tant elle reflète la difficulté d'emprisonner la profession dans une case précise :

« [...] Je me dirai intimidée par tant d'exigence nécessaire peut-être, mais rendant la tâche difficile, oh! combien. L'orthophonie, je la connais à travers ce que j'ai vécu puisque j'ai dû la créer où je passais. Si je me cantonne dans un récit dogmatique et sérieux, vous ne me lirez pas jusqu'au bout car je me serai moi-même ennuyée à l'écrire. Si je me borne aux images qui me traversent l'esprit, vous me direz : ce n'est pas sérieux ; aussi je vais vous donner une permission, vous retirez de mon récit tout ce qui vous semblera déplacé pour un traité. En restant très près de la vie je frôlerai tantôt l'ironie tantôt une extrême gravité et toujours il y aura un relent du passé que je me garderai bien de trahir.

Voici quelques exemples épars :

- 1925, audition : L'O.R.L. Interroge un malade qu'on dit sourd. Il appelle son infirmière.
- Voyons, faut en finir, apportez-le donc.. L'infirmière apporte l'objet, un pistolet. Un clin d'œil du patron, elle tire. L'homme sursaute.
- Voyez bien qu'il n'est pas sourd !

- Ici, tragique histoire : une pupille de l'A.P. Se plaît, dit-on, à se donner en spectacle à l'entrée du dortoir avant d'aller se coucher ; elle a du public.

La médecine d'alors laisse entendre que c'est pure comédie et voici qu'un jour, la simulatrice invente de tomber morte !

- Changeons d'hôpital : une vieille infirmière domine sur trois salles. Dans l'une d'elles, le médecin-chef examine un cas d'obstétrique . Précipitamment, l'infirmière retire un gosse trop intéressé qui traînait dans le couloir.

- va écouter mes serins, ça vaudra mieux !

Car nous travaillons à côté d'une cage pleine d'oiseaux chanteurs. « Orthophonistes de maintenant, qu'en pensez-vous ? »

- « Guérison des gros mots à Saint-Vincent-de-Paul » : le petit X, 5 ans, fils d'un dentiste, parle fort bien et personne n'hésite à comprendre ce qu'il dit. On inscrit sur sa fiche : phonation 1, mais vocabulaire incroyablement grossier. Ce matin-là, Monsieur Petit fait la consultation. La mère lui conduit le coupable.

- Ah, Ah, dit-il en palpant le crâne de l'enfant imperturbable, je sens que j'arrive dessus, il y a une tumeur bénigne, il faudra peut-être l'opérer. Si le mal subsiste encore, dans trois jours vous me l'amènerez.

L'histoire raconte que pendant un mois l'enfant n'a plus dit un seul gros mot !

• Y m'est envoyée par son psychiatre, elle comprend du langage mais ne parle pas. Je la fais assister à des épisodes de roman à tiroirs créés spécialement pour ces enfants. Perdue dans le groupe d'enfants, en quelques semaines, elle se met à parler quand on n'y fait pas attention.

Mais, me direz-vous, ce sont des cas psychiques, où est l'orthophonie ? Et bien voilà, les cas sont très nombreux où il y a bien autre chose à considérer que l'absence de parole ou l'aspect bien incompréhensible de celle-ci. Va-t-on les repousser parce qu'ils ne cadrent pas exactement avec la formule de l'*Officiel* : « L'orthophoniste est autorisé à rééduquer les cas de troubles de la parole et du langage, qu'ils soient d'origine organique ou fonctionnelle » ?

J'ai assisté à Bordeaux à un rassemblement d'orthophonistes signalant l'état d'angoisse les saisissant quand il s'agit de corriger ce qui ne va pas. Je pense que l'attitude de l'éducateur doit être autre. Il doit évaluer l'importance du trouble et ses propres ressources d'orthophoniste. Bref, il faut de l'imagination et de la technique. C'est une grande chance que le diagnostic médical ait été imposé avant le diagnostic orthophonique, mais les deux s'imposent.

L'immense étendue du domaine pourrait inclure les troubles de la parole, du langage, accompagnés bien souvent d'autres troubles, l'évaluation des possibilités du rééducateur lui est indispensable.

Vous m'excuserez d'avoir choisi quelques exemples parmi les centaines de cas qui présentent une certaine analogie mais jamais une correspondance totale.

On accuse trop souvent les orthophonistes de se borner à la modification des symptômes sans aller plus loin et c'est peut-être sur ce point-là que les critiques ont été les plus vives.

L'orthophoniste sans la liberté de créer s'il le faut le traitement qu'il juge approprié devrait abandonner sa tâche. [...]

2.2 Rééducateur

Le terme de rééducateur est souvent associé à celui d'orthophoniste. Pourtant, loin de lui être spécifique, il recouvre dans les textes officiels, d'autres réalités que celle de l'orthophonie.

2.2.1. Le rééducateur de l'Education Nationale

a. Détenteur du C.A.P.E.J.S.

La rééducation du langage est l'une des deux compétences de l'enseignant spécialisé des jeunes sourds, détenteur du Certificat d'Aptitudes au Professorat de l'Enseignement des Jeunes Sourds (CAPEJS). Il effectue le bilan de communication, des difficultés de la voix, de l'audition, de la parole, du langage oral ou/et écrit, et met en œuvre le travail d'éducation et de rééducation des personnes atteintes de surdité. Il accompagne l'adaptation prothétique et les réglages y compris des enfants porteurs d'implant. Il est donc formé par l'Education Nationale et est un enseignant (c'est la deuxième compétence définie par son diplôme).

b. Détenteur du C.A.P.A.-S.H.

Le terme de rééducateur est un terme spécifique qui définit « une personne au sein d'un RASED [...] habilitée à mener des actions d'aide spécialisée à dominante rééducative auprès des enfants en difficulté scolaire globale ou particulière, éventuellement auprès d'enfants handicapés. [...] [Elle] reçoit les élèves pendant le temps scolaire soit en groupe, soit individuellement. »⁹ « L'aide spécialisée à dominante rééducative est en particulier indiquée quand il faut faire évoluer les rapports de l'enfant aux exigences de l'école, instaurer ou restaurer son investissement dans les tâches scolaires. Elle a pour objectif d'engager les élèves ou de les réintégrer dans un processus d'apprentissage dynamique. Cette aide est dispensée par des enseignants spécialisés titulaires du C.A.P.A.-S.H. (Certificat d'Aptitude pour les Aides spécialisées pour les enfants en Situation de Handicap) option G. »¹⁰

Le rééducateur est donc avant tout lié à la pédagogie et à l'éducation. L'orthophoniste n'est donc pas un rééducateur au sens des définitions données ci-dessus.

2.2.2. Les autres rééducateurs

On peut regrouper sous le terme générique de rééducateur les professionnels paramédicaux suivants : masseur-kinésithérapeute, podologue-pédicure, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, diététicien. Ce terme recouvre donc un vaste champ d'application et l'orthophonie n'en est qu'une partie.

Par ailleurs, dans le livre déjà cité *Educateur ou thérapeute*, Muchielli-Bourcier emploie le terme de rééducateur pour remonter aux sources de l'orthophonie, parce que c'est dans la réalité variée des « rééducateurs » que sont nés les rééducateurs du langage, ancêtres des orthophonistes...

9 « rééducateur », *Dictionnaire d'orthophonie*, 2e édition, OrthoEdition

10 Bulletin officiel n° 31 du 27 août 2009, tiré du site : <http://www.education.gouv.fr>

2.2.3. Définition dans le domaine de l'orthophonie

a. Définition générale

Voici ce que l'on trouve à l'article « Rééducation » du *Robert* :

1899 1. Méd. « Action de refaire l'éducation d'une fonction lésée par accident » (Académie) ; résultat de cette action. Par ext. Ensemble des moyens utilisés pour parvenir à ce résultat

2. Education (morale, idéologique) nouvelle.

Et voici ce que l'on trouve à l'article « Rééduquer » :

1. Procéder à la rééducation de.

2. Eduquer (moralement) une seconde fois, différemment.

Il s'agit donc encore une fois, d'éducation. Or nous avons déjà pu voir que l'orthophonie ne fait pas de l'éducation, même pour *une seconde fois*.

b. Dictionnaire d'orthophonie

« *Rééducation orthophonique* : terme générique recouvrant des réalités diverses en fonction des troubles (troubles acquis ou développementaux), de la pathologie concernée, des demandes de la personne (par exemple enfant ou adulte), des modalités d'intervention du praticien (choix des méthodes), et des modalités pratiques des séances (durée, fréquence, travail en relation duelle ou en groupe, en équipe pluridisciplinaire ou non, etc.). De façon générale, la rééducation orthophonique a pour but de **mettre en place des capacités ou des compétences spécifiques, de restaurer un fonctionnement normal, et/ou de mettre en place des moyens palliatifs ou de compensation**. Elle implique un accord initial entre l'orthophoniste et le patient, et nécessite des réajustements en cours d'évolution. La rééducation est toujours précédée d'un bilan orthophonique qui détermine ses objectifs et qui permet la rédaction d'un compte-rendu et l'établissement d'une demande d'entente préalable auprès des Caisses d'assurance maladie. Les séances de rééducation elles-mêmes ne sont remboursées à l'assuré social qu'après obtention de l'accord à la DEP. »

c. Remarques

La 2ème édition du Dictionnaire prend en compte la diversité des pratiques d'une rééducation, si bien que l'on se perd dans toutes les modalités énoncées. De ce flou ressort cependant l'idée que la rééducation est une restauration, autrement dit une reconstruction, ou encore un ensemble de moyens de compensation. Nous ne sommes donc pas dans l'éducatif. La rééducation ne se rattache pas à une méthode en particulier mais le choix de celle-ci est laissé au jugement de l'orthophoniste. Il y a cependant ici une idée de norme et de fonctionnement (qui renvoie donc au fonctionnel) que nous ne trouvons pas dans le terme de « thérapeute » que nous définirons plus loin.

d. Le rééducateur du langage (écrit)

Dans le domaine de l'orthophonie, ce terme renvoie à une école particulière, celle de Chassagny, qui a formé les premiers « rééducateurs du langage écrit » par l'Institut Pédagogique d'Enseignement Rééducatif Spécialisé. Nous prenons quelques mots-clés qu'il associe à notre fonction, dans son livre *Pédagogie Relationnelle du Langage*.

- « *L'enfant en difficulté est d'abord un enfant, le rééducateur est d'abord un adulte.* »¹¹ Il s'agit là d'un être qui est lui-même un sujet, avant tout, c'est pourquoi il doit accueillir l'enfant qui vient à lui avant tout comme un sujet, et non comme un trouble.
- « *un naisseur à la parole* »¹², c'est ce qu'est le rééducateur lorsqu'il permet à l'enfant de ne plus considérer les mots et le langage comme ses ennemis, comme des éléments qui l'empêchent d'exister, mais qui au contraire vont l'aider à être compris et à comprendre.
- « *Le rééducateur est réellement un thérapeute* »¹³ et non plus un simple réparateur de langage. Il est thérapeute si le cadre et le temps qui est donné à l'enfant, autour du langage écrit, lui permettent d'évoluer dans sa personnalité et son développement psychique.

2.3. Thérapeute (du langage)

Le terme, appliqué à l'orthophonie, est assez récent et reflète une approche spécifique de notre profession, à savoir celle d'un soin apporté à la personne, sans la réduire à son symptôme. Nous nous sommes interrogés sur l'origine et l'emploi du terme de « thérapeute », afin d'éclaircir notre réflexion.

2.3.1. Définitions générales

a. Définition du Robert

Voici ce que nous trouvons à l'article « Thérapeute » :

- I. Antiq. Ascète juif (homme ou femme) qui vivait en communauté non loin d'Alexandrie.
- II. Didact. 1. Personne qui soigne les malades.
2. Psychothérapeute.

Notons que les Thérapeutes, secte d'ascètes juifs du II^e siècle environ, décrite par Philon d'Alexandrie – lui-même juif de culture helléniste – sont les premiers à s'être appelés ainsi, parce qu'ils pratiquaient une certaine médecine de l'âme, et notamment par le rêve. Ces premières définitions nous renvoient donc à la dimension psychologique du terme.

11 C. CHASSAGNY, *Ibid.*, p. 18

12 *Op. cit.* p.19

13 *Loc. Cit.*

Voici ce que l'on trouve dans le même dictionnaire à l'article « thérapeutique » :

I. N. f. 1. Partie de la médecine qui étudie et met en application les moyens propres à guérir et à soulager les malades .

2. Ensemble des moyens de traitement mis en œuvre dans un cas particulier ; ensemble de procédés de traitement.

II. Adj. 1. Qui concerne l'ensemble des actions et pratiques destinées à guérir, à traiter les maladies ; apte à guérir.

2. Qui soigne, tend à guérir d'un mal, d'un trouble (psychique, moral).

Il est ici question des soigner des maladies ou de soulager des patients. Si l'orthophoniste est thérapeute, il est donc dans le cadre du soin de la personne, il a pour objet des maladies du langage pour lesquelles il peut prodiguer des traitements. Il est en quelque sorte un « médecin du langage ».

b. Dictionnaire d'orthophonie

« 1) médecin traitant ou spécialiste qui étudie scientifiquement différents moyens de traitement.

2) par extension, peut-être grâce à l'étymologie grecque de ce mot (*therapeuein*, soigner) ou à cause de l'usage du mot thérapie dans le domaine du soin non médicamenteux (psychothérapie, kinésithérapie, etc.), le mot thérapeute est devenu un suffixe qui désigne la personne qui soigne, ce suffixe étant précédé de la spécialisation du thérapeute : ergothérapeute, kinésithérapeute, physiothérapeute, psychothérapeute, etc. »

2.3.2. Conceptions du thérapeute du langage

Il semble que le terme de rééducation s'applique plus souvent à des problèmes organiques ou fonctionnels (nous ferons volontiers une rééducation auditive, une rééducation vocale ou encore une rééducation de la déglutition). Mais aventurons-nous sur des pathologies moins bien délimitées, moins ciblées, comme la dyslexie-dysorthographe, le retard de langage, etc., et le terme de « thérapie » nous apparaîtra bien plus approprié, parce que l'on pressent qu'il englobe non seulement la sémiologie d'un trouble, mais aussi les caractères variés de la personne entière. Le « thérapeute du langage » renvoie à une approche thérapeutique des troubles de la communication, fondée en 1981 par Marc Lindenfeld, psychanalyste, et Geneviève Dubois, phoniatre, et que l'on connaît sous le nom de Thérapie du Langage et de la Communication (TLC). Nous développerons plus loin cette approche. Pour l'heure, nous nous cantonnons à la conception du thérapeute du langage dans cette approche. Dans l'ouvrage *Orthophonie*, d'AIMARD et MORGON, Dubois et Lindenfeld insistent sur la « démarche longue et difficile » du praticien pour se connaître, se reconnaître et renaître à soi et aux autres¹⁴. En effet, selon eux, « être thérapeute du langage et de la communication, c'est reconnaître à l'enfant la place qui lui revient : celle d'un interlocuteur à part entière. »¹⁵. Pour ce faire, le thérapeute doit avant tout lui-même se reconnaître comme interlocuteur, comme sujet porteur d'une parole qui a de la valeur. En 1984, Mucchieli-Bourcier écrivait à propos du rééducateur – pour lequel elle revendique le titre de thérapeute du langage – qu'il a « inévitablement un rôle de psychothérapeute » et que la « connaissance de soi et une démarche essentielle. »¹⁶

14 A. MORGON, P. AIMARD, *Ibid.*, p.221.

15 *Op. cit.* p.221.

16 A. MUCCHIELI-BOURCIER, *La dyslexie, maladie du siècle*, Ed. ESF, 8ème édition, p. 125.

3. Evolution du concept

A la fin de ce voyage à travers les différents horizons auxquels touche l'orthophonie au moyen des appellations qu'elle revêt, il convient de reproduire ici le bref rappel que Mucchieli-Bourcier effectue¹⁷, à propos de l'évolution du concept de rééducation :

- x 1950 : E. ROSENBLUM propose le terme d'*orthopédagogie* pour qualifier les récentes méthodes rééducatives.
- x 1959 : M. DEBESSE lui préfère le terme de *pédagogie curative*. C'est en effet le terme qui convient à l'immense et fécond travail de S. BOREL-MAISONNY accompli par elle dans ce domaine.
- x 1967 : le Docteur CAHN et Thérèse MOUTON tentent d'une manière originale et efficace de fonder l'*orthopédagogie psychothérapique*. Le terme thérapie est dans l'air.
- x Vers 1970 : C. CHASSAGNY abandonnant ce qu'il a appelé plus tard l'ultra-pédagogie, crée la *pédagogie relationnelle du langage*.
- x 1975 : M. LOBROT réclame une *rééducation psychothérapique*.
- x 1977 : O. DELAUNAY parle de *psychothérapie passive*, mais propose aussi, plutôt que le terme d'orthophonie, celui d'*orthologie*.
- x 1978 : Mucchieli-Bourcier propose les *thérapies spécialisées du langage écrit*.

Bien qu'elle se cantonne à des écoles de pensée particulières, on ne peut que remarquer la nette influence de la psychologie et de la psychanalyse sur l'évolution des concepts en orthophonie.

4. L'orthophoniste : un auxiliaire médical

Avant d'entrer dans des considérations législatives, rappelons brièvement à quel corps de métier nous nous rattachons. Voici la définition d'un « auxiliaire médical » selon le Dictionnaire d'orthophonie :

« Professionnel ayant reçu une formation spécifique pour dispenser certains soins et traitements prescrits par le médecin et sous son contrôle. Les audioprothésistes, les ergothérapeutes, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les opticiens, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures sont des auxiliaires médicaux qui dépendent tous du Ministère de la Santé. »

L'orthophoniste est le seul auxiliaire médical (soumis donc à l'avis du médecin) auquel est reconnue la capacité de poser un diagnostic, à l'issue du bilan prescrit par un médecin.

17 A. MUCCHIELI-BOURCIER, *Educateur ou thérapeute*, Ed. ESF, 1979, p.177

CONCLUSION

Au terme de ce labyrinthe que représente l'orthophonie, ce que l'on peut en dire, c'est que c'est la profession du **soin du langage par le langage**, qui est de ce fait à la fois objet et moyen. L'orthophoniste soigne, parce qu'il est un auxiliaire médical. Ses racines sont médicales, tant par son histoire que par la loi qui régit sa profession. Il est un thérapeute, au sens où il prend soin de l'autre. Et les soins qu'il applique ont pour objet le langage, oral ou écrit, et ses maladies, ainsi que la communication d'une manière plus générale. Le champ est immensément vaste et difficile à cerner. Nous verrons qu'en pratique, les orthophonistes ont parfois du mal à définir précisément leur rôle, à *se* positionner en tant que thérapeute. *Quelles positions pour quel(s) soin(s) ?*, interrogent BOURRINET et CAËR dans un mémoire de 2011. Les enjeux relationnels se situent au cœur de cette problématique. Pour en comprendre la richesse et la complexité, il nous faut maintenant plonger dans le développement psycho-affectif de l'enfant.

DES ORIGINES DU SUJET

« Il ne me reste plus, grosso modo, qu'un mystère à résoudre, la conscience humaine. »

DANIEL DENETT

« Le langage est la maison de l'être, dans son abri habite l'homme ».

MARTIN HEIDEGGER

INTRODUCTION

Etre sujet, c'est pouvoir dire et être « je ». Et être « Je » n'est pas une mince affaire. D'ailleurs, philosophes, psychologues, scientifiques, anthropologues, et autre linguistes ne sont toujours pas parvenus, après des siècles et des centaines de milliers de pages, à élucider la question. Le chemin est infini, et c'est bien ce qui fascine dans la question vertigineuse des origines. C'est aussi ce qui nous interroge en tant que thérapeute de langage. En effet, le développement de la subjectivité nous intéresse parce qu'elle pose la base du langage.

Dans cette partie, nous envisageons le développement de l'enfant sous deux aspects : son développement à travers ses premières relations, d'une part, et à travers l'acquisition de son langage, d'autre part. Diviser les deux aspects n'est pas aisé. Ils sont intrinsèquement liés : l'organisation du psychisme de l'enfant dépend étroitement de sa capacité à parler, c'est-à-dire à symboliser, en disant « non », puis « je », nous expliquent les auteurs que nous citons ici. Mais cette capacité ne s'élabore chez le sujet qu'à la condition d'avoir bénéficié au préalable de relations suffisamment structurées et structurantes. Et ces relations, enfin, se construisent par les regards, les gestes et les mots des premiers Autres de notre existence : le père et la mère.

Nous verrons, enfin, comment langage et relation sont constitués des mêmes matériaux, tous deux faits de corrélations et d'oppositions.

I – LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT A TRAVERS SES

PREMIERES RELATIONS

Notre intention, dans ce chapitre, n'est pas de fournir une liste exhaustive de toutes les théories ayant pour objet le développement de l'enfant. Ce qui nous intéresse ici, c'est d'approcher le lien étroit qui existe entre la subjectivité d'un individu et ses interactions. « *L'homme est un animal politique plus que n'importe quel animal grégaire* » écrivait Aristote, et ce grâce à une faculté qui est singulière à l'humain : le langage. C'est donc le langage, en tant que capacité symbolique, qui fonde toute société ; et c'est dans la famille, première société, que le langage trouve ses origines.

1. La relation entre la mère et l'enfant

1.1 Interactions précoces

Dans son livre *Connaissance de l'enfant par la psychanalyse*¹⁸, et dans la partie concernant la relation objectale de l'enfant, Serge LÉBOVICI consacre un chapitre aux interactions précoces entre la mère et l'enfant. C'est dès la conception, et même dès la genèse du couple, nous dit-il, que la relation naît entre la mère et l'enfant. L'enfant n'existe pas encore dans la réalité, mais il est déjà présent dans l'imagination (à un niveau conscient), et dans le fantasme (à un niveau inconscient) de la mère.

1.1.1. Le bébé imaginé ou imaginaire

Tout au long de la grossesse, la mère se représente son bébé, elle prévoit son avenir, l'anticipe, à travers ses rêveries. Elle voit le bébé à l'échographie, elle en parle, et elle lui parle. Elle choisit le prénom, avec ou sans son conjoint, qui constitue en quelque sorte le « mandat transgénérationnel » reliant l'enfant à l'histoire propre de sa mère et de ses grands-parents. Une identité lui est déjà donnée, et avec elle, un projet de vie.

1.1.2. Le bébé fantasmé

L'enfant fantasmatique est le produit du désir de maternité, qui s'installe avec les identifications œdipiennes de la mère. C'est l'enfant désiré de son père, lorsqu'elle était dans l'élaboration de son propre complexe d'Oedipe (notion développée par S. FREUD et sur laquelle nous reviendrons plus loin). C'est la part inconsciente du projet de vie que la mère développe pour son enfant. Ainsi, il y a dans l'histoire de ce dernier, une origine intentionnelle, et une origine issue du fantasme maternel. C'est ce qui fera dire à LÉBOVICI dans un célèbre article, que « *l'enfant investit sa mère avant que de la percevoir* ».

18 LÉBOVICI S., *Connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, PUF, 1970, pp. 349 – 367 (4ème édition)

Autrement dit, l'enfant est déjà présent dans l'esprit de sa mère, dans ses fantasmes, en lien avec les relations objectales de celles-ci, et ceci pose les premiers jalons des interactions futures.

1.2 Narcissisme primaire

Le narcissisme primaire, bien qu'introduit par FREUD, a été étudié et développé par ses successeurs. Nous nous appuyons essentiellement sur D.W. WINNICOTT¹⁹ pour développer cette partie.

Les narcissismes primaire et secondaire sont des périodes qui organisent la libido de l'enfant, jusque vers 4 ans. Durant le narcissisme primaire, l'enfant a tendance à interpréter ce qui se passe comme si tout venait de lui, et il tend à le rapporter à lui.

1.2.1. Une « mère suffisamment bonne »

La « mère suffisamment bonne », c'est la mère qui n'est pas dans l'anticipation permanente des besoins de son enfant, afin qu'il puisse avoir un espace. Elle lui laisse un laps de temps suffisant entre sa demande et la réponse à cette demande, pour que s'élabore en lui la capacité à désirer, et pour trouver des moyens en lui d'anticiper la réponse qui va lui être donnée. La mère suffisamment bonne n'est pas non plus négligente, c'est-à-dire qu'elle ne laisse pas son enfant pleurer trop longtemps, parce que celui-ci ne peut pas encore se représenter le retour de l'absent, et peut sombrer dans le désespoir pendant une attente trop longue.

1.2.2. Les comportements maternels

Le développement du sentiment d'unité et d'identité de l'enfant s'appuie, selon WINNICOTT, sur trois modes de l'expression de l'amour maternel :

- le *holding* ou le maintien ; c'est la façon dont est porté l'enfant, physiquement et psychiquement. Ce sont les soins maternels qui soutiennent le MOI de l'enfant encore immature. Cette notion est centrale car elle aboutit à la construction du Self de l'enfant, à condition que la mère lui assure et lui offre, de façon satisfaisante et continue, une sécurité affective et une chaleur protectrice. Le holding met en place chez l'enfant le **sentiment d'exister** et de se sentir comme une unité différenciée.
- le *handling* ou le maniement. C'est la manière dont l'enfant est traité, soigné et manipulé par sa mère. Les conditions et effets du handling participent au développement du fonctionnement mental, ainsi qu'à la **reconnaissance de l'interaction entre le corps et la psyché**.
- l'*object-presenting* : c'est la façon dont la mère va présenter les objets et la réalité à l'enfant. C'est la phase des premières relations objectales permettant à l'enfant, par leurs qualités, de **s'approprier et d'utiliser les objets**.

19 WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Ed. Gallimard, 1975.

1.2.3. Préoccupation maternelle primaire, illusion du trouvé-créé

Lors du narcissisme primaire, l'enfant et la mère sont fusionnels et indifférenciés : c'est, pour l'enfant, un état anobjectal. La « préoccupation maternelle primaire » est l'état psychique dans lequel se trouve la mère pendant la grossesse et les quelques semaines suivant la naissance. C'est un processus d'identification qui lui permet de s'ajuster en permanence aux besoins de son enfant. Elle est centrée sur lui et a mis de côté ses propres besoins de femme. Cette période est cruciale parce qu'elle constitue un **réservoir d'amour et de consolidation** de l'enfant. D'ailleurs, de son côté, il est non seulement dans la fusion totale avec sa mère, mais il est également dans une illusion de toute-puissance. La mère répondant à ses besoins, il « croit » créer le sein qui se présente à lui quand il a faim. C'est ce que WINNICOTT appelle l'illusion du « trouvé-créé ».

Durant cette période de fusion, la mère, grâce à sa capacité à s'identifier à son enfant, interprète et traduit les angoisses auxquelles ce dernier fait face. L'enfant, qui n'a pas de conscience de lui-même, ni d'unité, se trouve dans un monde morcelé en motions pulsionnelles éparses. La mère, par les mots, par son ajustement (« oui, mon bébé, je sais que tu as faim ») structure ces premières émotions et les apaise. BION a également parlé de cette capacité chez la mère à donner du sens, à **rendre significatives les premières émotions** du bébé. C'est ce qu'il a appelé la « *fonction alpha* », qui permet à la mère de traduire ce que l'enfant ressent : à tel cri sera attribué la sensation de faim, à tel autre celle de la douleur, etc.

1.2.4. La fin de l'indifférenciation : le « détruit-trouvé »

Après quelques semaines, la mère sort de cet état de « folie » nécessaire, et retourne à ses désirs de femme. Ses réponses sont moins parfaitement adaptées à l'enfant, les délais se font plus longs. Il en résulte la naissance d'une agressivité de l'enfant envers la mère, puisqu'elle n'est plus au service de sa toute-puissance. Il est d'ailleurs forcé de sortir de l'illusion du « trouvé-créé », dans laquelle il « pensait » être à l'origine de sa satisfaction. Face à cette décharge d'agressivité, la mère, dans des conditions normales, va pouvoir recevoir cette agressivité sans se laisser ébranler par elle. Ainsi, elle n'est pas détruite par la rage de son enfant, tout en répondant à ses manifestations de frustration et de déplaisir. L'enfant sent alors qu'il n'a pas tout pouvoir sur sa mère ; il est sécurisé. Mais il sait qu'il peut tout de même l'atteindre, et que ce qu'il manifeste peut modifier le comportement de sa mère. C'est la période du « détruit-trouvé », période qui permet à l'enfant, si elle est suffisamment sécurisante pour lui, d'accéder à une **première différenciation d'avec la mère**. En effet, comme la mère survit à son agressivité, l'enfant peut commencer à la percevoir comme ne faisant pas partie de lui. L'objet sort indemne, mais pas tout à fait identique, de la pulsion destructrice de l'enfant. C'est la sortie du narcissisme primaire.

1.3 Narcissisme secondaire

Le narcissisme secondaire commence vers le troisième mois de vie de l'enfant. L'entrée dans cette seconde période est caractérisée par la première séparation symbolique qui a eu lieu entre la mère et l'enfant. Cette première séparation, opérée par ce que nous venons d'évoquer, le « détruit-trouvé », permet à l'enfant de sortir de la symbiose et de s'acheminer vers une perception stable de l'objet.

1.3.1 Vers les relations objectales

a. Les marqueurs de l'organisation psychique

R.A. SPITZ²⁰ a repris et décrit trois moments-clés, dans la vie du bébé, qui marquent des étapes fondamentales dans l'organisation de son psychisme.

- *le sourire*

Vers 3 mois, l'enfant offre un sourire volontaire à sa mère. Il est déjà dans une relation d'objet, mais le sourire, dit SPITZ, indique qu'il est réellement dans un **premier échange**. Les affects que lui renvoie l'objet maternel, l'enfant les perçoit comme un reflet de ce qu'il ressent, lui, de ce qu'il est, lui. Et la capacité de l'objet à répondre à ses sollicitations est directement liée à sa capacité à être un « bon bébé » ou un « mauvais bébé », qui fait réagir ou non sa mère. Ainsi, le sourire offert et rendu par la mère, permet à l'enfant non seulement de percevoir la mère comme objet, mais de commencer également à se percevoir comme objet.

- *Le « stade du miroir » et l'angoisse du 8ème mois*

C'est WALLON²¹ qui, le premier, a décrit ce moment où l'enfant se découvre, et découvre son unité dans son reflet. L'auteur situe ce moment entre le 6ème et le 12ème mois. L'enfant se reconnaît lui-même. LACAN reprendra cette idée en affirmant que ce stade est une **étape essentielle dans la constitution du « Je »**. L'angoisse du 8ème mois est décrite par Spitz comme étant le deuxième organisateur significatif de la vie psychique de l'enfant. Elle correspond, grâce à la maturation du système neurologique de l'enfant et de sa vision, à la distinction par l'enfant entre le visage de sa mère et celui d'une tierce personne. Le voilà confronté à deux nouvelles données : d'abord, il pensait que tous les visages étaient semblables, et qu'il était ce qu'il voyait. Ensuite, il réalise que le visage d'autrui est différent. Il est donc face à une angoisse de dépersonnalisation. Mais c'est cette angoisse qui va le conduire à une **individuation de sa personne** : il n'est ni sa mère, ni l'étranger, il est lui-même.

Jacques LACAN, lui, considère ce stade du miroir, nous le disions, comme étant la phase de formation du Je. L'enfant, percevant son reflet dans le miroir, considère premièrement cette image comme étant celle d'un autre, il croit d'ailleurs que cette image, c'est l'autre.

20 SPITZ R., GOBLINER G., *De la naissance à la parole : la première année de vie*, PUF, 1968.

21 WALLON H., *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*, Paris, PUF,

coll. « Quadrige Le psychologue », éd. de 1983.

Dans un second temps, il perçoit l'image comme étant image et non objet réel, mais ça n'est que dans une troisième phase qu'il commence à *se* concevoir à travers cette image ; il la reconnaît comme étant sienne, **il devient sujet**.²²

L'enfant devient un Je, mais celui-ci ne répond pas encore à un Tu. Le processus de sortie de la fusion avec la mère se fait progressivement.

- *Le « non »*

C'est selon SPITZ, le 3ème indicateur d'une organisation psychique. Il correspond, d'un point de vue du développement physiologique et instrumental, au temps où l'enfant se met à marcher, se déplacer. C'est une étape marquante dans son chemin d'autonomie, il peut maintenant lui-même se dérober au regard de sa mère, tandis qu'auparavant il était seulement spectateur passif de la disparition de cette dernière. Avec cette indépendance, l'enfant est également soumis à beaucoup plus d'interdits et de « non ». Mais il est lui aussi capable de dire non. Ainsi marque-t-il **l'affirmation volontaire de sa personnalité** et de sa volonté propre ; et c'est alors que s'instaure une véritable communication inter humaine.²³

La période du « non » correspond au stade anal décrit par FREUD, qui se situe dans la deuxième année de vie de l'enfant. C'est la période durant laquelle l'enfant récupère une sorte de pouvoir envers sa mère, qui attend ses fèces comme une sorte de récompense. L'enfant peut ainsi exercer sa capacité à donner ou à retenir ce que l'on attend de lui. C'est le temps où l'enfant s'affirme dans l'agressivité. Il indique à son entourage qu'il est capable de juger, de nier, d'exercer sa volonté, en affirmant sa personnalité.

b. auto-sensualité et auto-érotisme

Freud et les psychanalystes qui l'ont suivi distinguent l'*auto-sensualité* de l'*auto-érotisme*.

La première concerne les trois premiers mois de vie de l'enfant. Il n'est pas dans une relation d'objet, il est dans une fusion totale avec sa mère. Il est alors dans l'illusion du « trouvé-créé » c'est-à-dire qu'il croit que toutes les sensations agréables qu'il ressent viennent de lui. C'est l'*auto-sensualité*, et c'est une période importante, qui donne un fondement sûr à la constitution de son MOI ultérieur. Vers le troisième mois, comme nous l'avons vu un peu plus haut, l'enfant manifeste par l'échange de sourire, qu'il est entré dans une première relation objectale avec sa mère. Suffisamment rassuré par les retours de sa mère après chacune de ses absences, il peut reprendre à son compte les échanges qu'il a eus avec elle durant ses moments de solitude. Ainsi, ses comportements de succion entre les tétées auront vocation de le rassurer, et le bébé évolue alors entre des **phases intersubjectives**, pendant lesquelles il communique avec son premier « objet d'amour » - sa mère -, et des **phases intrapsychiques**, durant lesquelles il revit intérieurement les expériences émotionnelles (satisfaisantes ou traumatisantes) qu'il a vécues avec lui.

C'est l'*auto-érotisme*, qui lui permet de développer des processus d'auto-représentation, c'est-à-dire sa façon de **se sentir**, de **se voir** et de **s'entendre**. Cette période est intrinsèquement liée à la capacité de la mère à être « suffisamment bonne », c'est-à-dire à être suffisamment présente pour permettre à l'enfant d'élaborer une auto-représentation positive, et à être suffisamment absente pour lui laisser ces temps de solitude dans lesquels cette auto-représentation peut être mise en place.

22 LACAN J., *Ecrits I*, Editions du Seuil, 1999.

23 SPITZ R., *Le non et le oui, la genèse de la communication humaine*, P.U.F, 1962.

2. La relation entre le père et l'enfant

Si la relation à la mère a été l'objet de nombreuses considérations psychanalytiques, celle au père demeure l'objet d'une étude de moindre envergure. Il est remarquable de constater que le lien physique et biologique entre un père et son enfant ne peut être pensé que depuis quelques décennies, avec la possibilité technique d'établir une relation génétique certaine. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle tant de sociétés se sont constituées autour de la mère : l'origine paternelle ne pouvant être certifiée, seule la mère peut être responsable du foyer.

Dans notre société occidentale, issue d'un système patriarcal, la question de la fonction paternelle est tout à fait centrale. Le père joue, chez nous, un rôle important dans l'évolution du rapport à la Loi et à la société.

UN EXEMPLE DANS LA LITTÉRATURE

Franz KAFKA fut poursuivi, sa vie durant, par une culpabilité insurmontable. La culpabilité est le sentiment d'une faute, réelle ou imaginaire ; et la faute, c'est la transgression de la Loi. Fortement impressionné par un père dominant et écrasant, Kafka écrivit une lettre à son bourreau sans jamais que celui-ci ne la lise : la *Lettre au père*. Dans celle-ci, l'écrivain multiplie les allusions à la honte et à la culpabilité associées à son destinataire : « *je vivais en esclave, soumis à des lois qui n'avaient été inventées que pour moi et auxquelles par-dessus le marché je ne pouvais jamais satisfaire entièrement.* »²⁴ Il explique même comment ce dur traitement lui fit perdre l'usage normal de la parole : « *Devant toi [...], je pris une manière de parler saccadée et bégayante, mais ce fut encore trop pour ton goût et je finis par me taire, [...] parce que je ne pouvais plus ni penser ni parler en ta présence.* »²⁵ Ce jugement continu sur lui-même, on le retrouve dans presque tous ses livres et notamment dans *Le Procès*, représentation onirique d'une Justice implacable qui persécute le héros, Monsieur K., et l'accuse d'une faute jamais exprimée.

Nous comprenons par cet exemple combien le rapport au père et le rapport à la loi sont intimement liés.

La question est également prégnante en ce qui concerne le langage : fait de règles et de conventions sociales (le signe linguistique est conventionnel), comment ne pas s'interroger sur le lien entre la place du père et la capacité au Symbole chez le sujet ?

La place du père ne saurait être évoquée sans rappeler, au préalable, les étapes du Complexe d'Oedipe. C'est en effet dans cette période que la fonction paternelle, et avec elle la **fonction symbolique**, s'élabore.

24 KAFKA F, *Lettre au Père*, Edition Ebooks libres et gratuits, 1919, p. 11.

25 *Op. cit.*, p. 14.

2.1. Les étapes du Complexe d'Oedipe

Le Complexe d'Oedipe décrit une période charnière du développement de l'enfant, à peu près entre 3 et 6 ans. La *psyché* passe par différents stades d'organisation de la pulsion, lorsque celle-ci s'achemine vers une libidinalisation.

Ce sont les **stades génitaux** décrits par FREUD, que nous rappelons ici succinctement.

- *Le stade oral* recouvre globalement la première année de vie. Il est caractérisé par la **fusion** totale avec la mère, et est centré sur la sphère orale : l'enfant découvre le monde par la bouche.
- *Le stade anal* représente la deuxième année de vie. C'est aussi la période du « non », c'est-à-dire de l'affirmation de soi et de la différenciation. Il est caractérisé par l'enfant qui se trouve capable de maîtrise, en retenant les selles tant attendues par les parents. L'enfant exerce un **pouvoir** par ce moyen sur le monde qui l'entoure.
- *Le stade phallique* est la dernière étape qui propulse l'enfant dans un monde réellement sexué. A ce moment, le phallus est surinvesti par l'enfant, et devient l'objet fantasmatique du **plaisir** et de la toute-puissance. Tout l'enjeu est alors de posséder ou non ce phallus. C'est alors que naît l'**angoisse de castration** : elle marque la fin du Complexe d'Oedipe chez le garçon, tandis qu'elle en signe l'entrée chez la fille.

Le tableau ci-dessous résume le déroulement du Complexe d'Oedipe chez le garçon et chez la fille. Que l'on nous pardonne l'extrême schématisation de ce résumé, nécessaire afin d'arriver à ce qui nous occupe : le rôle du père.

CHEZ LE GARÇON	CHEZ LA FILLE
<p>- Il nourrit le désir de posséder la mère. Le désir envers le père est ambivalent : il désire être possédé par lui en même temps qu'il veut le supprimer, car il représente une menace pour posséder la mère.</p> <p>- C'est le constat de l'absence de phallus chez la mère qui fait naître l'angoisse de castration chez le petit garçon : le désir envers elle cesse, de peur de perdre lui aussi son phallus. Il y a ainsi identification au père, et différenciation de lui (qui a tout accès à la mère) et donc interdit d'inceste.</p>	<p>- Elle a tout d'abord l'illusion de posséder un phallus à cause de ses sensations clitoridiennes. Elle aussi a le désir de posséder la mère.</p> <p>- Mais, constatant qu'elle est privée d'un phallus, elle détourne son désir de la mère vers le père, détenteur de l'objet de son désir. C'est l'angoisse de castration qui la fait entrer dans le Complexe.</p> <p>- Elle renonce partiellement au désir du pénis, en déplaçant son désir sur la possibilité de recevoir un enfant du père en compensation. Il devient son objet d'amour et la petite fille peut s'adonner à d'autres préoccupations, avant que le processus ne soit réactivé, puis transformé, comme chez le garçon, à la puberté.</p>

2.2. Le père, la Loi et le Symbole

« *L'ordre symbolique est un ordre tiers* »²⁶. Le symbole se place entre le sujet et le réel. Le sujet n'est donc plus dans une relation immédiate et duelle avec le monde mais dans une **relation médiante**, le médiateur étant le langage. La fonction paternelle agit de même dans la relation entre la mère et l'enfant, c'est même ce qui permet, justement, cet accès à l'ordre du symbolique. **Le père**, nous dit J. LACAN²⁷, intervient dans le complexe d'Oedipe **comme séparateur** entre la mère et l'enfant. Il vient rompre la fusion qui existait entre eux, interdisant à l'enfant la possession de sa mère, et interdisant à la mère la possession du phallus que représente pour elle son enfant. Ainsi naît **le manque** chez le petit d'homme. C'est le **premier pas vers le symbole** : l'enfant est poussé par cette privation à la rendre signifiante. Non seulement l'enfant ne peut posséder sa mère, mais en plus, il s'aperçoit que celle-ci porte son désir vers un autre, ce même père qui lui en a interdit l'accès. J. LACAN nomme le père séparateur le « *père réel* », c'est le père génital, celui qui est présent physiquement. Le second, c'est le « *père imaginaire* », celui qui *est* le phallus, dans l'imagination de l'enfant, celui qui peut donc être pour la mère ce qu'elle désire, et que l'enfant ne peut lui procurer. **La mère**, en verbalisant le père, en le reconnaissant devant l'enfant, **permet la rencontre entre l'enfant et le père, entre l'enfant et la Loi**. En effet, le père est porteur de cette loi qui **interdit l'inceste**, qui révèle le désir que la mère porte au père. Ainsi, la dimension paternelle se constituant dans l'esprit de l'enfant, il a accès à la règle et à sa verbalisation. Ainsi apparaît le **Nom-du-Père**, qui est le « *père symbolique* », ultime étape de la formation de la fonction symbolique. C'est ce père qui est « dit » par la mère, reconnu comme porteur de la Loi, et qui peut être ainsi accepté par l'enfant. En verbalisant la place du père, celle de l'enfant est aussi marquée dans la constellation familiale : les **positions sont ainsi relativisées**. L'accès au langage est possible.

Le père, par ses trois fonctions de **séparateur**, d'**image** sur laquelle l'enfant peut projeter son MOI idéal, et de **symbole de la loi**, constitue un élément fondateur dans la constitution de l'enfant.

La Loi est ce qui permet à l'enfant de se situer dans le monde, parmi ses pairs. Le Réel est régi par des lois immuables. Le langage comporte des règles, certaines avec lesquelles on peut jouer, et d'autres qui sont des conditions indispensables pour la compréhension mutuelle. Le temps, l'espace sont des lois ordonnées soumettant l'homme à leurs exigences de manière *nécessaire*. La Loi est aussi garante, dans une société, des libertés de chacun. **Le symbole linguistique est éminemment une Loi** : il faut accepter que le signe que j'utilise est arbitraire, qu'il m'est transmis et que je ne l'invente pas, afin de pouvoir communiquer avec l'autre. Le « nom » aussi est une loi (grec *nomos* : loi).

26 DE TUGNY A., *La place de la subjectivité dans le bilan orthophonique*, Mémoire d'orthophonie, Nice, 2005, p. 24.

27 LACAN J., *Ecrits*, t.1, Editions du Seuil, 1970.

Conclusion

La mère, par son amour inconditionnel, nourrit le narcissisme de l'enfant d'images positives et rassurantes, et d'un bain d'affects qui lui permettent d'aborder la séparation et l'absence non comme des étapes mortifères, mais au contraire comme une entrée dans sa propre vie, sa propre subjectivité. C'est cet apport suffisant d'amour qui peut le pousser hors du sein maternel, qui lui donne assez de sécurité pour partir à son tour à la **découverte du monde extérieur et de lui-même**. Alors l'enfant, suffisamment chargé d'amour, peut se confronter à une nouvelle donnée : la **limitation nécessaire de soi**, symbolisée par le père. Il est celui qui permet à l'enfant d'accéder véritablement à lui-même, l'autorisant à n'être ni sa mère, ni son père, mais seulement lui-même. Pleinement lui-même.

Le langage et la fonction symbolique se développent ainsi chez l'enfant. Bien qu'on ne puisse les dissocier de leurs implications relationnelles, nous en venons à mettre en exergue le développement de l'enfant du point de vue du langage.

II – LE DEVELOPPEMENT DU LANGAGE

Introduction

L'intérêt pour l'acquisition du langage n'est pas nouveau. Il est lié à la recherche des origines du langage et des langues. C'est ainsi qu'Hérodote, dans le livre II des *Histoires*, rapporte comment le roi Psammetichus avait entrepris d'élever deux nouveaux-nés hors de tout environnement linguistique, avec l'espoir que leurs premiers mots prouveraient la nature originelle du peuple égyptien. Mais ça n'est que depuis les années 1950 que l'acquisition du langage est l'objet d'un champ d'étude particulier, la psycholinguistique développementale, grâce à de nouveaux instruments théoriques et méthodologiques.

Si le langage s'acquiert en lien étroit avec les relations qui constituent l'environnement affectif du bébé, il est intéressant de se pencher plus longuement sur la manière dont il se développe. Quelles sont les étapes de l'acquisition du langage ? Et comment, d'un point de vue cognitif, la capacité à symboliser se forme-t-elle dans le jeune esprit ? C'est ce que nous développons ici, en nous attardant un court instant sur quelques généralités, puis sur les grandes étapes de l'acquisition du langage, et enfin sur la formation du symbole.

1. Généralités

Quelques remarques s'imposent à nous avant de débiter ce nouveau chapitre. Nous nous basons, dans les généralités ainsi que dans les étapes de l'acquisition du langage, sur des éléments tirés du *Nouveau dictionnaire encyclopédique des sciences du langage*.²⁸

➤ Tout d'abord, le développement du langage présente chez tous les bébés du monde entier des **similitudes** frappantes. En effet, les moments et l'ordre d'apparition des principales étapes de l'acquisition linguistique sont les mêmes quelle que soit la langue. Ceci témoigne d'une certaine maturation neurologique. A la naissance, le petit humain n'est pas « fini » : ses organes phonateurs ne sont pas encore disposés de façon à produire un langage articulé, de même que les futures aires cérébrales dédiées au langage ne sont pas encore constituées. C'est ce que l'on appelle le « bain de langage » qui va permettre leur spécialisation.

➤ Rappelons ensuite que le langage est une spécificité **humaine**. Les autres animaux, s'ils peuvent communiquer, le font par des signaux. La communication animale répond à une nécessité génétique de transmission de l'information. Il n'y a pas de création dans la communication animale, contrairement au langage humain. Plusieurs, en effet – comme les Kellog en 1933 ou encore les Gardner ou les Premack - ont tenté d'inculquer soit la parole, soit les gestes de la langue des signes, à des chimpanzés. S'ils manifestaient des capacités d'apprentissage et de compréhension étonnantes, ils n'ont jamais utilisé spontanément le langage appris – ou bien en se limitant aux choses concrètes – ni créé de combinaisons nouvelles. Le langage semble bien être l'apanage de l'être humain et la manifestation de sa liberté.

➤ Enfin, il semblerait qu'il existe une « **période critique** » pour l'acquisition du langage, s'étendant du milieu de la première année de vie à la fin de la première décennie. Les arguments en faveur de cette hypothèse reposent sur l'observation, d'une part, des capacités de récupération du langage chez des enfants ayant subi un traumatisme, et, d'autre part, des enfants sauvages (dont Victor de l'Aveyron dont nous avons déjà parlé) auxquels on a tenté d'inculquer un langage sur le tard, sans pouvoir y parvenir.

28 DUCROT O. et SCHAEFFER J.-M., Editions du Seuil, 1995, « Acquisition du langage », p. 507-519.

2 – Du premier cri au langage constitué

L'acquisition du langage chez l'enfant peut se diviser en deux périodes : la période pré-linguistique, qui se situe entre 0 et 1 an, et la période linguistique, qui commence avec les premiers mots. Il convient également d'établir une distinction entre les premiers mots compris et produits. On a la certitude que c'est vers 8-10 mois que l'enfant comprend les premiers mots, on le sait parce qu'il peut alors répondre de manière adaptée (par la mimique, le son, le geste, etc.). Mais les premiers mots produits apparaissent un peu plus tard, entre 11 et 13 mois.

2. 1 Période pré-linguistique

L'enfant manifeste d'abord son état d'inconfort par **les cris**. C'est son premier mode d'expression, celui dont il est capable dès la naissance. C'est la mère qui va donner du sens à ces cris, en les interprétant comme des signes de faim, de sommeil, de douleur, « organisant » donc les affects de son enfant. A partir de la 2ème semaine, la **lallation** va s'ajouter aux cris : l'enfant commence à s'amuser avec ses organes phonatoires, de la même manière qu'avec ses pieds et ses mains.

Entre le deuxième et le troisième mois, l'enfant passe de la lallation au babil : on appelle cette période le **jasis**. Les sons émis par le bébé se diversifient et se complexifient ; ils deviennent progressivement de **véritables actes de communication verbale**. La mère prend plaisir à imiter l'enfant et à jouer avec lui.

Le **babillage** (ou babil) commence donc vers 3 mois. La fréquence et l'intensité des sons varient. C'est à cette même période qu'apparaît le sourire, premier marqueur de l'organisation psychique de l'enfant.

Le **gazouillis** apparaît au 4ème mois. L'enfant se met à véritablement jouer avec les sons **en s'adaptant** au langage entendu. Il s'achemine vers la maîtrise de sa phonation. Cette étape est considérée comme un **pré-verbiage**.

Vers 6 mois, JAKOBSON parle de la « **période de restriction phonologique** ». Jusque là, l'enfant était capable de produire tous les sons de toutes les langues confondues. Mais ses organes phonateurs vont désormais se positionner et se conformer à sa langue maternelle : il perd la capacité de produire les sons qui n'appartiennent pas à cette langue. C'est ce qu'on appelle autrement le **babillage canonique**, lorsque l'enfant entre dans sa langue, qui deviendra plus tard un **babillage mixte**, dans lequel le bébé mélange des sons non phonémiques à de vrais mots. D'un point de vue organique, le conduit vocal de l'enfant est déjà considérablement développé, bien qu'il n'arrive à complète maturation qu'à deux ans. Le babillage se poursuit jusqu'à la fin de la première année de l'enfant.

Au niveau de la compréhension, l'enfant perçoit et différencie les intonations entre le 6ème et le 9ème mois. Puis il comprend les formules simples, comme « non », « donne », etc, entre 9 et 12 mois. Il commence à discriminer les mots vers 8 mois, donc à entrer véritablement dans le langage. Cette étape est à mettre en lien avec l'angoisse du 8ème mois dont parlait Spitz, qui signe l'entrée de l'enfant dans une véritable relation objectale.

2. 2 Période linguistique

Elle débute à la **fin de la première année de vie**. C'est la période de l'autonomisation de l'enfant : il se met à marcher, donc à être maître de ses déplacements. Il commence également à dire « non », et donc à trouver son identité en se différenciant, en s'opposant. C'est aussi là qu'apparaissent les premiers mots et que le langage se développe rapidement. Selon les auteurs, à 1 an, l'enfant comprend entre 30 et 86 mots. A 16 mois, il comprendrait entre 160 et 200 mots.

- **Premiers mots**

Ils apparaissent entre 11 et 13 mois. Ce sont des productions simples, que l'adulte va structurer en les isolant, en les reprenant et en les clarifiant. Ainsi, « ma ma ma » va être repris et renforcé par l'adulte pour donner « maman ». Ils s'accompagnent des premiers gestes de désignation d'un objet (vers le 10ème mois).

- **Période locutoire**

Le langage s'appuie alors sur l'**action**, il apparaît à l'occasion d'un geste ou d'une émotion. Le bébé se met à verbaliser ce qu'il fait. A ce stade, l'usage des mots est holophrastique : ils sont utilisés isolément avec une signification élargie et polyvalente, ce que l'on appelle aussi le **phénomène de sur-généralisation**.

- **Période délocutive**

Le langage n'a plus besoin de l'action. Vers 18 mois, la **juxtaposition de deux mots** apparaît : ce sont les premières phrases, mais elles sont dépourvues de syntaxe, c'est-à-dire que les mots ne sont pas encore liés l'un à l'autre. La juxtaposition commence toujours par la négation (« pas dodo » ou « apu », etc.). Parallèlement, c'est toute la période d'affirmation de soi qui continue de construire le psychisme de l'enfant, ainsi que son langage.

Au niveau de la compréhension, l'enfant comprend les éléments de phrase simple vers 14 mois. Il peut interpréter l'ordre des mots aux environs du 17ème mois, et il accède à la catégorisation d'objets vers un an et demi, ce qui va lui permettre d'enrichir considérablement son stock lexical.

2. 3 Phase lexicale et phase syntaxique

L'enfant acquiert tout d'abord le **lexique** : il découvre que les actes et les objets ont un nom. C'est une acquisition qui se fait par imprégnation et non par apprentissage.

Entre 11 et 18 mois, l'évolution est d'abord lente. Les mots sont peu nombreux et ils sont utilisés dans un contexte limité.

Entre 18 et 20 mois, il produit une cinquantaine de mots. Puis, selon NELSON, on assiste à une **explosion lexicale** : 4 à 10 nouveaux mots sont produits chaque jour, si bien qu'à 2 ans, l'enfant peut produire plus de 200 mots, et il en possède environ 3000 à 3 ans.

Il acquiert ensuite la **grammaire**. Il apprend les régularités de la syntaxe, et il procède dans un premier temps à des régularisations abusives (« vendre > vendu », donc « prendre > rendu »). Ce n'est que dans un deuxième temps qu'il peut appréhender les exceptions et les maîtriser.

2. 4 Le langage constitué

A partir de 2 ans, le langage est normalement composé de ses principaux constituants. Il reste à l'enfant à affiner son système phonémique, à l'enrichir en le complexifiant. Il acquiert les pronoms, et notamment le « je » et le « tu », dont nous reparlerons plus tard, qui marquent une véritable prise de position identitaire et sociale. C'est aussi durant cette période que l'enfant acquiert des **termes abstraits**, comme « peut-être » ou « penser ». Il entre véritablement dans le **langage symbolique**. Son langage s'enrichit encore avec l'acquisition des prépositions vers 3 ans. Normalement, à 3 ans, le système phonologique est en place, quelques distinctions peuvent encore prendre quelques années (la distinction ch/j/s/z, par exemple). A 4 ans, l'essentiel du système morphosyntaxique est acquis. A 5 ans, l'enfant sort de son égocentrisme et peut entrer véritablement dans le dialogue, et le développement de son langage est normalement terminé.

3 – La formation du symbole chez l'enfant

Après avoir examiné le parcours de l'enfant pour arriver au langage véritable, nous nous arrêtons un moment sur les mécanismes en jeu dans la formation du symbole. Nous revenons d'abord sur le point de vue psychanalytique de l'apparition de la symbolisation, déjà abordée en partie lorsque nous évoquions le rôle de la fonction paternelle. Puis nous interrogeons PIAGET sur l'aspect psycho-cognitif de la formation du symbole. Nous nous arrêterons enfin sur la question de la représentation, développée notamment par WALLON.

3.1 La représentation de l'absence à l'origine du Symbole.

FREUD, observant son petit-fils de dix-huit mois, le décrit jouant avec une bobine.²⁹ L'enfant la lance, restant lié à elle par une ficelle, et lorsque celle-ci disparaît, il s'écrie « o-o-o-o ». Lorsqu'il la fait réapparaître, l'enfant s'exclame dans sa jubilation « da ! ». FREUD interprète la première expression comme le signifiant allemand (« fort ») pour « parti », et la seconde comme le signifiant de « voilà » (« da » en allemand). Il considère ce jeu comme étant le symbole, pour l'enfant de la répétition et de l'intégration des absences et présences de la mère. L'enfant qui joue avec la bobine se trouve à la place de la mère. La bobine, c'est l'enfant, successivement abandonné puis retrouvé avec joie par la mère. Ainsi l'enfant devient, le temps d'un jeu, ce bourreau qui lui fait subir ces absences. Il peut ainsi maîtriser l'angoisse qui en résulte, puisqu'il est maître des abandons. Il peut représenter la mère. Et en le verbalisant, il peut représenter cette représentation : c'est l'accès au symbole. **Le symbole naît du manque**, de l'absence ; et pour reprendre la célèbre formule de LACAN, « *le mot est le meurtre de la chose* ».

29 FREUD S., *Essais de psychanalyse*, Editions Payot, 1993.

3.2 Les étapes de formation du Symbole

Jean PIAGET jalonne par des stades précis son observation de la formation symbolique chez l'enfant. Nous sortons ici d'une recherche de l'origine du symbole – du « pourquoi » - pour nous intéresser au « comment ». Selon J. PIAGET, la capacité de représentation se fait donc par étapes, que nous présentons ici sans nous attarder sur toutes les périodes qui composent chacune d'elles.

3.2.1 D'une intelligence des sens, à l'intelligence du sens

a. L'intelligence sensori-motrice

C'est une intelligence essentiellement **pratique**. Elle n'est pas supportée par un langage ou une pensée. Cette étape structure l'univers de l'enfant, en construisant chez lui la **permanence de l'objet**, les schèmes du **temps**, de l'**espace** et de la **causalité**. Cette période concerne les **deux premières années** de la vie de l'enfant, durant laquelle il passe des réflexes aux premières habitudes, puis de la coordination entre vision et préhension à une différenciation des moyens et des buts (c'est la causalité). Les schèmes d'actions s'organisent chez l'enfant. Il se situe comme objet par rapport aux autres. Piaget considère toutes les assimilations de ce stade comme un premier pas vers la « **signification** ».

b. L'intelligence pré-opératoire

De **2 à 6-7 ans**, le symbole se forme chez l'enfant, ou plutôt, la « **fonction sémiotique** » pour reprendre les termes de l'auteur. Cette période se divise elle-même en plusieurs stades :

- **L'imitation différée.** Au stade sensori-moteur, l'imitation existait déjà. Puis, se généralisant, il devient possible à l'enfant de la différer dans le temps. Il se détache de la perception immédiate.
- **Le jeu symbolique et le dessin** constituent le chemin entre la représentation en acte (l'imitation), et la représentation pensée (l'image mentale).
- **Les images mentales.** La représentation peut être dissociée et exempte de tout acte extérieur ; le terrain du symbole est prêt.
- **Le langage.** L'enfant, sorti de son égocentrisme, peut représenter le réel par des signes totalement arbitraires. Ce faisant, il accède à la représentation collective, car conventionnelle, tandis que jusque là, ses représentations lui étaient propres, elles étaient individuelles et plus ou moins motivées.

L'action est le point de départ sur lequel va s'ériger le langage et le signe. La fonction sémiotique est ancrée.

c. L'intelligence opératoire

Elle porte d'abord sur les **opérations concrètes**, et se développe **entre 7 et 11-12 ans**. Durant cette période, l'enfant élabore les outils opératoires de sériation et de classification, et acquiert la **réversibilité** de la pensée. Elle est donc plus mobile et se forme pour accéder à « *des structures logiques plus générales* »³⁰

d. Les opérations formelles

A partir de **11-12 ans et jusque vers 15 ans**, l'enfant peut sortir du concret. Il développe une **pensée hypothético-déductive**, est attentif aux transformations plutôt qu'aux états sans besoin de s'aider du concret. Il a accès à l'abstrait et peut former des raisonnements hypothétiques et en tirer des conclusions dans le seul domaine de l'abstrait.

3.2.2 De l'imitation à la représentation

WALLON³¹ décrit l'imitation comme l'acte de reproduction exacte d'un modèle. L'imitation différée est liée au développement des fonctions cognitives de l'enfant. L'auteur nous dit que l'**imitation** ne permet pas un acte de création mais elle constitue un acte de répétition. Elle nécessite donc la coordination de gestes qui ont déjà été appris, et dont l'image est déjà fixée dans l'esprit de l'enfant. L'imitation est à la fois une identification forte à l'autre, puisqu'elle le reproduit exactement, mais elle est aussi le signe d'un décalage ; entre soi et l'autre l'imitation permet la distinction. En effet, en refaisant ce que l'autre fait, je m'approprie le mouvement, conscient que ce qu'a fait l'autre n'était pas mon mouvement, mais le sien. Et l'imitation est au corps ce que la représentation est aux images. **L'imitation marque donc une étape dans le processus symbolique**, elle est une première représentation, une première distanciation et médiation entre l'autre et soi.

Conclusion

Le langage s'acquiert par strates, qui se développent en lien étroit avec l'environnement de l'enfant. Nous avons vu comment les **phénomènes d'identification et de différenciation** sont centraux tant dans la dimension affective que dans celle linguistique du développement de l'enfant. Ce sont d'ailleurs des marqueurs que C. DE FIRMAS reprend dans *Les Marqueurs Transversaux*, pour discerner plus précisément quels sont les processus qui font défaut à la fois dans le langage et dans le comportement relationnel du sujet qui vient chez l'orthophoniste. Le lien entre langage et relation est évident, mais peut-on se passer de l'exprimer ? Nous avons également vu avec quelle précision les étapes du développement psycho-affectif correspondent dans le temps aux moments-clés de l'acquisition du langage : l'apparition du sourire à trois mois en même temps que celle du babil, l'entrée dans le langage à huit mois en même temps que l'élaboration de l'altérité et de la subjectivité.

Il nous reste encore à montrer comment sont intriqués le langage et la relation sous divers aspects, au-delà de

30 PIAGET J., INHELDER B., *La psychologie de l'enfant*, Que sais-je ?, PUF ? 1998.

31 WALLON H., *De l'acte à la pensée*, Flammarion, Paris, 1970.

leur corrélation développementale, et comment ils contribuent ensemble à la constitution du Sujet.

III – LE LANGAGE ET LA RELATION : QUELQUES LIENS

Introduction

Que le langage et la relation soient liés, c'est une évidence, pourrions-nous dire. Mais outre le fait que le langage soit le moyen humain privilégié de communication, donc d'entrer en relation, on peut se demander légitimement ce qu'ils ont de commun. Autrement dit, qu'est-ce qui est de l'ordre du relationnel dans le langage ? Nous examinerons dans cette partie comment le langage et la relation interfèrent. Nous verrons avant tout que le langage et la relation ne se correspondent pas de manière nécessaire et suffisante. Autrement dit, langage n'est pas synonyme de relation, puisqu'il a d'autres fonctions que de permettre la communication, et la relation n'équivaut pas non plus au langage, parce qu'elle peut être non verbale par bien des aspects. Ceci nous permettra de mettre en valeur les principes communs qui régissent langage et relation.

1. Le langage et la relation : deux réalités distinctes

Les concepts de langage et de relation ne se superposent pas entièrement, dans le sens qu'ils ne recouvrent pas la même réalité. Là où ils se rejoignent, c'est dans le champ de la communication, c'est-à-dire lorsque le langage est utilisé à des fins relationnelles, ou encore lorsque la relation passe par le langage.

Ils sont intrinsèquement liés. La relation permet la construction du langage et le langage permet celle des relations d'un individu avec les autres, et ce faisant, ils permettent au Sujet de se constituer comme tel. Mais arrêtons-nous pour le moment sur ce qui les distingue.

1. 1 Fonctions du langage.

La première de toutes est la fonction de communication, bien évidemment, c'est-à-dire que le but du langage, c'est de permettre la compréhension mutuelle. Mais c'est loin d'être sa seule fonction. Le langage est la condition nécessaire d'une pensée élaborée. Il peut aussi être objet d'art, au sens de création, lorsqu'il est utilisé dans sa fonction esthétique.

1.1.1 Le langage comme « support de la pensée »³²

Le langage permet la pensée. Les mots sont ce qui nous permet de penser, de construire des raisonnements. Ils découpent le réel en dégageant de ce dernier des traits pertinents. Ce découpage du réel en signes partagés par une communauté est directement soumis à la langue de cette communauté. On sait combien les perceptions d'une même réalité peuvent être différentes selon la communauté linguistique à laquelle on appartient.³³

Les mots sont non seulement indispensables pour décrire le réel, mais encore pour l'analyser, et pour élaborer une pensée qui se dégage de la réalité, afin d'accéder à l'abstraction. On se souvient de l'ouvrage de science-fiction de Georges ORWELL, 1984, dans lequel l'auteur imagine un dictateur (Big Brother) qui, pour asservir le peuple, réduit le langage – à travers la « *novlangue* » - à un minimum d'unités linguistiques. Ainsi, deux ou trois mots se contractent pour donner naissance à un seul mot (par exemple, MinPax pour le Ministère de la Paix), et surtout, tous les mots renvoyant à des concepts abstraits – comme le mot « liberté » par exemple – sont supprimés, afin de « *restreindre les limites de la pensée* »³⁴.

La question du lien entre le langage et la pensée est aussi vaste que passionnante et a d'ailleurs déjà fait l'objet d'ouvrages théoriques et littéraires variés. Nous ne nous étendrons pas plus sur cette question. Nous la rejoindrons plus tard, lorsque nous verrons comment l'acquisition du langage permet l'élaboration de l'ordre symbolique et l'organisation du psychisme.

1.1.2 Le langage et sa « fonction esthétique »

Cette fonction, dont parle brièvement l'ouvrage de MARTINET, *Eléments de linguistique générale*, est la même que la fonction « poétique » dont parle JAKOBSON³⁵. Dans sa fonction esthétique, le but du langage est... lui-même ! La fonction décrit toutes ces utilisations que l'on fait du langage lorsqu'on joue avec le code. La forme du message prime alors sur le fond, et il y a là une notion de plaisir qui est relativement indépendante de la situation de communication.

1.1.3 La fonction « métalinguistique » du langage

C'est, nous dit JAKOBSON, la caractéristique du langage qui fait qu'il peut « réfléchir » sur lui-même. C'est la capacité du langage à s'extraire de lui-même pour en faire des observations et des analyses. Elle est utilisée dans les champs de l'étude de la grammaire et de la linguistique. C'est la fonction métalinguistique du langage qui est en jeu dans les activités de réflexion sur la langue et la grammaire qui sont proposées aux enfants dans le primaire et dans le secondaire.

32 MARTINET A., *Eléments de linguistique générale*, 4ème édition, Armand Colin, Paris, 2006

33 Voir à ce propos l'ouvrage passionnant d'Adam JACOT DE BOINOT, *The Meaning of Tingo and other extraordinary words from around the world*, Londres, Penguin Press, 2006, ouvrage sous forme de dictionnaire ludique, dans lequel l'auteur répertorie les différents mots de langues variées pour décrire des réalités insoupçonnées dans les cultures occidentales.

34 ORWELL G., 1984, Gallimard, 1950, p. 79.

35 JAKOBSON R., *Essais de linguistique générale*, Éditions de Minuit, Paris, 1963.

1.1.4 La fonction réflexive du langage

Comme nous l'avons vu, le langage est une spécificité humaine. Et il va de pair avec ce qui tout aussi spécifiquement humain : la conscience réflexive, qui fait de lui un Sujet, et qui se manifeste par la capacité à dire « je ».

La conscience, c'est savoir que l'on sait. C'est ce qui caractérise l'homme : il est homme « qui sait qu'il sait » (*homo sapiens sapiens*). La conscience est un niveau extrêmement élaboré de connaissance.

C'est une connaissance réflexive, autrement dit une connaissance qui ne porte pas sur les objets extérieurs (connaissance objective), mais sur soi (connaissance subjective). La conscience a une conséquence capitale : la liberté. La liberté se manifeste par la volonté. Nous, humains, pouvons nous dégager d'un certain déterminisme, en disant « je veux », « je doute », etc. La conscience de soi est aussi caractérisée par l'identité de soi à soi : je reste la même personne même à travers les expériences et le temps, qui me changent nécessairement. Enfin dire « je », être conscient, c'est partager, grâce au langage, cette expérience d'identité et de liberté avec l'Autre, à qui je reconnais la capacité d'une expérience similaire à la mienne.

1.2 La relation non-verbale

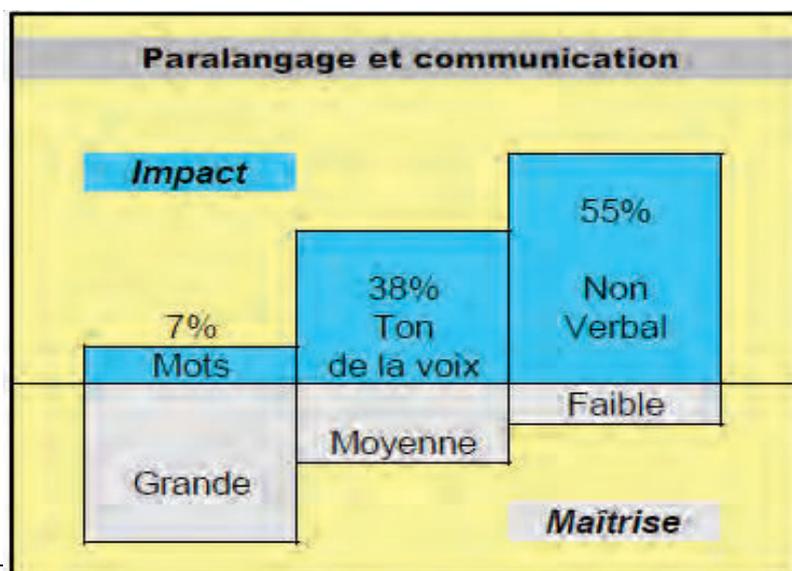
Nous venons de voir que le langage avait bien d'autres fonctions que celle de communiquer.

En outre, la communication inter-humaine ne se limite pas au langage articulé. Il est même surprenant de constater que le langage n'en constitue qu'une partie.

1.2.1 La communication non-verbale

Le professeur de psychologie Albert MEHRABIAN a été rendu célèbre pour avoir évalué la part du verbal et la part du non verbal dans toute communication. Ses recherches ont porté essentiellement sur l'expression de sentiments négatifs et positifs, en particulier lors d'entretiens d'embauche. Il en résulte que, dans ce cadre, la communication est verbale à hauteur de 7% seulement, les autres 93% de la communication étant contenus dans le visuel et le ton de la voix. Le tableau de la page suivante rend compte de ces résultats.

Si les mots sont ce que nous maîtrisons le plus, ce sont nos comportements, nos silences, nos vêtements, nos intonations, etc, qui nous « racontent » le mieux à l'autre, qui « parlent » le plus de nous.



1.2.2 Les éléments de la communication non-verbale

La communication non-verbale pourrait être l'objet d'un mémoire à part entière. Et la question se pose particulièrement en orthophonie : quel est l'impact, pour le thérapeute du langage, de ce qui n'est pas à proprement parler le langage articulé, et qui pourtant constitue une mine d'informations sur le patient, son histoire, son symptôme, son langage. Mais comme ce n'est pas le sujet ici, nous ne ferons qu'énumérer les différents éléments qui constituent le « para-langage » de l'homme. Un thérapeute lisant cette page reconnaîtra certainement ici de nombreux éléments qu'il prend en compte, parfois même sans s'en apercevoir, dans son approche du patient.

Voici donc quelques éléments :

- *Le silence* : ce qui est ironique, c'est qu'il y aurait tant de choses à dire à propos du silence. Il peut revêtir de nombreuses significations différentes : l'expression d'une gêne, d'un tabou, l'ennui, le camouflage, la colère, la peur, etc... Nous laissons à d'autres le soin de traiter de ce sujet plus à fond.
- *La voix* : il y a le timbre, le volume sonore, le rythme de la phrase, les pauses, les intonations...
- *Les postures et les gestes* : croiser les bras ou croiser les jambes lorsque l'on veut se protéger, hocher la tête ou la tourner de droite à gauche quand on pense « oui » ou « non », les doigts qui s'entrecroisent nous renseignant sur l'ouverture à l'autre, etc...
- *Les mimiques et expressions faciales* : nous contrôlons un certain nombre d'expressions de nos émotions, comme par exemple le sourire, certaines larmes, la colère, etc. Mais il y a aussi toutes ces mimiques qui nous trahissent : se mordre les lèvres lorsqu'on a peur de dire quelque chose qu'on ne maîtrisera pas, les sourcils froncés sans que l'on s'en aperçoive, etc.
- *Le regard*, bien évidemment. « *Ce que la voix peut cacher, le regard le livre* » disait l'écrivain Georges Bernanos. Le regard fuyant ou le regard fixe, le regard triste ou les yeux qui sourient, le regard angoissé ou le regard paisible ; ce sont autant d'indices qui attirent l'attention de presque tout interlocuteur. Il paraît que l'œil est la fenêtre de l'âme...
- *le « langage d'objet »* : c'est tout ce que l'on fait passer à travers nos vêtements, nos accessoires, notre maquillage, notre coiffure... C'est la première chose que l'on donne à voir de soi, et c'est la première chose que l'on voit de l'autre.
- Il y a aussi l'occupation de *l'espace*, la valeur accordée au *temps*, il y a encore le rapport au *toucher*, et tous les *symboles culturels* (par exemple, le noir comme couleur de deuil dans les sociétés occidentales) ; tous constituant des informations qui sont autant de messages que nous envoyons à l'autre ou recevons de lui, qui parlent de nous et de lui sans même qu'un mot seulement soit prononcé...

La liste pourrait continuer, et le sujet est passionnant, mais nous ne nous attarderons pas plus longtemps sur ce sujet.

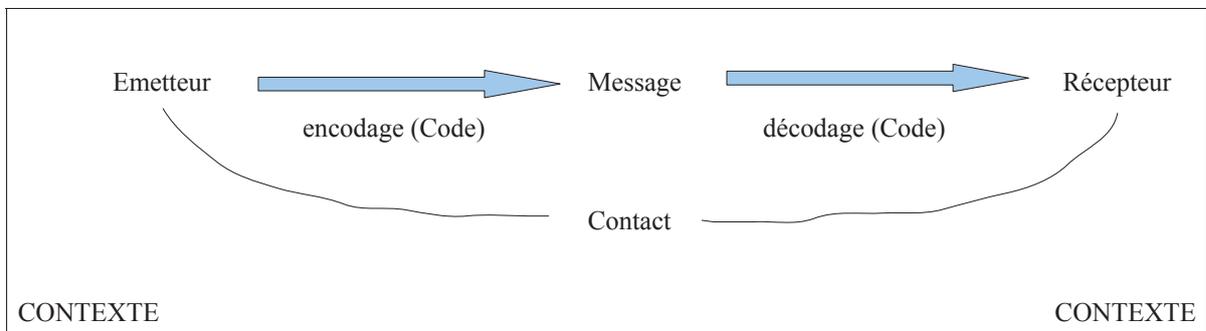
Nous venons donc de voir que le langage et la relation, la communication, ne sont pas équivalents. Il y a du langage qui n'est pas directement de l'ordre de la communication, et il y a de la communication qui n'est pas linguistique. Mais il est évident que la première fonction du langage, c'est la communication.

2. La fonction de communication du langage

Si le langage a émergé, c'est bien pour que l'homme puisse communiquer avec autrui. C'est dans un désir de relation que s'inscrit le langage, même s'il peut être le support d'autres fonctions, comme nous l'avons vu plus haut. C'est sur le schéma de la communication de Roman JAKOBSON³⁶ que s'appuient les théories actuelles.

2.1 Schéma de la communication

Reprenant les travaux de SHANON et WEAVER (1949), JAKOBSON schématise toute situation de communication comme suit, en y accolant les différentes fonctions du langage.



Toute situation de communication engage donc un **émetteur** (ou destinataire), qui envoie un **message** à un **récepteur** (ou destinataire), en utilisant différentes modalités pour initier et maintenir le **contact** avec son interlocuteur. Le message est formulé dans un **code** commun aux deux interlocuteurs, pour qu'ils puissent se comprendre, et n'est pas dissociable du **contexte** dans lequel il est émis.

36 R. JAKOBSON, « Linguistique et Poétique », *Ibid.*

2. 2 Fonctions du langage

Les fonctions du langage que décrit Jakobson, sont liées aux diverses instances de la situation de communication. Nous les présentons donc à travers ces instances.

➤ *L'émetteur*

La fonction linguistique centrée sur l'émetteur est la fonction **expressive**, c'est la trace de l'émetteur dans le message. Elle se manifeste par l'emploi du « **je** », d'**exclamations** indiquant des émotions (« aie », « zut », etc), etc.

➤ *Le récepteur*

Il est une fonction du langage destinée à agir directement sur le destinataire du message, c'est la fonction **conative**. Ainsi les **énoncés performatifs** (ex : « Je vous déclare mari et femme »), l'emploi du pronom « **tu** », l'emploi de l'**impératif**, etc, sont autant d'éléments du discours qui relèvent de cette fonction.

➤ *Le message*

Lorsque l'accent est mis sur le message pour lui-même, lorsque le langage est centré sur le message, on parle alors de sa fonction **poétique**. C'est tout le jeu des **rimes**, des **slogans publicitaires**, des **jeux de mots**, etc.

➤ *Le contact*

Pour capter et maintenir l'attention de son interlocuteur, l'émetteur utilise la fonction **phatique** du langage, à travers, par exemple, les **interpellations** (« eh ! », « allo »), ou encore des termes qui engagent le destinataire dans la conversation (« **tu vois** », « **tu comprends**», etc.)

➤ *Le contexte*

Enfin, la communication s'inscrit dans un **contexte**, elle a un **réfèrent temporel et spatial** précis. Et ce sont ces éléments du discours qui constituent la fonction **référentielle** du langage, lorsqu'ils informent sur le cadre de l'échange.

Le langage est communication, c'est sa fonction première, tous en conviendront. Ainsi, le langage et la relation sont plus que liés, ils sont intriqués l'un dans l'autre. Il nous paraît important désormais de tenter de faire des liens entre les structures linguistiques et les structures psychiques d'interaction. Nous approchons là du cœur de ce mémoire. En effet, l'enjeu de la relation thérapeutique est immense, si l'on montre combien les interactions du sujet avec son entourage a d'impact sur son langage, et inversement.

3. Le linguistique et le relationnel

« C'est dans et par le langage que l'homme se constitue comme sujet [...] C'est [la] condition du dialogue qui est constitutive de la personne [...] ».

EMILE BENVENISTE

3.1 De la « nature relationnelle » du langage

Le langage articulé s'organise sur deux axes : l'axe paradigmatique, qui déroule tous les termes possibles dans une même catégorie, et l'axe syntagmatique, qui met en relation les termes de catégories différentes, qui les combine. Ce dernier axe est celui sur lequel est formée la syntaxe. Et **la syn-taxe, c'est « mettre ensemble »**, organiser, relier entre eux des mots ou groupes de mots afin de former des phrases, qui sont le support d'une pensée dynamique et élaborée.

F. DE SAUSSURE, considéré comme le fondateur de la linguistique moderne, a introduit et défini le courant structuraliste : « *dans un état de langue, tout repose sur des rapports.* »³⁷ Les unités linguistiques, dit-il, ne peuvent être considérées indépendamment les unes des autres. BENVENISTE résume ainsi cette conception : « *Chacune des unités d'un système se définit ainsi par l'ensemble des relations qu'elle soutient avec les autres unités, et par les oppositions où elle entre ; c'est une **entité relative et oppositive.*** »³⁸ La ressemblance de cette définition avec celle d'un sujet est frappante : n'avons-nous pas montré juste avant qu'un sujet est réellement constitué lorsqu'il peut se situer en opposition et relativement aux autres ? Cette notion d'interdépendance linguistique peut être reprise en ce qui concerne l'humain. C'est d'ailleurs ce que C. LEVI-STRAUSS a fait en anthropologie. En 1949, il axe son étude anthropologique de la famille moins sur les individus que sur les relations qu'ils entretiennent entre eux. C'est ainsi que naît l'anthropologie structuraliste, avec les *Structures élémentaires de la parenté*.

On peut encore donner un autre exemple de la **nature relative et oppositive de l'être humain**. Un individu décline son identité, dans les sociétés occidentales, par son nom (de famille) et par son prénom (individuel). Dans d'autres sociétés, le nom de l'individu est bien souvent associé à sa provenance, qui peut être généralisée à plusieurs individus. Ainsi, nous tirons notre identité en nous différenciant, en nous singularisant **par rapport** aux autres individus qui nous sont reliés. Cet exemple n'est pas choisi au hasard : le nom est important pour nous thérapeutes du langage. C. CHASSAGNY nous invite à accorder une importance particulière au tracé du nom, « *symbole de Soi* », tracé qui n'est rien moins qu'un « *miroir* » pour l'enfant qui le dessine³⁹.

37 DE SAUSSURE F., *Cours de linguistique générale*, Payot, 1966, p. 151

38 BENVENISTE E., *Problèmes de linguistique générale*, tome I, Gallimard, 1966, p. 21

39 CHASSAGNY C., *Ibid.*, p. 143.

BENVENISTE parle de la **nature duelle du langage**. Voici quelques exemples des **relations** qui sont en jeu dans le langage :

- *au niveau phonologique* : c'est le **rapport des traits phonétiques les uns avec les autres**, et des uns s'opposant aux autres, qui définit le phonème.
- *Au niveau morphosyntaxique* : **les mots combinés entre eux s'influencent les uns les autres** (ainsi, en français, le déterminant « les » impose la marque du pluriel au nom, qui imposera la marque du pluriel à l'adjectif, le groupe imposant la marque du pluriel au verbe).
- *Au niveau sémantique* : le signe linguistique lui-même est un système mettant en relation une forme acoustique (le signifiant) et un concept mental (le signifié). C'est une **relation de signification** qui les unit.
- *Au niveau pragmatique* : **les signes sont liés aux utilisateurs eux-mêmes**, qui les utilisent au sein d'une situation de communication.
- *Au niveau extra-linguistique* : le **signe linguistique est à mettre en relation avec un référent**, c'est-à-dire un élément du Réel auquel il renvoie.

3. 2 Dire « Je »

Quelle que soit la langue, E. BENVENISTE le dit, aucune ne se passe des pronoms personnels, c'est-à-dire des pronoms qui se réfèrent à la personne. Ceux-ci ne font référence à aucun concept générique : « tu » ou « je » n'ont pas de signifiés stables. Et pourtant, ils ne fonctionnent pas comme des noms propres, qui ne font référence qu'à des individus particuliers. Les pronoms personnels ont un statut tout à fait singulier. « Je » se réfère à un « *acte du discours* »⁴⁰ A cela, l'auteur apporte une nuance. Il fait une différence fondamentale entre les pronoms de la première et de la deuxième personne, « je » et « tu », et la troisième personne, « il ». **« Je » et « Tu » sont indissociables**. Ils se trouvent dans la situation de l'énonciation, c'est-à-dire dans le discours, et ils font référence à des personnes de la situation d'énonciation. Ils sont indissociables, car la présence d'un « tu » implique nécessairement un « je » qui l'énonce. Voici ce que dit Emile BENVENISTE à ce propos, à la p. 228 de son ouvrage *Problèmes de linguistique générale* (1966), et que nous ne saurions paraphraser pour mieux l'exprimer : « *A la 2ème personne, « tu » est nécessairement désigné par « je » et ne peut être pensé hors d'une situation posée à partir de « je » ; et, en même temps, « je » énonce quelque chose comme prédicat de « tu ».* » On ne peut dire « je » que si l'on peut dire « tu ». Ceci nous intéresse particulièrement en ce qui concerne le développement de l'enfant. L'enfant qui dit « je » n'est pas encore nécessairement *sujet* constitué, il lui faut savoir utiliser le « tu » à bon escient. Ainsi, l'enfant n'est constitué comme sujet que lorsqu'il perçoit l'autre comme objet, comme un « tu ». Cette affirmation prend tout son sens dans l'emploi confus et indifférencié que font les enfants autistes des deux pronoms. Ainsi, pour dire « je » il faut pouvoir dire « tu », et pour dire « tu », il faut être en relation, avec un « je » stable, modèle de subjectivité pour l'enfant. D'ailleurs, E. BENVENISTE oppose le caractère indissociable de ces deux pronoms, éminemment « personnels », à celui de la 3ème personne, le « il ».

40 *Op. cit.*, p. 261

A la suite de la phrase citée plus haut, l'auteur écrit : « *Mais de la 3ème personne, un prédicat est bien énoncé, seulement hors du « je-tu » ; cette forme est ainsi exceptée de la relation par laquelle « je » et « tu » se spécifient. [...] La « 3ème personne » n'est pas une personne ; c'est même la forme verbale qui a pour fonction d'exprimer la non-personne.* » Et d'énoncer les arguments qui étayaient cette affirmation. Par exemple, le fait qu'un texte d'un historien est chargé de ce « il » alors que les deux premières personnes en sont absentes. Le « il » est hors de l'échange, tandis que « je » et « tu » sont nécessairement ensemble dans la même situation d'énonciation.

3. 3 « Je », « tu » et l'affect : parallèles avec la relation d'objet.

Dans son livre *Le Sujet de l'énonciation, Psychanalyse et linguistique* (2007), L. DANON-BOILEAU reprend à son compte les théories du langage de Jacques Lacan, Emile Benveniste ou encore René Diatkine. Il énonce dans son introduction qu'« *est structuré comme du langage ce qui reçoit l'empreinte dialogique* ». ⁴¹ Selon lui, « *les traces [...] du mouvement dans la relation d'objet [...] trouvent [...] à s'incarner dans les mots-outils* », que l'on retrouve dans la syntaxe, donc les pronoms entre autres, et qui « *sont autant d'indices de la position qu'occupe celui qui parle par rapport à son discours, à son désir, [...] et à celui, enfin, à qui le discours s'adresse.* » Ce n'est pas sans humour que l'auteur ajoute, en présentant l'objet de son livre, qui est le rapport entre la syntaxe et l'affect, que « *c'est là peut-être le cœur du sujet* » ⁴².

Dans le premier chapitre de son livre (« Aux origines de la dimension dialogique »), DANON-BOILEAU compare deux théories ayant trait à la subjectivité : le système des interactions entre la mère et le bébé, de BRAZELTON (1982) d'une part, et le système des pronoms, tel qu'énoncé par BENVENISTE d'autre part. Avant cela, il utilise des termes empruntés à A. CULIOLI à propos de l'« *opération de repérage* ». Cette opération peut consister à prendre un repère dans un énoncé, l'énonciateur, pour « *calculer* » les valeurs des autres pronoms de l'énoncé. Ainsi, si la référence du sujet dans l'énoncé est « *égale* » à celle de l'énonciateur, le pronom résultant sera « je ». Si la référence du sujet dans l'énoncé est « *différente de* » celle de l'énonciateur, le pronom résultant sera « tu ». Enfin, si cette référence n'est pas calculable par rapport à celle de l'énonciateur (si elle est « *indéfinie* »), le pronom résultant sera « il ».

BRAZELTON, lui, a mis en évidence trois comportements du nourrisson dans ses premières expériences, que nous mettrons ici directement en parallèle avec le système des pronoms, tel que DANON-BOILEAU le fait, en utilisant les valeurs édictées plus haut.

41 DANON-BOILEAU L., *Le Sujet de l'énonciation, Psychanalyse et linguistique*, Ophrys, 2007, p. 21.

42 *Op. cit.*, p. 22.

	COMPORTEMENTS DU NOURRISSON	LES PRONOMS
1	Lorsqu'il observe un objet qui se déplace dans son champ visuel, le bébé est attentif, mais reste dans un état « <i>paisible et inactif</i> »	Cela correspond à la valeur « <i>indéfinie</i> » - parce qu'elle concerne les objets extérieurs -, qui caractérise le pronom « il »
2	Lorsque le visage d'un personnage maternant s'approche de face, le bébé entre en interaction avec lui et un système d'échanges s'instaure (sourires, sons, etc.)	Cet échange interactif satisfaisant correspond à la valeur « <i>égale</i> » et en système, qui caractérise « je »
3	Si le personnage maternant présente un « <i>visage impassible</i> », le bébé se trouble, et après avoir cherché à rétablir le contact sans y parvenir, il se retire du système interactif.	L'échange interactif paradoxal (non-satisfaisant) correspond à la valeur « <i>différent mais non sans rapport</i> », qui caractérise « tu ».

Ainsi, la représentation de l'objet (« **tu** ») est conséquence de l'investissement de l'objet par le bébé en même temps que de sa déception (une certaine distanciation). DANON-BOILEAU précise que Culioli concevait les **pronoms** non comme des entités en soi, mais comme des **images de l'état de la relation entre l'énonciateur** (qui est l' « *opérateur de repérage* ») et « **autre chose** ».

3. 4 La fonction symbolique : l'émergence de la subjectivité, l'émergence du langage

3.3.1 La signification de l'identité

Le 3ème marqueur de l'organisation psychique selon Spitz, nous en avons parlé plus haut, est un marqueur linguistique. Vers 15 mois, l'enfant peut signifier sa différence, et son identité, en s'opposant. Il peut le faire parce que le langage le lui permet, il peut dire « non ». Ainsi, le langage le constitue différent, en même temps que sa différenciation lui permet de parler.

3.3.2 Ainsi naquit le langage

C'est en observant son petit-fils jouer avec une bobine que Freud a mis en lien l'émergence du langage et de la fonction symbolique. En effet, c'est **par le manque de l'objet que sa représentation peut advenir**. Le langage, hautement symbolique, puisque ce n'est que par convention qu'il désigne le réel, est activé par la perte de l'objet du désir, et permet ainsi de palier cette perte incommensurable en donnant le pouvoir à celui qui parle de représenter l'objet même en son absence.

Et le langage « écrit-oral », dont parle René DIATKINE⁴³, celui de l'histoire du soir lue par l'un des parents avant de

s'endormir, fournit à l'enfant un moyen d'apaiser, par l'imaginaire, l'angoisse de la séparation.

43 R. DIATKINE, *Langage et activités psychiques chez l'enfant*, Ed. du Papyrus, Montreuil, 2004

Les liens entre le langage et la relation sont multiples, nous n'en avons donné qu'un échantillon, un aperçu dans cette partie. La relation interhumaine, est permise par le langage autant que celui-ci émerge parce qu'il y a relation. Il va sans dire que l'appétence au langage se développe si l'enfant est entouré d'adultes désirent communiquer avec lui, et de ce fait inondant d'affects le langage qu'ils adressent à l'enfant. Il faut un « je » face à l'enfant, un sujet déjà constitué qui lui adresse un « tu » bien différencié, afin que celui-ci puisse accéder à sa propre subjectivité. L'enjeu est donc de taille pour le thérapeute du langage qui reçoit l'enfant avec son trouble. Parce que l'on peut supposer qu'un trouble du langage peut être le symptôme d'un trouble de la relation plus enfoui, plus invisible. On comprend alors bien que l'enjeu relationnel en thérapie du langage va au-delà d'une simple relation « chaleureuse ».

3. 5 Le trouble du langage, symptôme d'un trouble relationnel

Plusieurs pathologies du langage peuvent être interprétées comme un trouble relationnel. On sait, par exemple que le bégaiement n'est pas seulement un trouble du langage, il se situe dans tout le champ de la communication. En effet, ses achoppements linguistiques s'accompagnent de signes non-linguistiques : évitement du regard, perception singulière de soi et des autres, etc.

Par ailleurs, Claude CHASSAGNY affirme que « *le clinicien doit reconnaître chez l'enfant l'isolement, la relation difficile* »⁴⁴ lorsqu'il présente un trouble de langage. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il a élaboré sa Technique des Associations, postulant que le trouble de langage écrit était à mettre en lien avec un trouble de la relation. On a du mal à imaginer comment on pourrait dissocier le langage et la relation. En effet, « *le langage est là procédant de l'ensemble des relations : mère-enfant ; mère/père-enfant ; mère/père/enfant-milieu/monde, c'est l'introduction de l'autre* » nous dit encore CHASSAGNY.⁴⁵

A l'instar de G. DUBOIS, nous pouvons dire également qu'« *au niveau syntagmatique, les relations entre les mots peuvent traduire les problèmes relationnels de l'enfant* »⁴⁶ Ainsi, l'enfant se définit en fonction des autres, en opposition à eux, en même temps qu'il apprend à attribuer aux mots leur juste place, et à les distinguer dans la phrase.

CONCLUSION

Le langage, dans sa structuration même, met en jeu des processus relationnels. C'est d'ailleurs dans cette compréhension du langage que SAUSSURE a défini le structuralisme : les unités linguistiques n'existent qu'en s'opposant les unes aux autres, on ne peut pas les considérer indépendamment des autres. De même l'enfant parcourt un cheminement complexe pour se positionner au sein de la famille. Un trouble de la relation peut donc être lié à un trouble du langage, qu'il en soit l'origine ou la conséquence.

Désormais, la relation thérapeutique en orthophonie prend un tout autre sens, parce qu'elle peut être au cœur du dénouement d'un symptôme langagier.

44 CHASSAGNY C., *Ibid.*, p. 28

45 *Loc. cit.*

46 DUBOIS G., *L'enfant et son thérapeute du langage*, Masson, Paris, 1988 (2ème édition) , p.82.

LES ENJEUX RELATIONNELS

EN ORTHOPHONIE

« Les relations humaines ont trois temps, lier, délier, allier. »

MARIE BALMARY

INTRODUCTION

A ce stade de notre étude, on pressent déjà que l'enjeu de la relation thérapeutique qui s'établit entre le thérapeute du langage et son patient est de taille. C'est à travers ses premières relations que le langage de l'enfant s'est constitué – ou ne s'est pas constitué ; et c'est au moyen de ce langage qu'il a continué à grandir, à se constituer lui-même comme sujet, et à appréhender ses relations. Comment donc ne pas s'arrêter, le temps d'un mémoire, sur ce qui constitue, ou devrait constituer, le fondement de la pratique orthophonique ? Maintenant que nous avons montré – du moins, nous l'espérons – pourquoi cette relation thérapeutique doit être l'objet de notre attention, il nous reste à comprendre quels en sont les tenants et les aboutissants. Autrement dit, qu'est-ce qui fait qu'une relation est thérapeutique ? Qu'est-ce qui se joue et quelle est la place du thérapeute, à la fois celle qui lui est conférée par l'autre et celle qu'il se donne à lui-même ?

I - ASPECTS TRANSFÉRENTIELS DANS LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

Avant d'aborder le thème essentiel du transfert et du contre-transfert, qui était l'objet de nos réflexions dès le départ, il nous semble primordial de préciser que notre recherche place le trouble du langage, quand il n'est pas clairement d'origine physiologique, dans le champ du symptôme.

1. La notion de symptôme

1. 1 Définition psychanalytique

Lorsqu'un conflit ou un événement est inacceptable pour un sujet, lorsque penser consciemment cet événement lui est impossible, parce qu'il n'a pas pour cela une solidité psychique suffisante, il le refoule. C'est-à-dire que le vécu douloureux, traumatisant, reste présent, mais il n'est plus accessible à la conscience, il est devenu inconscient. Et cette représentation inconsciente va ré-émerger, plus tard dans l'histoire du sujet, sous la forme d'un trouble. En ce qui nous concerne, c'est le symptôme langagier qui nous intéresse, c'est-à-dire la **réactualisation d'un conflit psychique par le moyen du langage**. En fait, le symptôme est un langage, si l'on peut dire, puisqu'il est le seul moyen que trouve le sujet pour exprimer ce qui doit être dit. Le symptôme, élément visible d'un conflit invisible, est le signe représentant le mal-être que le sujet donne à voir. Il est la « *cristallisation autour d'un signe clinique* »⁴⁷ de quelque chose qui ne fait pas encore sens pour le sujet.

1. 2 Le signe et le symptôme : une définition linguistique

Si le symptôme est un signe, est-il de même nature que le signe linguistique ? Cette question nous amène à établir deux distinctions fondamentales entre les deux, qui nous éclaireront sur la nature du *symptôme*⁴⁸.

- Première distinction : la nature **sociale** du signe linguistique.

Le signe linguistique est-il seulement l'*effet* naturel d'une idée, ou d'un objet, comme le symptôme est l'effet naturel d'une maladie ou d'un trouble ? La caractéristique du signe linguistique est qu'il est *conventionnel*, c'est-à-dire qu'il n'entretient pas une relation naturelle avec ce qu'il désigne. Le symptôme, lui, est une conséquence naturelle d'un trouble, comme la fumée est le *signe* qu'il existe un feu. PEIRCE distingue parmi les signes l'icône, l'indice, et le symbole. L'*icône* possède des propriétés communes – mais pas toutes – avec l'objet qu'il représente.

47 FREUD S., *Inhibition, symptôme et angoisse*, P.U.F. Paris, 1986

48 Cette réflexion nous est inspirée par l'article « Signe » du *Nouveau Dictionnaire Encyclopédique des Sciences du Langage*, de O. DUCROT et J.-M. SCHAEFFER.

Le dessin est, par exemple, un signe iconique. L'*indice* est réellement affecté par l'objet auquel il renvoie. C'est le rapport qu'entretient le symptôme avec la maladie, la fumée avec le feu, la girouette avec le vent, etc. Enfin, le *symbole* n'est relié à l'objet qu'il désigne que par une loi arbitraire. C'est donc le cas du signe linguistique. Ainsi, la première distinction à établir entre le signe linguistique et le symptôme, c'est la même qui oppose un fait *naturel* et un fait *culturel*. **Le mot est signe social, le symptôme ne l'est pas.**

➤ Seconde distinction : la nature **intentionnelle** du signe linguistique.

Les linguistes différencient également les signes intentionnels et les signes attentionnels. Certains considèrent même la **propriété intentionnelle** comme déterminante pour distinguer un signe d'un non-signe. Autrement dit, le signe linguistique est utilisé dans une intention de communication. L'émetteur a le désir que le signe qu'il envoie soit interprété par le destinataire. Le symptôme, lui, est défini comme un **signe attentionnel**, c'est-à-dire qu'il ne signifie quelque chose que pour celui qui lui porte une attention particulière, et qui, en outre, est capable, formé, pour l'interpréter correctement. **Le symptôme est dépourvu d'une intention de communication.**

Le symptôme, c'est donc un « signe », un « dire » qui ne se situe résolument pas dans le champ de la relation. Il exprime quelque chose sans en avoir l'intention, et il n'utilise pas, pour cela, les conventions nécessaires pour pouvoir être interprété et compris par tous.

1. 3 Du symptôme au symbole

Le symptôme, littéralement, c'est « *ce qui survient, ce qui arrive* » (du grec *-pipto*) « *ensemble, avec* » (du préfixe grec *syn-*). Le symptôme, c'est donc ce qui « tombe ensemble ». Il y a donc du hasard dans le symptôme. C'est un signe, mais qui ne peut être partagé avec autrui, parce qu'il est l'association par le **fruit du hasard**, d'une chose et de sa représentation. Tandis que le symbole est justement une convention choisie par une communauté pour exprimer un langage qui sera alors compris par tous les membres de la communauté. Le symbole « *signifie d'abord "signe de reconnaissance" et, primitivement, c'est un objet coupé en deux, dont deux hôtes conservaient chacun une moitié qu'ils transmettaient à leurs enfants ; ces deux parties rapprochées servaient à faire reconnaître les porteurs et à prouver les relations d'hospitalité contractées antérieurement* ». ⁴⁹

Ainsi, le cheminement du patient arrivant chez l'orthophoniste n'est-il pas celui de pouvoir accéder au symbole, véritable expression de qui il est et de ce qui le trouble ? Et la mission du thérapeute du langage n'est-elle pas précisément de l'accompagner pour **transformer son symptôme en symbole** ? En effet, il nous semble que le travail de l'orthophoniste revient sans cesse à retrouver avec le patient le chemin du sens, de la signification.

49 BALMARY M., *L'Homme aux statues, Freud et la faute cachée du père*, Grasset, 1979, p. 22

2. Le transfert

2.1 Définition

On appelle « transfert » tout déplacement d'affects liés à un objet infantile (premièrement les parents), sur une autre personne. C'est S. FREUD qui a introduit ce concept. Si le psychanalyste l'a mis en évidence dans le cadre de la psychanalyse, il précise qu' « *il ne faut pas croire que l'analyse crée le transfert et que celui-ci ne se produise que dans l'analyse. L'analyse ne fait que découvrir et isoler le transfert. Le transfert est un phénomène humain général, [...] bien plus, il domine toutes les relations d'une personne donnée avec son entourage humain.* »⁵⁰ Le transfert se trouve donc dès qu'il y a relation inter-humaine, mais ses forces sont naturellement décuplées en analyse. Nous venons de parler du transfert *par déplacement d'affects*, que l'on rencontre dans la névrose (c'est-à-dire, selon la psychanalyse, chez tout un chacun).

Mais le transfert peut également s'opérer *par retournement*, c'est-à-dire que le sujet fait vivre à autrui ce que lui-même subit et qu'il ne peut mettre en mots, il n'en est d'ailleurs pas conscient. Pour celui qui reçoit, ou plutôt qui ressent ces affects désagréables, tout l'enjeu est de pouvoir faire un pas de recul quant à ce qui est ressenti, afin de l'attribuer à celui qui transfère, et de l'aider à l'exprimer. Que l'on nous permette de prendre ici un exemple dans le cadre de l'orthophonie, issu d'une observation de stage. Le nom de la patiente a été changé.

VIGNETTE CLINIQUE 1

J'ai pu observer ce type de transfert par retournement lors d'un stage d'observation en CMP.

Marie, une petite fille présentant des troubles de l'ordre de la psychose, propose un jeu à l'orthophoniste. Durant toute la séance, Marie ne cesse d'insulter ou du moins d'avoir des propos très dévalorisants à l'égard du thérapeute, en répétant des phrases comme « t'es nul », ou « mais c'est pas possible, tu comprends rien, t'es bête ou quoi ? ». Le thérapeute, conscient de ce qui se passe, au lieu de prendre ces paroles contre sa personne, termine la séance en interrogeant le conflit sous-jacent : « Pourquoi tu me parles comme ça souvent ? Tu sais, ça me blesse, ça n'est pas agréable pour moi. Est-ce qu'on te parle comme ça à la maison ? »

Le but du thérapeute n'était pas de culpabiliser sa patiente, mais au contraire de l'inciter, en modélisant, le mal-être qu'elle pouvait ressentir. Puisque lui, l'adulte, se permet de dire ce qu'il ressent, il autorise ainsi l'enfant à faire de même.

50 Freud, cité par J.-P. RESWEBER, dans *Le transfert. Enjeux cliniques, pédagogiques et culturels*, Paris L'Harmattan coll. Psychanalyse et civilisations, 2000

2. 2 Projection ou introjection : deux modes de transfert

S. FERENCZI, dont les travaux seront repris notamment par Mélanie Klein, soutient que le transfert peut s'opérer sur deux modes : la projection ou l'introjection, ou une alternance entre les deux. Avant tout, le psychanalyste précise que ces phénomènes ne sont que l'« exagération » de ce qui se passe chez tout individu. « *Le fonctionnement humain est traversé par ces deux modes : projection de sentiments dans le monde extérieur, et introjection de caractères non humains sont le fait de la mythologie notamment.* »⁵¹ La projection est le fait de prêter à l'extérieur des émotions trop pénibles pour le sujet. A l'origine de ce mécanisme, FERENCZI identifie la « *projection primitive* » : c'est l'enfant qui différencie pour la première fois le « vécu subjectif » d'avec le « perçu objectif ». L'enfant perçoit la différence entre le moi et l'objet. Et il attribue à ce dernier ses propres affects. Ce sera la caractéristique du transfert chez le paranoïaque. Il y a non reconnaissance de la subjectivité de certaines émotions.

L'auteur oppose à ce mode, celui d'introjection, mode privilégié du névrosé narcissique, dans lequel « *le névrosé cherche à inclure dans sa sphère d'intérêts une part aussi grande que possible du monde extérieur, pour faire l'objet de fantasmes conscients ou inconscients.* »⁵² Ce fonctionnement trouve racine dans l'« introjection primitive » qui résulte de l'appropriation par l'enfant d'affects reçus, d'amour ou de haine, pour constituer sa première relation d'amour ou de haine. Cette introjection va donner chez les névrosés une extrême empathie, une capacité à ressentir ce que l'autre ressent intensément. Si bien que FERENCZI n'attribue pas cette capacité à un altruisme naturel, mais au contraire à un égoïsme sous-jacent qui ne vise, par le bien fait à l'autre, qu'à « *obéir; en dernière analyse, au principe d'évitement du déplaisir.* »⁵³ Pourquoi détailler ces mécanismes en ce qui nous concerne ? Parce que nous pensons que nous pouvons les retrouver chez nos patients, mais également chez le thérapeute. Ces réflexions ont à nous apprendre sur notre désir de thérapeute, prenant racine dans notre histoire personnelle et notre appréhension des relations inter-humaines. Nous reviendrons sur ce point.

2. 3 Transfert aléatoire ou motivé ?

« *Nous ne projetons pas « à l'aventure, en l'air, pour ainsi dire, ni là où il n'y aurait rien de semblable », mais sur quelqu'un ou sur quelque chose qui offre une base de réalité à notre projection.* »⁵⁴

Depuis FREUD, on peut non seulement identifier qu'il y a des déplacements d'affects dans les relations humaines, mais pas de manière aléatoire. Ainsi, le patient qui transfère sur le thérapeute, ou le thérapeute qui transfère sur le patient, vont chacun trouver chez l'autre la résonance d'une instance lointaine. Des traits de caractères comme la bienveillance – évoquant les parents par exemple – à des « *ressemblances physiques dérisoires [...] suffisent à engendrer le transfert.* »⁵⁵

51 FERENCZI S., *Psychanalyse, œuvres complètes*, tome 1, Ed Payot, p. 104.

52 *Op. cit.*, p. 100

53 *Op. cit.*, p. 94

54 SEARLES H., *Le contre-transfert*, Gallimard, Coll. Folio Essais, 1979, p. 88-89

55 FERENCZI S., *Ibid.*, p. 97.

Dans *L'enfant et son thérapeute du langage*, G. DUBOIS s'interroge sur la pertinence du sexe du thérapeute dans la relation thérapeutique. Elle ne voit pas de différence significative quant aux rôles paternel et maternel qui peuvent être tenus indifféremment par un homme ou une femme, mais plutôt au niveau de l'image. Ainsi, l'image projetée par l'enfant sur son thérapeute ne sera pas la même selon le sexe de l'enfant. De plus, il ne s'identifiera pas de la même manière à l'adulte face à lui. Donc le transfert a à voir avec l'identité du thérapeute, identité psychique, physique et sexuelle. Si cette identité est mise à mal par le transfert, l'orthophoniste devrait pouvoir en être conscient, afin de pouvoir, non se sentir agressé, mais utiliser ces informations comme des pistes dans l'approche du sujet souffrant et de son symptôme.

2. 4 Du transfert en orthophonie ?

« *Le lien créé est-il de l'ordre du transfert ?* »⁵⁶ Nous empruntons la question à G. DUBOIS bien que nous y ayons déjà répondu en grande partie. Si transfert il y a, de toute évidence, l'usage n'en est pas le même qu'en psychanalyse, et pour une raison essentielle : le transfert est le matériau de l'analyse. Il est l'objet de la réflexion et de l'interprétation du psychanalyste et de l'analysant. L'orthophoniste n'est pas formé pour interpréter ni le transfert, ni le sens du symptôme. Ces questions du transfert nous renvoient aux définitions données au début de ce mémoire : quelles sont les frontières, notamment entre orthophonie et psychothérapie ? Elles nous renvoient également à ce que Chassagny et sa P.R.L ont cherché à fuir : l'amalgame avec la psychanalyse.

Pourtant il doit exister un positionnement en orthophonie qui permet au praticien à la fois de prendre en compte les aspects subjectifs et relationnels de la thérapie (les phénomènes transférentiels, le symptôme), sans tomber dans le champ de l'interprétation. Le thérapeute ouvre un espace d'expression, dans lequel, au mieux, il pourra avoir, le temps d'un instant, « *l'intuition* » du sens du symptôme de son patient. Mais il n'a « *nul besoin* » de l'utiliser, au risque d' « *être plus nocif qu'utile* »⁵⁷.

Il n'en demeure pas moins que, pour ne point se sentir personnellement attaqué par les mécanismes de séduction, d'agression ou de régression que la thérapie du langage peut susciter, l'orthophoniste est appelé à se former personnellement, à avoir conscience et à prendre en compte sa propre subjectivité afin de pouvoir tantôt prendre de la distance quant à son propre ressenti, l'interroger, le mettre en questions, tantôt l'utiliser, cette subjectivité, pour être ce « Je » modèle, ce miroir dont parle G. DUBOIS, et qui peut permettre à l'enfant de trouver son propre « Je ». En prenant en compte le transfert, le thérapeute exerce son écoute à ce qui n'est pas dit. Sans qu'il ait besoin d'interpréter, de chercher à comprendre qui se cache derrière quelle parole, la seule conscience que quelqu'un d'autre peut être derrière le langage apporté par le patient, peut être un formidable atout dans les mains du thérapeute. De même que la conscience que derrière son propre ressenti, son propre regard sur le patient, d'autres instances encore peuvent être à l'œuvre.

56 DUBOIS G., *L'enfant et son thérapeute du langage*, Masson, Paris, 1988 (2ème édition), p.54

57 *Op. cit.*, p. 73

3. Le contre-transfert

La réflexion sur le contre-transfert nous conduit d'emblée à une distinction : le thérapeute est en proie à deux mécanismes qui se confondent : son propre transfert, et le contre-transfert qui agit en réaction au transfert du patient.

Le premier, c'est qu'avant tout, il est un sujet avec son histoire, son désir, ses conflits, son présent. Et lui aussi, il est enclin à déplacer sur le patient face à lui quelque affect destiné à un autre, faisant partie de sa propre problématique. Autrement dit, le thérapeute transfère, indépendamment des attentes ou de ce que lui renvoie son patient, et indépendamment de sa volonté. Ce transfert est un indice de la subjectivité du thérapeute. Et cette subjectivité n'est pas forcément négative, elle peut même constituer un moteur de la rééducation comme nous voudrions le montrer. Elle peut aussi être une entrave, entraîner des blocages, et pour pouvoir éviter, ou sortir de ces impasses, il nous faut avant tout, en tant que thérapeutes, sortir de l'illusion que la technique, par exemple, rend le travail orthophonique objectif. Parce que si la technique peut être relativement objective, le choix de cette technique, lui, est intrinsèquement lié à la personnalité du thérapeute, à son désir, à sa subjectivité, à son rapport à « ce » patient-là, etc. On peut faire de cette subjectivité l'objet de notre crainte en la niant, en cherchant à la refouler, en pensant pouvoir la mettre à distance, mais elle peut rejaillir, et c'est ce qui fait cette part d'inconnu et d'insaisissable qui existe dans toute relation humaine.

Ce transfert chez le thérapeute, se distingue du contre-transfert, que nous allons définir maintenant.

3.1 Définition

Il s'agit de « *l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci.* »⁵⁸ Le contre-transfert est lié au transfert que le patient opère sur le thérapeute. C'est avant tout **une réaction**. Le thérapeute se voit donc exposé à une double difficulté : à son transfert propre s'ajoute ses réactions de haine ou d'amour, si l'on schématise un peu, à ce que le patient lui renvoie. Quel orthophoniste peut se vanter de n'avoir jamais « préféré » un patient, ou du moins de n'avoir pas ressenti plus d'attachement à tel ou tel patient ? Sur les 30 orthophonistes interrogés à l'occasion de ce mémoire, pas un n'a exprimé l'existence d'une parfaite égalité de ressenti envers tous ses patients. Nous aimerions ici apporter une vignette clinique pour illustrer notre propos.

58 LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, P.U.F, p. 103.

VIGNETTE CLINIQUE 2

Tara est suivie par l'orthophoniste depuis 5 ans. Elle avait, au départ, un retard massif de langage et était très inhibée. L'orthophoniste a développé un contre-transfert très négatif – selon ses propos – envers cette patiente. Dès mon arrivée en stage, l'orthophoniste m'explique la situation et exprime son espoir de me voir rapidement prendre en charge la patiente, car elle-même est « arrivée au bout de ses limites ». Ma première pensée est que cette orthophoniste présente l'atout d'être consciente de son contre-transfert. Tara a maintenant 9 ans mais demeure très inhibée, et ne semble intéressée par aucun apprentissage. L'orthophoniste pense que Tara fait de l'opposition passive. Lorsque je commence à la prendre en charge, je suis fortement influencée par le regard négatif que pose l'orthophoniste sur l'enfant. Et en effet, la patiente n'exprime rien spontanément, et même lorsqu'on la sollicite, elle semble « vide ». L'orthophoniste, quant à elle, me semble bloquée dans son impression que la patiente plafonne. Elle me dira un jour qu'elle sait qu'elle-même a beaucoup de mal avec la lenteur et la déficience, qu'il faut que « ça aille vite ». Et pourtant, malgré cet apparent recul sur elle-même, elle continue d'attribuer à la patiente seulement les difficultés rencontrées. Plusieurs mois passent et Tara semble ne rien intégrer du travail que l'on fait avec elle. Je décide que j'en parlerai lors de nos séminaires d'Evaluation des pratiques cliniques, séminaires durant lesquels nous pouvons apporter des « cas » qui nous semblent difficiles. Il se trouve que durant cette même période, pendant quinze jours, je dois m'absenter du stage. A mon retour, je trouve Tara courant vers moi, me disant : « t'étais pas là ». Je lui explique pourquoi, puis elle me demande si on pourra jouer à un jeu auquel elle a joué avec sa tante. C'est la première fois en presque six mois, que je l'entends exprimer un désir. Puis, lorsque je lui demande de repérer sur un calendrier la date du jour (activité qui représentait jusque là un laborieux et vain combat), elle pointe spontanément la bonne date. Je suis stupéfaite par ce bond, et je le lui exprime. De plus, l'orthophoniste n'est pas présente dans le bureau lors de la séance. Puis elle me raconte des anecdotes sur sa tante, sur ce qu'elle aime, etc. Cette séance est une victoire, victoire que je ne saurai attribuer à un élément précis. Le travail est à nouveau coupé par quinze jours de vacances scolaires durant lesquelles Tara ne vient pas. A la séance suivante, j'appréhende une retombée des avancées spectaculaires que j'avais pu observer la fois précédente. Mais Tara est toujours aussi encline à me parler, à me raconter ses vacances. Le dialogue est amorcé. Ce n'est qu'après cette séance que j'ai pu en parler en séminaire. Il nous a semblé, lors de cette reprise, que ce déblocage spectaculaire peut être dû à cette distance que je suis parvenue à prendre par rapport au regard de l'orthophoniste. Ayant pu me positionner autrement et refusant finalement de m'aligner à la conclusion de l'orthophoniste, Tara a peut-être trouvé là un espace qu'elle n'avait pu avoir jusqu'à maintenant, celui d'être elle-même, et non le support du succès de son thérapeute. En tous cas, rien dans l'environnement de la patiente n'avait changé qui pouvait expliquer par des raisons extérieures ce revirement de situation. L'orthophoniste, quant à elle, ne partage pas mon point de vue, et n'a pas noté de changement. Peut-être que cet exemple ne fait que démontrer la naïveté narcissique d'une stagiaire qui aurait l'impression d'avoir résolu un problème contre lequel l'orthophoniste butait. Ou alors, comme il me l'a été suggéré, cet exemple met en lumière combien l'action d'un contre-transfert, ici négatif, peut être non seulement présent en orthophonie, mais encore si puissant qu'il en vient à bloquer tout processus dans la rééducation. Il n'est pas question ici de comparer des pratiques ou des personnalités, mais d'interroger seulement ce qui est à l'œuvre dans la relation thérapeutique et qui est la part du thérapeute.

Une question demeure pour moi : le ressenti négatif de l'orthophoniste est-il le contre-transfert, c'est-à-dire la réaction de la thérapeute, face à l' « opposition » de Tara ? Ou bien l'inhibition de Tara constitue-t-elle le contre-transfert – sa réaction – face à un transfert négatif de l'orthophoniste ?

Pour reprendre une phrase de Freud, « *chacun possède en son propre inconscient un instrument avec lequel il peut interpréter les expressions de l'inconscient chez les autres* »⁵⁹

Si l'on reprend l'exemple de Marie, dans la vignette clinique 1, son orthophoniste a postulé que ce qu'elle lui faisait ressentir pouvait bien être de l'ordre d'un transfert par retournement, et que ceci l'informait sur ce que Marie pouvait ressentir ou subir. D'après le thérapeute, ce que nous pouvions observer au moment de notre stage était déjà une atténuation de la violence des propos ou des actes que Marie pouvait avoir en début de prise en charge. Sans en avoir la certitude, il est probable que l'attitude de l'orthophoniste, qui consistait à recevoir ce que sa patiente donnait à voir comme une information et non comme une agression à son encontre, a fortement contribué à cet apaisement de Marie à l'égard de la relation.

3.2 Le confort du thérapeute ou la remise en question

S. FERENCZI fut le premier psychanalyste à parler avec une grande profondeur de l'importance du contre-transfert. Analysé par FREUD et devenu son ami, il s'en démarqua pourtant grandement, non sans douleur. Son influence chez les psychanalystes qui lui succèdent est sans conteste, sans toutefois être cité par eux. Entre autres, notamment, les visions très humanistes de WNNICOTT et SEARLES sont empreintes des idées du psychanalyste hongrois. Dans le *Journal Clinique* – constitué de ses réflexions presque quotidiennes sur sa clinique – qu'il écrit en 1932, FERENCZI est le premier à porter une attention minutieuse aux projections du thérapeute, et à réinventer pour ainsi dire, sa position en analyse. Divulguant des propos qu'aurait tenu Freud en sa présence sur les patients, il s'oppose à lui radicalement. Voici ce qu'il dit dans sa note « Qui est fou, nous ou les patients ? »⁶⁰ :

« Une question : Freud est-il réellement convaincu, ou bien est-il contraint à une crispation théorique exagérée, pour se protéger contre son auto-analyse, c'est-à-dire contre ses propres doutes ? [...] il n'analyse que les autres, et pas lui-même. Projection. [...] (1) Pourquoi devrait-il, lui, le patient, s'en remettre aveuglément au pouvoir du médecin ? N'est-il pas possible, vraisemblable même, qu'un médecin qui n'est pas bien analysé (et qui donc est bien analysé?) ne va pas soigner, mais laisser libre cours à ses passions, à mes frais, de façon névrotique ou psychotique ? En guise de confirmation, de justification de ce facteur de suspicion, je dois me souvenir de certaines remarques de Freud, qu'il a laissé tomber en ma présence, comptant manifestement sur ma discrétion : « les patients, c'est de la racaille ». 2) Les patients ne sont bons qu'à nous faire vivre, et ils sont du matériel pour apprendre. Nous ne pouvons pas les aider, de toute façon. C'est du nihilisme thérapeutique, et malgré cela, par la dissimulation de ces doutes et l'éveil d'espairs, des patients se laissent prendre.

59 FREUD S., *Prédisposition à la névrose obsessionnelle*, 1913.

60 FERENCZI S., *Journal Clinique*, traduit par l'équipe de traduction Coq-Héron, Editions Payot pour la traduction française, collection « Science de l'homme », 1985, p. 147-150

Je pense, pour ma part, qu'à l'origine Freud croyait vraiment en l'analyse, il a suivi Breuer avec enthousiasme, il s'est occupé passionnément, avec dévouement, de la guérison des névrosés (restant couché par terre des heures durant, si c'était nécessaire, auprès d'une personne en crise hystérique). Mais il a dû être, premièrement ébranlé, deuxièmement désenchanté par certaines expériences, à peu près comme Breuer au moment de la rechute de sa patiente, et par le problème du contre-transfert s'ouvrant devant lui comme un gouffre. Chez Freud, cela correspond sans doute à la découverte que les hystériques mentent. Depuis cette découverte, Freud n'aime plus les malades. Il est retourné à l'amour de son Surmoi ordonné, cultivé (une autre preuve en est son antipathie et ses termes injurieux à l'encontre des psychotiques, des pervers, et en général contre tout ce qui est « par trop anormal », [...]). [...] Il s'ensuit, évidemment, une part de fatalisme. Après la vague psychologique, Freud a donc de nouveau atterri, premièrement dans le matérialisme du chercheur des sciences de la nature ; dans le subjectif, il ne voit presque uniquement que la superstructure du physique et dans le physique lui-même il voit quelque chose de beaucoup plus réel ; deuxièmement, il reste encore intellectuellement attaché à l'analyse, mais non émotionnellement. Troisièmement, sa méthode thérapeutique, comme sa théorie, sont de plus en plus imprégnées par l'intérêt pour l'ordre, le caractère, le remplacement d'un mauvais Surmoi par un meilleur ; il devient pédagogique. La modification de sa méthode thérapeutique, devenant de plus en plus impersonnelle [...]. Certes, cela peut être vrai en partie, et considéré comme utile pour faire surgir le matériel ancien, mais si le médecin ne se surveille pas, il s'attarde plus longtemps que nécessaire dans cette situation confortable pour lui, dans laquelle les patients lui épargnent le déplaisir de l'auto-critique, lui fournissent l'occasion de goûter l'agrément d'être en position de supériorité et d'être aimé sans réciprocité (presque en situation de grandeur infantile), et qui plus est, être payé pour ça par le patient. »

En lisant ces lignes, nous sommes dérangés premièrement, puis intrigués. Dérangés parce qu'elles interrogent tout thérapeute sur sa capacité à se remettre en question, sur le regard qu'il porte sur ses patients, sur le narcissisme qui l'habite, sur sa déshumanisation, enfin, en guise de protection contre la déception et la souffrance de l'autre. Ne prendre en compte que le transfert du patient, c'est négliger sa propre subjectivité et risquer, de surcroît, de projeter sur le patient un matériel inconscient qui n'a pas été travaillé, et fausser ainsi son jugement. Bien entendu, nous sommes ici dans le cadre orthophonique, et non psychanalytique. Mais une thérapeute du langage, G. DUBOIS, s'est elle aussi posé la question de la résistance du thérapeute, et plus profondément, de sa demande. « *Que signifie être rééducateur ?* » interroge G. DUBOIS. « [...] *On construit un enfant conforme, en règle avec la norme sociale.* »⁶¹ Serions-nous agressés par le symptôme de celui qui se présente à nous, si bien que notre première réponse serait une riposte immédiate : faire disparaître ce symptôme ? Si l'on est thérapeute, se dit-on, alors il nous faut soigner une souffrance, il faut encore faire en sorte qu'elle ne soit plus. Car l'absence de conformisme chez l'autre nous angoisse, elle nous remet en question, elle nous gêne. « *Voilà quelle est, souvent, à notre insu, notre demande... aussi avons-nous envie, pour répondre à l'agression de cet autre, de l'agresser dans son symptôme, de forcer les barrières de sa différence en nous donnant une illusion de puissance.* »⁶². Ce désir en chaque thérapeute, il faut le questionner, pour en prendre conscience et ainsi ne pas faire porter à l'autre ce qui nous appartient, ne pas confondre sa demande et la nôtre, afin de l'entendre mieux,

61 DUBOIS G., *Ibid.*, p. 20.

62 *Op. cit.*, p. 64-65.

lui.

3. 3 De la rage du thérapeute

Geneviève DUBOIS parle d'agression mutuelle en thérapie : l'orthophoniste, se sentant agressé par le symptôme du patient, l'agresse en retour afin d'apaiser son angoisse. FERENCZI va plus loin : selon lui, « *l'attitude immuablement rigide, pleine de bonté et de désintéressement,* » ne fait que dissimuler « *l'excès de fatigue, le déplaisir et même des intentions meurtrières* »⁶³ de l'analyste.

L'excès de fatigue ou le découragement amer du thérapeute peut le conduire parfois au désir même d'interrompre la prise en charge: « *Les patients sentent ce qu'il y a d'hypocrite dans le comportement de l'analyste, ils le décèlent à partir de centaines de petits indices. [...] on réagit d'habitude par la morosité, le silence, l'irritation, et le sentiment d'avoir voulu faire mieux et, là-dessus, de se faire réprimander. Envie d'interrompre l'analyse, et peut-être même le faire* »⁶⁴.

Quel orthophoniste ne s'est pas senti mis en difficulté par un patient, ou la famille d'un patient, qui remettait en question sa position, qui discréditait son travail, alors que lui fournissait tant d'effort malgré la fatigue et le découragement parfois ? Il y a des patients qu'on affectionne plus particulièrement, tandis que d'autres nous énervent plus. Que faire de ces petites irritations ? Les patients ne les sentent-ils pas, même si nous faisons tout pour conserver une attitude « neutre » ?

Lors de notre recherche pratique, une orthophoniste nous a confié la chose suivante : « *Y a des gamins des fois qui t'adorent et pourtant qui te crispent, et qui t'envahissent, et toi tu fais un contre-transfert... qui ont trop d'attentes. Tu sens que t'es pas juste l'ortho, ils aimeraient que tu sois un peu tout. C'est trop investi. Et ça met une distance. Avec des gamins comme ça je suis pas du tout dans la relation, je suis très technique et c'est ma manière de mettre une distance. [...] Plus je suis distante, plus ils réclament.* » (témoignage 28)

On sent dans ce témoignage toute l'impuissance de la tentative de distance, qui n'est pas mise au travail : « plus je suis distante, plus ils réclament. »

FERENCZI rapporte une situation similaire. Parlant de sa patient R.N, qui attend de lui de la « *sympathie* », voire de l' « *amour* », il écrit que cela provoquait chez lui « *un accroissement marqué de [son] antipathie et le sentiment d'être forcé au sentiment* ». Puis, alors qu'il examinait « *plus à fond les causes de [ses] sympathies et antipathies* », il observe « *corrélativement un accroissement sensible de [...] sa compassion* »⁶⁵. Le fait qu'il ait pu examiner ce qui provoquait en lui cette antipathie l'a donc significativement aidé et rendu plus disponible pour sa patiente.

63 FERENCZI S., *Ibid.*, p. 60

64 *Op. cit.*, p. 270

65 *Op. cit.*, p. 220

3. 4 Reconnaître ses limites

A propos du traumatisme, FERENCZI trouvait inhumain de la part du psychanalyste de le faire émerger chez son patient, puis de le laisser là, blessure ouverte, en quelque sorte, sans plus de réaction⁶⁶. Selon lui, l'objectif de la psychanalyse devait être de fournir à l'enfant (cet enfant qui rejaillit chez l'adulte lorsqu'il est en analyse) ce qui lui a manqué lorsque le traumatisme s'est produit : une réaction affective, une parole pleine de compassion qui a manqué, là où « *les choses sont simplement recouvertes par un silence de mort* »⁶⁷. Pourtant le thérapeute n'est pas toujours capable de cet investissement, pour diverses raisons. Quelles solutions s'offrent alors à lui ? Soit de cacher, s'il le peut, ce qu'il ressent, mais la fatigue et sa résistance au patient pourraient s'accroître, soit reconnaître son impuissance, son incapacité qui peut être momentanée : « *Il ne reste plus à l'analyste qu'à reconnaître ses vrais sentiments devant le patient et, par exemple, admettre que, chargé de difficultés personnelles, il lui est souvent difficile de s'intéresser à ce que dit le patient.* »⁶⁸ Le patient s'en trouve alors soulagé, lui qui « *supporte mieux un traitement sans douceur mais sincère, que l'objectivité et la froideur dites pédagogiques, mais qui cachent de l'impatience et de la haine* »⁶⁹. S'il n'est pas facile de reconnaître ses limites face à son patient, et s'il faut le faire avec sagesse, FERENCZI confère à cet aveu un rôle même thérapeutique : « *Chose curieuse, on est récompensé de ce courage, le patient surmonte plus facilement la déception de ne pas être aimé de nous que la dépendance indéfinie par rapport à un parent (père ou mère) qui promet en toute apparence, mais qui, intérieurement, refuse tout.* »⁷⁰.

Quant au thérapeute, il est lui aussi libéré, ainsi que le dit FERENCZI : « *aveu subjectif : cette libre discussion avec les patients apporte une sorte de libération et de soulagement à l'analyste, comparée aux pratiques pour ainsi dire crispées et fatigantes, en vigueur jusqu'à présent.* »⁷¹. A ce propos, une orthophoniste nous a confié sa difficulté à se maintenir dans une attitude de « neutralité bienveillante ». A la fin de l'entretien, elle confesse : « *On est humain. La neutralité bienveillante, c'est beau on essaie de la mettre en pratique le plus possible. Mais il y a certains patients qui nous renvoient de l'affectif forcément.* » (témoignage 11).

On voit à travers ce témoignage combien la question de l'humanité du thérapeute et de ses affects dont s'est occupé FERENCZI concerne aussi l'orthophonie et l'interroge, interroge des concepts qu'on admet parfois peut-être un peu rapidement, parce qu'on pense qu'il le faut...

66 « La technique analytique provoque le transfert mais se retire ensuite [et] blesse le malade sans lui donner aucune chance de protester ou de s'en aller. », *Op. cit.*, p. 282

67 *Op. cit.*, p. 71

68 *Op. cit.*, p. 72

69 *Op. cit.*, p. 178-179.

70 *Op. cit.*, p. 150

71 *Op. cit.*, p. 56

3.5 Le thérapeute en thérapie

FERENCZI est naturellement amené à élaborer son concept d' « analyse mutuelle » : le thérapeute entre en thérapie en même temps qu'il analyse son patient. Il confère même à ce dernier le statut d'analyste. Il n'est pas lieu ici de débattre des limites d'une telle pratique en psychanalyse, mais le concept nous intéresse tout de même. « *Je ne connais aucun cas d'analyse de formation, y compris la mienne, qui soit suffisamment complète pour que de telles corrections, dans la vie ou au cours du travail, deviennent complètement inutiles.* »⁷² Même celui qui a fait une analyse n'est pas exempt, selon l'auteur, d'une remise en question continuelle, et ce parce que ce qui n'est pas advenu à sa conscience, dans le temps limité de son analyse, peut rejaillir en projection sur le patient, et ainsi déformer l'écoute de sa parole et de sa souffrance.

H. SEARLES⁷³, ayant mis à l'épreuve cette thérapie pour lui-même, prend quelques exemples dans sa clinique. Par exemple, il décrit une patiente qui projetait sur lui l'image d'un père défaillant et l'espoir de plus d'autorité. Il dit à ce propos : « *Elle réussit à faire naître chez moi un certain esprit de décision et de fermeté, au point que je pouvais parfois imposer autoritairement des limites, chose que je n'avais jamais pu faire avec personne. [...] J'ai beaucoup appris par elle.* »⁷⁴. Plus loin, il explique comme son « insensibilité », qu'il avait cru handicapante pendant des années, a pu aider une autre de ses patientes. Cette patiente cherchait à faire naître en lui une réaction affective plus passionnée, et lui reprochait son insensibilité. Cela touchait un point sensible chez l'analyste : il avait toujours pensé que cette insensibilité était un obstacle. Or, il s'avéra que c'était finalement précisément ce dont la patiente avait besoin. Il dira à ce propos que « *c'est là [qu'il] avait le plus besoin d'aide* »⁷⁵, dans la reconnaissance de ce trait de caractère, par lui-même, comme n'étant pas une entrave à sa qualité de thérapeute. Ainsi, la réflexion sur le contre-transfert peut amener tout soignant à ce genre de découverte.

Peut-être peut-on lire aussi de cette manière ce que dit G. DUBOIS : « *Naturellement, nous entrons, nous rééducateurs, dans cette relation avec ce que nous sommes et avec ce que nous y cherchons, consciemment ou inconsciemment. Peut-être y entrons-nous avec la volonté d'apprendre[...].* »⁷⁶

Quant à A. MUCCHIELLI-BOURCIER, elle rappelle que la personnalité du thérapeute, son histoire et son contexte, doivent être l'objet d'une mise à distance, d'une réflexion. En fait, cette formation personnelle nécessaire, cette connaissance de soi devrait permettre aux orthophonistes de ne pas prendre en charge tous les patients qui se présentent : « *Contrairement à ce que pensent certains, un rééducateur ne peut pas prendre n'importe quel enfant en rééducation.* »⁷⁷. Etre conscient de sa propre personnalité, et conscient qu'elle influence nécessairement le travail, c'est avoir l'humilité de reconnaître qu'on ne convient pas à tout le monde et que tout le monde ne nous convient pas. C'est se laisser le temps, et laisser le temps – et la liberté – au patient, d'évaluer si un travail thérapeutique au moyen d'une relation consentie, voire agréable, pourra être envisagé.

72 *Op. cit.*, p. 72

73 SEARLES H., *Ibid.*

74 *Op. cit.*, p. 95

75 *Op. cit.*, p. 101.

76 G. DUBOIS, *Ibid.* p. 53.

77 A. MUCCHIELLI-BOURCIER, *Ibid.* p. 126.

4. Transferts positifs et transferts négatifs

Que ce soit dans le sens du patient vers le thérapeute, ou dans le sens du thérapeute vers le patient, il nous semble important d'écartier ici une confusion, celle qui dit qu'un transfert positif est un bon transfert et qu'un transfert négatif est un mauvais transfert.

Lorsque FREUD a commencé à parler du transfert, il a commencé par penser que celui-ci représentait un obstacle à l'analyse, puisque le patient, dans un transfert négatif, était résistant à l'analyse. Mais FREUD découpe l'analyse⁷⁸ en trois temps : une première phase durant laquelle le patient fait des progrès spectaculaires dans son analyse, montrant un intérêt immense à l'analyste. Il fait alors de grands progrès. L'analyste s'en trouve flatté, satisfait, et éprouve de la sympathie envers son patient. Puis le patient commence à résister, parce qu'il est déçu par rapport aux attentes et espoirs qu'il avait mis dans l'analyste, et qui l'avaient fait avancer dans un premier temps. C'est alors que l'analyse du transfert peut se passer, parce qu'il devient plus visible, palpable, et le travail en profondeur peut commencer. Ainsi, cette résistance qu'on pourrait qualifier de « négative », s'avère être finalement le vrai matériau de l'analyse. En orthophonie, le transfert n'est pas analysé. On peut tout de même parler de transferts négatifs et positifs, parfois avec le même patient, à des périodes différentes. Qu'est-ce qu'un transfert positif ? Ou négatif ? Une vignette clinique expliquera peut-être mieux ce questionnement.

VIGNETTE CLINIQUE N°3

Une orthophoniste me parlait d'une adolescente qu'elle voyait pour un trouble important du langage écrit. La patiente, après avoir mis du temps à s'appropriier le travail en séance – c'était essentiellement des textes co-écrit avec l'orthophoniste – s'est « prise au jeu » et a fait d'immenses progrès en écriture. Mais alors que la thérapeute constatait ces avancées continuelles, elle apprit que l'adolescente, loin d'avoir progressé à l'école, avait plutôt chuté dans ses résultats. L'orthophoniste exprimait donc ses doutes et ses questionnements quant au transfert qui s'était installé entre elle et sa patiente. Ce qui lui avait semblé positif l'était-il réellement ? Cette relation n'enfermait-elle pas l'adolescente dans une impossibilité à généraliser ses acquis ?

Cette anecdote illustre bien notre propos. Un transfert « positif », en apparence, peut enfermer un patient. A l'inverse, un transfert « négatif » peut être l'objet de questionnements pour aboutir finalement à des déblocages, pour peu qu'on ait la patience d'observer, pendant un temps suffisant, ce qui se passe dans ce blocage. Comme nous l'a fait remarquer une autre orthophoniste, un transfert « positif » - c'est-à-dire une relation fluide et même parfois affective – peut endormir l'orthophoniste, en renforçant son narcissisme, et en lui faisant oublier que, ce qui importe avant tout, c'est d'amener l'enfant à pouvoir se passer du thérapeute

78 FREUD S., *Introduction à la psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot, p. 408-425.

II – LE CADRE THERAPEUTIQUE

1. La demande

Savoir entendre l'inconscient, c'est savoir entendre l'implicite : c'est comprendre que ce qui n'est pas dit a peut-être plus de sens que ce qui est dit. Le thérapeute du langage est peut-être aussi un écouteur de silence, parce que le silence transmet un message. René DIATKINE nous met en garde : « *Les motifs de consultations ne sont jamais aussi clairs qu'ils paraissent à première vue, et l'inquiétude des parents s'accroche à la forme d'expression la plus évidente, même si elle n'est pas la plus grave.* »⁷⁹ Il est important de différencier les premiers motifs de consultations, la partie visible de l'iceberg, et la véritable demande qui émerge après les premiers entretiens bien souvent. C'est en faisant des liens entre les différentes paroles émises (celle du patient, celle des parents, celle encore des professeurs...), l'histoire du sujet, et ce qu'il voudra bien nous apporter, que nous pourrons comprendre plus finement ce qui amène le patient devant nous, à ce moment. Et puis, il y a la demande des parents qui amènent leur enfant, mais il y a aussi la demande de l'enfant. Or, celui-ci, nous dit G. DUBOIS, n'a souvent pas de demande, au départ. Le thérapeute est amené à lui laisser la parole, privilégiant son statut de sujet, à lui qui est sans cesse « objet » de toutes les inquiétudes et préoccupation des autres. Laisser à l'enfant *le temps et les moyens* d'élaborer sa propre demande, voilà un enjeu de taille dans la relation thérapeutique.

2. Le contrat de soins

C'est véritablement une alliance qui s'établit ou qui est à établir entre le thérapeute, son patient, et son entourage. L'importance de l'entourage est d'ailleurs capitale : c'est seulement avec eux, dans une relation de confiance, d'écoute mutuelle, que le patient pourra évoluer dans un cadre sain et réellement thérapeutique. D'ailleurs, l'alliance thérapeutique comprend également la verbalisation du secret qui s'établit entre l'orthophoniste et son patient. Il est important que tous puissent entendre que le thérapeute s'engage à ne pas divulguer, dans le cadre du secret professionnel, ce qui est dit et ce qui se joue entre lui et son patient. C'est un contrat thérapeutique qui engage le patient et le thérapeute à se respecter mutuellement et rechercher, ensemble, les objectifs à atteindre. Il permet de replacer le cadre lorsque le patient tend à en déborder. La Loi et le langage étant liés, comme nous l'avons vu plus haut, il n'est pas rare de constater qu'en effet, lorsqu'il y a trouble du langage, le rapport à la Loi et au cadre est également affecté.

Ces objectifs, il sera difficile de les atteindre véritablement sans le consentement du patient, et c'est le temps qui peut permettre à ce dernier de prendre conscience des enjeux de la rééducation.

79 DIATKINE R., *Ibid.*

3. Le statut du thérapeute

L'enfant, et bien souvent les parents, de même que le patient adulte, arrivent chez l'orthophoniste chargés d'images prêtes à être appliquées au thérapeute, sans parler des images qui s'introduiront plus tard, et qui sont plutôt de l'ordre du transfert, dont nous avons déjà parlé. G. DUBOIS énonce quelques-une de ces images, que nous reprenons ici.⁸⁰

3. 1 Rôle de celui qui sait

L'orthophoniste est le « spécialiste » du langage, écrit ou oral. Il a fait des études à propos de ce savoir qui n'est pas accessible aux parents, à l'enfant, et à toute autre personne ne pouvant se qualifier d'orthophoniste. Il est aussi celui qui « sait » ce que l'enfant a, il est celui qui pourra donner un diagnostic. « *L'éducateur semble investi d'une toute-puissance magique. On est porté à lui attribuer les vertus les plus parfaites.* »⁸¹ Ainsi, celui qui sait, peut rassurer, expliquer, déculpabiliser, autant qu'il peut faire peur.

De plus, la nature du savoir de l'orthophoniste est difficile à délimiter, pour l'orthophoniste lui-même, pour le patient, et pour la famille de ce dernier. Il « sait » les rouages du langage, avec cela tous seront d'accord. Mais que sait-il des enjeux psychiques qui sous-tendent le langage, et surtout la rééducation orthophonique ? Et que peut-il dire de ce qu'il « sait », de ce qu'il observe, à qui et comment faut-il le dire ? Nous verrons dans la partie pratique que ce rapport au savoir demeure confus, pour les orthophonistes mais surtout pour les familles. Ainsi, une orthophoniste raconte à propos de l'un de ses patients : « *j'ai dit qu'il fallait arrêter le pouce, pour travailler la déglutition. Et que si il y avait des relations avec le pouce, il fallait savoir pourquoi. La mère m'a dit qu'on me demandait de faire une rééducation de déglutition et pas autre chose, et que j'étais pas psy.* » (témoignage 3).

3. 2 Rôle de celui qui aide

C'est le rôle du soignant, de celui qui a des solutions à apporter. Les parents s'attendent à être aidés par le thérapeute, et leur conception de cette aide attendue peut être tout à fait intéressante à comprendre : correspond-elle à l'aide que nous **pouvons** apporter ? Et à celle que nous **voulons** apporter ? Est-elle la même ou diffère-t-elle de l'aide attendue par l'enfant ? D'ailleurs, l'enfant a-t-il vraiment besoin, ou plutôt envie de cette aide ? Là encore, les projections entrent très certainement en compte. Ce rôle de soignant renvoie donc à la conception du soin personnelle à chacun. Le thérapeute du langage reçoit des sujets en souffrance plus ou moins grande. Quelle réponse peut-il apporter ? Et comment se positionner face à des parents qui vont tout attendre de lui, ou au contraire chercher à discréditer son action, en la minimisant ?

80 DUBOIS G. , *Ibid.* p. 52-53.

81 MUCCHIELI-BOURCIER A., *La dyslexie, maladie du siècle*, p. 125.

3. 3 Auréole de celui qui ne juge ni ne condamne

En effet, c'est un élément important. L'enfant, ou l'adolescent, et parfois même les parents peuvent être « malmenés » dans le domaine scolaire, les notes et appréciations de fin de trimestre tombant comme des sentences irrévocables sur la *valeur* de l'enfant. Or, il est primordial que tous entendent – et ceci fait partie du contrat de soins – que le lieu de la rééducation est celui où l'erreur est possible, et ce sans jugement aucun. On comprend là aussi toute l'importance d'une réflexion et d'un travail personnel sur les mécanismes de transfert. En effet, on peut avoir la volonté théorique de ne pas juger le patient, mais être aux prises avec un contre-transfert nuisible à cette conviction.

3. 4 Porteur d'une incertitude

La liberté que l'enfant découvre chez l'orthophoniste peut le conduire à se méfier : comment peut-il être assuré que cet adulte ne l'attire pas dans ses filets pour encore le tromper ? L'enfant peut alors tester la validité des dires de l'orthophoniste lors des premiers entretiens. Là encore, le thérapeute est mis au défi de ne pas prendre ce test comme une agression personnelle mais plutôt comme un temps nécessaire d'« apprivoisement » mutuel. Et combien la parole du thérapeute a d'importance, et combien il lui faut savoir la donner avec sagesse, étant certain que ce qu'il dit, il le fera. L'incertitude et le doute traversent constamment la clinique des orthophonistes. Si le thérapeute doute et se remet en question souvent – pour ne pas dire toujours, il doit (ou peut-être il croit devoir) être, comme nous le disions plus haut, celui qui sait. L'incertitude est la marque de sa subjectivité, par elle il prend une distance avec son savoir objectif, cherchant à l'intégrer à sa clinique, voire à le modifier selon sa clinique. On retrouve ceci encore dans l'éthique de FERENCZI : la théorie doit être fondée sur la clinique, et non l'inverse. Il s'insurge contre le thérapeute qui « plane » au-dessus de ses patients comme une divinité omnisciente, qui serait hors du champ de l'incertitude, hors du champ de la remise en question ; bref, hors de l'humain.

4. L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique, c'est ce « pacte » qui s'établit soit de manière implicite, soit de manière tacite ou bien même de manière écrite et signée par les différentes personnes. En effet, cette alliance, qui signe la confiance entre l'orthophoniste et l'entourage, et entre l'orthophoniste et son patient, est la garantie pour le patient qu'il existe un cadre sécurisant dans lequel il ne peut pas tout faire (ce qui est source d'angoisse pour un enfant) mais qui lui ouvre la voie d'une réelle liberté d'*être*. Cette alliance garantit aux parents que le thérapeute est là pour l'aider, lui, le patient, avec tout son savoir et toute son écoute, et elle leur signifie clairement que la priorité du thérapeute, c'est le patient, et non l'exigence de l'entourage familial ou social. Enfin, elle garantit au thérapeute que son projet thérapeutique ne sera pas systématiquement attaqué ou remis en cause par le patient ou son entourage. Elle lui permettra également de rappeler le cadre lorsque cela est nécessaire, cadre légitime et non pas arbitraire, parce qu'il aura été consenti par tous.

III – INTERSUBJECTIVITE ET POSITIONNEMENT

THERAPEUTIQUE

« J'ai toujours pensé que l'école, c'était d'abord des professeurs. »

DANIEL PENNAC

Si, pour PENNAC, l'école était avant tout des professeurs, nous pensons qu'il en va de même pour le rééducateur, qui plus est le rééducateur de la parole. Une parole qui n'est pas incarnée, c'est-à-dire enveloppée d'une chair, est une parole vidée de son essence. Elle est vain « bavardage », pour reprendre un terme d'HEIDEGGER, typiquement endossée par un « on » qui n'est personne, qui n'est pas un « je ». Or, nous pensons que le thérapeute de parole, qui soigne le langage par le langage, est un modèle de parole, et plus profondément de subjectivité. Il est sujet qui montre la voie à un « je » qui s'est perdu en route, ou qui n'est pas advenu, parce qu'il n'a pas trouvé d'*étant* qui l'a reconnu comme *étant*, il n'*ex-siste* pas. Ainsi, l'unique moyen de comprendre l'existence, selon HEIDEGGER, c'est de « saisir l'être comme celui qui nous appelle et nous regarde, celui qui accorde que nous ayons une ouïe et un regard »⁸² Ainsi, exister, c'est être reconnu par un autre. « L'autre est le garant de l'authentique parole quand il la reçoit. Sans l'autre aussi il serait bien possible que nous n'existions pas. »⁸³

Si l'on considère le trouble du langage au sens large comme, quelque part, reflétant un trouble relationnel dans le développement d'un sujet, nous comprenons bien que la dimension relationnelle dans toute sa profondeur est primordiale, et qu'elle ne peut être seulement vécue en surface si elle veut agir sur le langage, par le langage.

1. L'attention à la subjectivité du patient

Claire DE FIRMAS a proposé un canevas pour aider l'orthophoniste à organiser les observations subjectives, qui ne sont mentionnées nulle part dans les bilans, alors qu'elles tiennent une place extrêmement importante dans la clinique de l'orthophoniste, comme nous le verrons dans l'étude des questionnaires. C'est dans *Les Marqueurs Transversaux* que l'on retrouve, justement les indicateurs de la subjectivité du patient. Il est évident qu'on ne peut pas traiter de ces marqueurs comme dans un bilan côté, où le langage est évalué selon des étalonnages précis. Ça n'est pas non plus une grille que l'on pourrait remplir lors d'une ou deux séances, car la subjectivité ne se laisse pas saisir si facilement. C'est pourquoi ces marqueurs constituent des sortes d'orientations d'observation pour le thérapeute, observation qui se fait transversalement, c'est-à-dire tout au long d'une prise en charge. DE FIRMAS nous invite à considérer ces marqueurs sous trois dichotomies : le langage et la distance, le langage et l'identité, et enfin le langage et la conciliation.

82 CARON M., *Heidegger, Pensée de l'être et origine de la subjectivité*, Editions du Cerf, Paris, 2005, p. 1349.

83 CHASSAGNY C., *Ibid.*, p. 28.

1.1 Langage et distance

Le trouble du langage peut être un symptôme de la distance, puisque « *le langage à la fois permet et est permis par la distance* »⁸⁴. « *Il n'y a pas de parole sans écart* »⁸⁵, nous dit encore l'auteur, et c'est dans cet écart que se créent des éléments indispensables à la parole : dans la distance entre le mot et la chose naît la *représentation* ; dans la distance entre moi et l'autre se met en place l'*altérité* ; et c'est peut-être dans la distance entre la parole sienne et la parole de l'autre, que l'on peut trouver la *vérité*.

La problématique de la distance se rencontre fréquemment dans les cabinets d'orthophonie. L'auteur propose d'observer cinq marqueurs de la distance, c'est-à-dire d'observer le rapport à la distance dans cinq domaines dans lesquels elle est sensible :

- Le rapport à la mémoire verbale

« *Mémoriser, c'est faire des liens. [...] Le langage est un mouvement incessant de relation et de séparation qui serait impossible sans la mémoire. [...] La mémoire met en correspondance les mots avec les représentations et les affects qui leur sont attachés.* »⁸⁶ Ainsi, par exemple, le manque ou la surcharge d'évocation pourraient être dus à au manque de refoulement. Les mots ne sont plus des entités symboliques, pouvant renvoyer à la fois à des souvenirs du passé, et à d'autres événements ou objets. Ils ne sont attachés qu'à ce qui a été vécu par le sujet, si bien que les dire, ce serait comme revivre les événements. Redonner aux mots leur polysémie, c'est aider le patient à accéder au symbole, c'est-à-dire à pouvoir rétablir une distance entre le mot et la réalité, qu'un échec de refoulement ne permet peut-être pas.

- Le rapport à l'espace

Qu'en est-il du rapport de l'enfant à la séparation ? Comment l'espace du bureau est-il investi ? Quel espace est laissé à chacun des membres de la famille : la mère, le père, l'enfant lui-même, la fratrie ? L'espace de la thérapie du langage est un espace où le patient peut élaborer sa parole, et ainsi s'élaborer lui-même en quelque sorte. Dans cet espace, « *il éprouve le déploiement de sa parole adressée à son orthophoniste, l'espace d'évocation ouvert par les mots de chacun qui font penser l'autre* »⁸⁷ L'auteur raconte ici l'émerveillement d'un de ces patients qui découvrait justement, à l'occasion de l'écriture d'une série, que ses mots faisaient penser l'autre. Il découvrait l'impact qu'il pouvait avoir sur le thérapeute. Ainsi, ça n'est pas l'enfant seul qui peut se construire comme sujet, il est, pour ainsi dire, construit comme sujet par un autre qui se laisse rejoindre et toucher. FERENCZI était également convaincu de l'importance de cet espace à redonner à l'enfant, de manière indispensable. « *La personnalité infantile, encore si peu consolidée, n'a pour ainsi dire aucune capacité d'existence si son entourage ne la soutient pas, de tous côtés. Sans ce soutien, les mécanismes partiels, psychiques et organiques, divergent, explosent en quelque sorte ; il n'existe pas encore de centre du Moi d'une force digne d'être mentionnée, qui maintiendrait le tout ensemble, même de façon autonome.* [...] »

84 DE FIRMAS C., *Les Marqueurs Transversaux*, 2008, p. 17

85 *Op. cit.*, p. 20

86 *Op. cit.*, p. 23-26

87 *Op. cit.*, p. 29

L'analyse devrait être en mesure de procurer au patient le milieu favorable à la construction du Moi qui lui a manqué autrefois [...] Une nouvelle couvade et un nouvel envol, pour ainsi dire. »⁸⁸ Il parle ici de l'analyse, mais n'est-ce pas également cet espace dont a besoin l'enfant en mal de langage ?

- Le rapport au temps

DE FIRMAS met ici en avant la fréquence des rendez-vous manqués, les retards répétés, etc. Elle donne l'exemple d'un bègue qui « *bégayait autant dans sa parole que dans ses rendez-vous* »⁸⁹. En effet, il faut du temps pour parler, il faut du rythme, il faut attendre patiemment son tour, se heurter à une écoute distraite, adapter son discours parfois trop long à une attention limitée de l'autre, etc. Se situer dans le temps, c'est aussi pouvoir se situer dans son histoire : que sait-on de sa famille, de là d'où on vient et qui a fait ce que nous sommes ici et maintenant ?

Comment le temps de la séance est-il appréhendé ? Comment les mots servent-ils au patient pour parler du temps ? Comment s'y repère-t-il ?

- La représentation

C'est le « *fait de rendre sensible un objet absent ou un concept au moyen d'une image, d'une figure, d'un signe.* »⁹⁰ Les mots peuvent ne pas être suffisamment investis de valeur symbolique. Combien de fois sommes-nous en présence, dans le bureau de l'orthophoniste, de patients chez lesquels les mots ne correspondent plus à des images, et les images ne peuvent être nommées ?

L'enfant est-il capable de « faire comme si » ? La représentation est un marqueur de distance : sans distance, il n'y a nul besoin de représenter une chose ou une personne. C'est pourquoi, en thérapie, l'élaboration de la représentation doit pouvoir revenir parfois aux premiers processus de symbolisation : le jeu, puis le dessin, et enfin le récit.

- Le non-dit et l'implicite

Nous l'avons vu, ce qui est tu est parfois plus parlant que ce qui est dit, en témoigne l'attention particulière que l'on porte généralement aux mimiques, aux expressions, aux postures de notre interlocuteur. DE FIRMAS postule que si la distance entre le signifiant et le signifié est trop réduite, la symbolisation est insuffisante, et on craint de tout dire. A l'inverse, si la distance entre signifiant et signifié est trop grande, on croit devoir tout dire. Ainsi, « *pour pouvoir parler, il faut pouvoir ne pas parler* »⁹¹. Quel rapport le patient entretient-il avec sa parole ? On se sent parfois inondé par les mots de l'autre, ou même agressés, comme si sa parole, au lieu d'être un pont entre lui et nous, était au contraire un mur qu'il dressait, pour n'être pas rejoint.

88 FERENCZI S., *Ibid.*, p. 282-283, dans la note « Etre seul ».

89 DE FIRMAS C., *Ibid.*, p. 31

90 *Op. cit.*, p. 37

91 *Op. cit.*, p.44

1.2 Langage et identité

Le langage, c'est prendre une distance par rapport à l'Autre, mais c'est aussi s'affirmer, prendre sa place en disant « je », exprimer sa singularité. Comment ce rapport à l'identité se manifeste-t-il ? Qu'est-ce qui nous renseigne sur le rapport que le patient entretient avec son identité ? DE FIRMAS dégage cinq éléments que l'on peut particulièrement observer.

- Le marqueur de différenciation et d'identification

« *Les lettres se disputent les places comme souvent les humains* »⁹². Il en va de même pour les sons : que penser, par exemple, d'un enfant souffrant d'un retard d'articulation parce que plusieurs sons se confondent ? Le langage est une affaire de place.

En français, de manière singulière, le féminin et le masculin sont étroitement liés à cette question de l'identité et des places de chacun. Quel usage en font le patient et les parents ? Quel usage, également, est-il fait des pronoms dans la famille ? Le singulier et le pluriel répondent aussi à cette problématique : quelles sont les instances qui président au discours et à la psyché ? Être seul et être plusieurs, quels problèmes cela pose-t-il ?

A chacun ici de chercher les innombrables liens qui peuvent être faits, et particulièrement dans la clinique orthophonique, entre la problématique de l'identité et celle du langage.

- Le rapport au nom

Les enfants sont passionnés par l'apprentissage de la transcription de leur nom. Les premiers mots écrits sont d'ailleurs son nom, celui de « Maman » qui, pour l'enfant, est un nom propre, et les mots écrits ensuite sont d'abord ceux de la famille.

Daniel PENNAC, d'ailleurs, rapporte dans son livre combien les noms propres lui posaient problème, à cause de ces majuscules qu'il ne parvenait pas à placer, comme si ces mots-là, les noms propres, étaient des mots « *trop propres* » pour lui, dont l'écriture était sale.

Le sens de son nom n'est-il pas également un objet de fascination pour chaque personne ? A l'origine, les noms propres étaient donnés selon une provenance géographique, une caractéristique physique (c'est le cas du célèbre Ciceron, qui avait une verrue - *cicero*, en latin), un lien de filiation ou encore selon un espoir, voire un projet que l'on avait pour l'enfant. Aujourd'hui, ce sens du nom s'est perdu, et pourtant nous continuons à rechercher l'origine, parce que nos origines, nous le sentons intuitivement, nous renseignent sur notre futur, et qu'un être sans origine est un être sans avenir. Le sens étymologique des noms s'est perdu, et pourtant les parents ne nomment pas leur enfant par hasard. Que penser d'une famille, par exemple, dans laquelle tous les enfants possèdent des noms de héros de séries télévisées, autrement dit des noms de personnages fictifs et lissés, sans consistance réelle ?

92 *Op. cit.*, p. 52

- Le rapport à la langue

Comment va se dérouler le passage, chez un enfant, de la langue orale familiale, à la langue écrite sociale ? Si le sujet peut manipuler sa parole, il n'en va pas de même pour la langue, ou du moins, il ne peut pas la manipuler à l'excès. Le patient est-il suffisamment identifié, suffisamment constitué pour accepter de se soumettre au code rigide de la langue sans craindre d'y perdre un peu de lui-même ? Ou bien ne trouve-t-il comme moyen d'expression singulière que la déformation de ce code ?

- Le rapport à l'erreur

Claire DE FIRMAS parle de la nécessité de l'errance. « *Certaines personnes consultent pour un trouble à peine visible du langage. C'est quand même un trouble du langage, ou plus précisément un trouble du rapport au langage* »⁹³ Il faut alors dédramatiser le rapport à l'erreur, dans un monde où la perfection est de mise et où les attentes scolaires confinent ceux qui font des erreurs dans la pathologie. On sait, par exemple, combien les bègues ont une image idéalisée du discours, alors que les erreurs sont les attributs de tout être parlant, de tout être pensant qui s'adresse à l'autre. Ainsi, il est nocif de dire à un bègue « fais attention », « réfléchis », comme si celui-ci ne réfléchissait pas, alors qu'il dépense une énergie considérable à chercher à contrôler sa parole, quand celle-ci ne se laisse jamais totalement soumettre.

D. PENNAC, comme d'autres auteurs, distingue la faute et l'erreur. La faute, c'est la réponse absurde qui a été donnée sans réflexion. L'erreur, c'est la réponse qui est le fruit d'un raisonnement erroné. Le professeur s'insurge que l'école ne fasse pas une telle distinction, et cantonne à la même enseigne ceux qui ne font pas l'effort de réfléchir, et ceux dont la réflexion ne conduit pas à la bonne réponse.

La parole, si elle reflète l'être, n'en est que le reflet imparfait, et celui qui n'est pas sûr de lui-même, sûr de son identité, supporte mal l'erreur, comme si nous étions exactement ce que nous disions. L'humour est une forme de dédramatisation de l'erreur, de même que le jeu de mot. Pouvoir s'amuser de ses erreurs, c'est ne plus risquer d'y perdre sa valeur. DE FIRMAS affirme qu'on ne peut pas acquérir de nouvelles compétences si on n'a pas pas à la fois « *la conscience de son manque, l'autorisation de rater et la conviction qu'on y survivra.* »⁹⁴

- La communication non-verbale

Le langage humain ne se réduit pas, loin de là, à la parole émise. Il est fait de plein d'à-côtés que le thérapeute doit prendre en compte, s'il veut considérer l'enfant face à lui dans son entier. Quelle attention le patient apporte-t-il aux états et à la communication non-verbale du thérapeute ? Et lui, le patient, comment l'exprime-t-il ?

93 *Op. cit.*, p. 64

94 *Op. cit.*, p. 67.

1.3 Langage et conciliation

Dans le langage, chaque élément ne prend sa valeur que dans l'écart avec ce qu'il désigne, et dans l'opposition avec un autre élément. Être dans le langage, c'est être dans ce mouvement constant de va-et-vient entre se distinguer et s'unir. Cette conciliation s'exprime à travers plusieurs marqueurs.

- **L'équilibre entre l'impulsion et l'inhibition**

Le patient est-il soumis à ses pulsions, si bien qu'il n'a pas de retenue tant dans son langage que dans son comportement ? Ou bien, à l'inverse, s'interdit-il tout débordement, n'exprime-t-il aucun désir ? Les relations humaines sont faites de cet équilibre entre les deux : parler et se taire, désirer et renoncer, attendre et agir, etc. Quelle conciliation est faite entre le langage et le corps ? Quel lien existe-t-il entre dire et faire ?

- **La prise en compte de l'interlocuteur et le feed-back**

« *Si on parle avec la bouche, on parle avec les oreilles aussi !* »⁹⁵ Le bégaiement est une attention exacerbée à sa propre élocution, si bien que l'écoute de l'autre est complètement annihilée. Une grande partie de la rééducation du bégaiement est consacrée à l'élaboration de cette écoute de l'autre. Dans une aphasie de Wernicke, au contraire, il n'y a plus aucun feed-back, le patient « n'entend » plus sa propre parole, elle ne peut plus être ajustée. Dans les deux cas, la parole sort du champ de la communication, elle n'est plus adressée à l'autre de manière adaptée et ajustée. Tout l'enjeu de la rééducation est de rétablir la situation de communication, et pour le thérapeute, de considérer la parole de l'autre comme lui étant adressée, en y remettant du sens, et en existant dans cette relation.

- **Le développement et la synthèse**

Il faut aussi, lorsque l'on parle, pouvoir tantôt développer son discours, tantôt le synthétiser. Il est intéressant de constater que la lecture fonctionne également grâce à la conciliation des deux modes : on lit de manière globale et analytique. Où en est donc le patient dans ses processus de lecture ? Et si nous le faisons évoquer, cette évocation est-elle ascétique au point de ne contenir que quelques mots, ou bien est-elle au contraire noyée dans un vague de mots ? La pensée est-elle mobile pour passer d'un mode à l'autre ?

- **Le rapport à la polysémie et à la métaphore**

Qu'en est-il du jeu de mot, du rapport à l'humour chez le patient ? Certains n'en ont que très peu, d'autres, au contraire, par leur ironie constante, manifestent un désengagement personnel de leur propre parole, ils s'en servent comme une arme contre le dialogue. Le patient est-il capable de se détacher d'une représentation pour accéder à la polysémie d'un mot ? Crée-t-il de manière fréquente des néologismes ? On sait que les troubles importants de la personnalité (la psychose) se manifestent par un collage du mot à la chose et un défaut d'accès à la métaphore. C'est donc un marqueur important pour le thérapeute souvent confronté à ce type de problématique.

95 *Op. cit.*, p. 85

- Le rapport à la loi

C'est ici une question centrale en orthophonie : quel rapport le patient entretient-il avec le cadre thérapeutique ? Il nous faut d'ailleurs de la prudence, pour discerner ce qui est de l'ordre de la coutume familiale et ce qui est de l'ordre de la transgression. D'ailleurs, quel rapport la famille du patient entretient-elle avec la loi et le cadre ? Le rapport à la loi marque le rapport de l'individu à la société, et son rapport avec l'autorité. Etre sujet réellement, n'est-ce pas être « soumis », selon son étymologie ?

- Le comportement de jeu

DE FIRMAS fait remarquer que « *donner du jeu* », c'est mettre en mouvement, c'est aussi laisser un espace dans lequel on peut évoluer librement. Le jeu est une étape vers la symbolisation : il y a du « faire semblant », des règles à respecter, etc. Il indique les places de chacun. C'est une activité gratuite, dont le but est le plaisir. Or, le plaisir est un élément central en orthophonie : même si l'on se trouve à l'intérieur d'un cadre, ne faut-il pas avant tout chercher à faire naître le plaisir, là où le langage est devenu source de souffrance ?

2. La subjectivité du thérapeute

« *Le symbole se construit à deux puisque c'est une convention. Il n'y a pas de sujet sans un autre sujet en face, et il n'y a pas de relation sans séparation.* »⁹⁶. Nous avons vu que la subjectivité du thérapeute peut être en jeu de manière tout à fait inconsciente, dans notre partie sur le contre-transfert. C'est pourquoi elle doit être l'objet d'une attention particulière, on ne peut la négliger ou simplement la mettre de côté, comme si l'on pouvait choisir de nous extraire de nous-mêmes, dans une activité qui exige justement que l'on y soit pleinement. Alors comment cette subjectivité est-elle mise au service du patient ? Comment peut-elle agir de manière thérapeutique ?

2.1 La subjectivité du thérapeute : un moteur

2.1.1 Le thérapeute : un miroir et un guide

- modèle de parole

« *L'adulte doit se comporter comme un modèle, et non comme le gardien inconditionnel d'une loi tombée du ciel.* »⁹⁷ A l'instar de Geneviève DUBOIS, c'est ainsi que nous pouvons concevoir le thérapeute du langage. Il n'est pas celui qui impose la loi du langage. En effet, n'est-ce pas, en général, ce qui a mené l'enfant à l'échec dans son cursus scolaire, celui de se confronter à une loi qui allait trop vite pour lui et qu'il refusait ou ne pouvait admettre ? Ainsi, l'adulte, tout en étant accompagnateur sur le chemin de l'enfant, se situe différemment de l'enfant, il reforme la parole déformée (ou il la reformule), et exprime lui-même une parole personnelle, qui lui

96 *Op. cit.*, p. 72

97 DUBOIS G., *Ibid.* p. 82

appartient.

- **Modèle de subjectivité**

En étant sujet, l'orthophoniste se pose comme modèle de subjectivité. Il dit « Je » en espérant amener son patient sur cette même prise de position dans le langage et dans la société, en espérant lui montrer la voie de la subjectivité. Il « *donne à l'enfant l'image d'un devenir possible, [...] un nouveau modèle d'adulte, et un nouveau modèle dans l'utilisation du langage.* »⁹⁸ Il est sujet de sa parole afin que son patient, en l'imitant, devienne lui aussi sujet de sa propre parole.

2.2 L'orthophoniste : un passeur de désir

D. PENNAC, éminent dyslexique, et professeur de français, a montré dans son livre autobiographique *Chagrin d'école*, combien, dans l'enseignement, ceux qui lui ont permis de se relever des échecs cuisants qui jalonnaient son parcours, étaient de ces êtres qui **incarnaient** le savoir qu'ils transmettaient. Et bien plus, il raconte que « *ce n'était pas seulement leur savoir que ces professeurs partageaient avec [lui], c'était le désir même du savoir* ». ⁹⁹ Leur vocation, à ses professeurs, était de transmettre leur passion jusqu'à ce qu'ils soient certains qu'elle eût été bien reçue. Il donne d'eux une définition dans laquelle un rééducateur peut bien se retrouver : « *Ils accompagnaient nos efforts pas à pas, se réjouissaient de nos progrès, ne s'impatientaient pas de nos lenteurs, ne considéraient jamais nos échecs comme une injure personnelle [...]* »¹⁰⁰. Des personnes passionnées, voilà qui réveilla dans l'esprit du dyslexique le désir de savoir, ce que d'autres avaient fini par éteindre. La définition n'est pas sans rappeler celle de G. DUBOIS : « *Plus qu'un éducateur, un ami, un guide, le rééducateur devra être le partenaire symbolique qui permette à l'enfant d'émerger d'un langage absent* », il sera « *aussi dynamisme et créativité, [...] témoin, miroir, modèle, qui accompagne [l'enfant] dans son cheminement et qui partage avec lui l'émotion nécessaire à toute vraie communication.* »¹⁰¹

Ne cessant de nous interroger sur la position de l'orthophoniste, sur son identité et donc sur son rôle, nous percevons au fur et à mesure que cette identité est difficile à saisir. Il y a du pédagogue dans l'orthophoniste, en ce qu'il y a le désir de faire naître chez l'autre le désir d'apprendre. Ce désir est porté, nous le pensons, par une personnalité qui ne fera qu'accélérer – ou bloquer – le processus recherché chez l'enfant. C'est l'aspect rééducatif de l'orthophoniste, qui se sert de ce qu'il est pour transmettre, non pas une somme de connaissances, comme le professeur, mais plutôt le désir d'apprendre.

98 *Op. cit.*, p.72

99 PENNAC D., *Chagrin d'école*, Gallimard, Folio, 2007, p. 262.

100 *Op. cit.*, p. 259

101 DUBOIS G., *Ibid.* p. 56.

3. Intersubjectivité et distance : quel équilibre ?

3.1 Réflexion sur la neutralité bienveillante

La « neutralité bienveillante » est un concept appartenant, à l'origine, au dispositif psychanalytique. Elle définit la position de l'analyste dans un cadre précis. Freud a très tôt parlé de neutralité bienveillante, qui s'opposait radicalement au cadre de l'hypnose, duquel il sortait, inventant la psychanalyse. Ainsi, la neutralité bienveillante, c'est pour l'analyste s'abstenir de tout commentaire, tout conseil ou toute intervention dans les éléments de réalité donnés par le patient lors de la cure. La neutralité permet ainsi la totale liberté d'expression du patient, et elle permet également de faire du thérapeute l'objet d'un transfert, qui sera au cœur de la cure. Elle doit donc faire émerger ce transfert. La bienveillance peut se rapporter à ce dont nous parlions tout à l'heure, au statut de celui qui ne juge pas, et qui veut être soignant. On invoque souvent ce concept de neutralité bienveillante en orthophonie. C'est une position, et elle peut d'ailleurs constituer une protection nécessaire, notamment pour le thérapeute. Cette position lui permet de rester dans une certaine distance. Mais nous avons parlé de l'importance, selon un autre point de vue, de la personnalité du rééducateur, et de l'influence que celle-ci peut éventuellement avoir sur le patient. Cherche-t-on, en orthophonie, à faire émerger le transfert ? Certainement pas. Si nous y accordons de l'attention, c'est parce que le transfert se manifesterait de toutes façons, mais en orthophonie, il n'est pas question d'en faire un objectif. De plus, une attitude trop neutre va à l'encontre de ce que nous avons développé plus haut, à savoir que le thérapeute du langage se pose comme modèle et de langage et de subjectivité pour son patient.

Si l'orthophoniste est nécessairement confronté dans sa pratique à des mécanismes de transfert, et que ceux-ci ont un impact considérable sur la thérapie du langage, nous pensons être appelés à prendre une position tout à fait différente de celle du psychothérapeute. Il ne s'agit pas pour nous de rester dans ce rôle d'objet réceptacle des fantasmes de l'enfant, mais plutôt de faire « *naître une expérience neuve et constructive pour l'enfant.* » C'est ainsi qu'Olivier MOYANO définit le cadre thérapeutique en psychomotricité, et nous pouvons penser qu'il en va de même pour la thérapie orthophonique. « *La relation thérapeutique n'est alors pas et ne peut pas se définir comme une neutralité bienveillante. C'est au contraire une relation d'implication. La relation d'implication interdit la neutralité, l'enfant doit pouvoir utiliser le thérapeute et en jouer avec plaisir ou déplaisir.* »¹⁰²

La neutralité bienveillante a surtout pour fonction de protéger le thérapeute. Le protéger de la violence de certains propos, mais également d'une souffrance qu'il n'est pas en mesure de recevoir ou de supporter. Ainsi, il n'est pas question ici d'annuler la nécessité de cette attitude, mais nous préférons parler alors d'une distance nécessaire, plutôt que de « neutralité », puisque le terme issu de la psychanalyse ne peut s'appliquer que difficilement en orthophonie.

102 *Psychomotricité*, sous la direction de A. CALZA, M. CONTANT. Ed. Elsevier Masson, 2007 (3ème éd.)

Cette distance n'est pas si simple : faut-il ne rien ressentir ? D'ailleurs est-ce possible ? FERENCZI, mettant en cause la neutralité que prônait Freud, disait qu'elle servait surtout à protéger le thérapeute de la nécessité de se remettre en question. Certes, la remise en question personnelle demande plus d'effort, elle pousse à plus d'humilité, rend le travail plus difficile, mais elle peut s'avérer parfois salutaire. C'est ce doute, cette incertitude qui permet de revoir ses positions, de s'interroger et, au besoin, d'interroger un tiers.

3.2 L'empathie

La question de l'empathie est, nous le pensons, fondamentale en orthophonie. DECETY a fait d'elle « *un pré-requis sur lequel se fonde l'intersubjectivité* »¹⁰³. Et l'intersubjectivité, le philosophe Husserl la considérait comme pré-existant à la subjectivité.

3. 2. 1 Les neurones-miroirs ou la capacité de comprendre autrui.

Les neurones-miroirs sont ces neurones qui permettent l'apprentissage, et notamment l'imitation. En effet, de nombreuses études ont conduit à leur découverte, et ont montré que les mêmes aires cérébrales étaient stimulées, que l'on réalise une action ou qu'on en soit seulement observateur. G. RIZZOLATO et C. SINIGAGLIA ont exposé dans un livre, *Les neurones-miroirs*, une synthèse de cette découverte. Au sujet du partage des émotions, les auteurs expliquent, d'après les études menées, que « *l'expérience de son propre dégoût et la perception de celui des autres semblent donc renvoyer à une base neurale commune, constituée par la région antérieure de l'insula gauche et par le cortex cingulaire de l'hémisphère droit.* »¹⁰⁴ La localisation de ce mécanisme-miroir dit quelque chose d'important : l'insula produit un contexte émotionnel adapté à une expérience sensorielle donnée. Le gyrus cingulaire, lui, serait impliqué par ailleurs dans l'élaboration de la conscience réflexive, la conscience de Soi. Ainsi la compréhension des émotions d'autrui implique les mêmes régions cérébrales, où siègent nos émotions, d'une part, et notre capacité à nous poser comme Sujet, d'autre part... Et elles sont indispensables pour « *comprendre à la première personne les émotions d'autrui* »¹⁰⁵. Implications qui laissent méditatif, et sur lesquelles nous reviendrons un peu plus loin.

Les auteurs poursuivent : sans l'insula, nous pourrions peut-être appréhender les émotions d'autrui, mais cette capacité serait dépourvue de toute « *couleur émotionnelle* », autrement dit elle se réduirait à une appréhension froide et insensible. Ainsi donc se manifeste notre capacité à ressentir les émotions d'autrui, à les endosser pour les comprendre. Mais RIZZOLATO et SINIGAGLIA nous enjoignent à discerner que « *partager, au niveau viscéro-moteur, l'état émotionnel de quelqu'un ne signifie pas cependant être en empathie avec lui.* »¹⁰⁶ En effet, une relation empathique dépend de bien d'autres facteurs que la capacité à se représenter ce que l'autre vit.

Elle dépend par exemple, de notre disposition à l'égard de la personne : si nous lui sommes favorables, nous

103 GOLSE B., *Les destins du développement de l'enfant*, ERES, 2010, p. 233.

104 RIZZOLATO G., SINIGAGLIA C., *Les neurones miroirs*, Odile Jacob, 2008, p. 196.

105 *Op. cit.*, p. 200.

106 *Op. cit.*, p. 201.

aurons tendance à partager sa souffrance, mais si c'est une personne que nous détestons, il se peut que leur souffrance soit une source de plaisir ou de soulagement chez nous. L'empathie dépend aussi de notre connaissance d'autrui : plus nous la connaissons, plus nous savons précisément ce qui la fait souffrir, ce qui la rend heureuse, etc.

Ainsi, l'empathie ne peut être réduite à une activité cérébrale bien localisée, mais elle est, sinon permise, du moins manifestée par cet étonnant mécanisme miroir.

3. 2. 2. « Sentir avec »

C'est encore Sandor FERENCZI qui a développé ce concept du « sentir-avec ». Selon lui, les répétitions interminables des traumatismes durant les cures analytiques ne trouvaient pas d'issue parce qu'elles se confrontaient toujours à la même réponse : l'impassibilité du thérapeute, répétant ainsi l'absence d'affects dont avaient fait preuve les parents de l'enfant au moment de l'événement traumatique. « *L'avantage du « sentir-avec » est le pouvoir de pénétrer profondément dans les sensations des autres et le désir d'aider* »¹⁰⁷. Ainsi, sentir avec l'autre, se laisser aller à cette faiblesse, c'est aussi permettre non seulement de mieux le comprendre, mais encore de laisser naître en soi le désir de l'aider. En revanche, le danger, c'est d'engendrer des attentes chez le patient, attentes de réparation auxquelles on ne peut pas répondre, et peut-être même auxquelles on ne doit pas répondre. C'est pourquoi FERENCZI ajoute : « *Si j'apprends en plus la capacité d'endiguer, au bon moment, l'émotion [...] alors je peux envisager à coup sûr le succès.* »¹⁰⁸. Ainsi, le « sentir-avec » à valeur thérapeutique est un ressenti qui se manie avec la sagesse de celui qui ne s'adonne pas aveuglément à ses sentiments, mais qui le met au travail, sans toutefois l'éliminer. Marie BALMARY, psychanalyste ayant étudié les textes bibliques sous un regard nouveau, nous dit ceci : « *Celui qui prétend guérir l'autre sans être avec lui est dupe de son discours. Si pour renaître il faut que l'être devienne sujet, il faut à ce sujet, pour être, un autre présent.* »¹⁰⁹ Combien plus pouvons-nous penser que celui qui a pour vocation de soigner du langage par le langage se doit d'« être avec » celui qui est prêt d'advenir à soi, et ce faisant, à sa parole vraie.

3. 2. 3. L'empathie en orthophonie

G. DUBOIS définit ainsi l'empathie, nécessaire en orthophonie : « *une compréhension sans complaisance, une écoute sans jugement, une chaleur sécurisante et pourtant une distance, une tolérance et cependant une exigence, afin d'accompagner le patient, sans pour autant être impliqué dans cette aventure commune.* »¹¹⁰

D'aucuns pourraient associer cette définition à la neutralité bienveillante dont nous venons de parler. C'est dire si le positionnement est difficile à déterminer. L'empathie, littéralement, c'est la capacité à être « dans » (*in-*) « la souffrance » (*-pathos*) de l'autre. Avoir de l'empathie, c'est donc avoir la capacité de se représenter et de ressentir le mal de l'autre, de le faire sien en quelque sorte.

Deux positions extrêmes sont possibles ici : soit nous rejetons l'empathie, pensant qu'elle ne fait que desservir le

107 FERENCZI S., *Ibid.*, p. 112

108 *Op. cit.*, p. 112.

109 BALMARY M., *Le Sacrifice Interdit*, Grasset, 1986, p. 154.

110 DUBOIS G., *Ibid.*, p. 55

patient et nous-mêmes. En effet, il ne s'agit pas de « couler » avec le patient, comme nous l'a fait remarquer très justement une orthophoniste. Soit nous permettons à l'autre de partager sa souffrance, dont nous supportons, pour un temps, une partie du poids, afin de parcourir le chemin avec lui, toujours dans cette pensée d'être un accompagnateur. Partager le poids, n'est-ce pas d'ailleurs une autre manière de parler de « prise en charge » ?

3.3 L'intersubjectivité et l'amour

« - *Qu'est-ce qui lui manque ? Je ne peux pas le dire. - Pourquoi ?*

- *C'est un gros mot. - Pire qu'« empathie » ? - Sans comparaison. Un mot que tu ne peux absolument pas prononcer dans une école, un lycée, une fac, ou tout ce qui y ressemble. - A savoir ?*

-

- ...

- *L'amour. »*

DANIEL PENNAC

Le mot fait peur, parce qu'il est fort. En français du moins. Que l'on se tourne vers quelque autre langue, autour de nous – en italien, en espagnol, en allemand, en anglais, etc - ou plus éloignée – en grec, en arabe, en hébreu, etc.,

on s'aperçoit bien vite que le français seulement confond en un même mot des affects si différents, mettant sur le même plan la passion, le désir sexuel, l'amour familial, l'amour désintéressé pour l'autre... Peut-être est-ce la raison pour laquelle il est difficile de parler d'amour. Il n'en reste pas moins que, au terme de cette réflexion d'abord sur le statut de l'orthophoniste, son identité, puis sur l'impact des relations sur le développement de l'enfant, et enfin sur le statut et la nature de la relation thérapeutique, il nous semble que l'amour reste un point à aborder. Le grec ancien définit 4 sortes d'amour : *eros* : l'amour érotique, sexuel ; *philia* : l'amitié, l'amour de la compagnie, *storgê* : l'amour filial et enfin *agape* : l'amour spontané et inconditionnel de l'autre.

3. 3. 1. Une éthique de l'Autre

C'est cette dernière définition qui nous intéresse particulièrement. L'amour, c'est avant tout un mouvement d'identification et de projection. C'est reconnaître en l'autre la même nature que l'on porte en soi, celle toute humaine, toute fragile et incomplète. Il y a beaucoup de soi, dans l'autre qu'on aime. D'ailleurs, il y a beaucoup d'elle-même lorsque la mère traduit les cris de son bébé, cris qu'elle interprète avec ce qu'elle est, avec ses propres angoisses. Cet amour par lequel la mère projette d'elle-même sur son enfant est ce qui construit le narcissisme de ce dernier, son MOI.

Ainsi, aimer l'autre, c'est le reconnaître comme étant constitué de la même matière, physique et psychique, que soi-même. C'est cette identification qui permet de rejoindre l'autre dans sa souffrance, simplement pour « être avec ».

Mais aimer, c'est aussi reconnaître la différence radicale de l'Autre, son invisible et son insaisissable. Selon LEVINAS, le désir métaphysique qui caractérise l'Homme, c'est « *le désir [...] qui tend vers tout autre chose, vers l'absolument autre.* »¹¹¹ Ce Désir de l'autre est une sorte unique de désir, il est à l'opposé du désir qui cherche à posséder, qui cherche satisfaction. Comme le Désir est celui de l'invisible et du tout Autre, il ne dévoile jamais totalement l'autre, celui-ci reste le mystère, et ce qui fait que le moi le désire. Et le discours, selon l'auteur, est à la fois ce qui maintient la distance d'avec l'Autre, qui empêche et interdit même la fusion, mais qui reconnaît aussi son existence, puisqu'il lui est adressé. A combien plus forte raison notre thérapeutique devrait-elle être empreinte de cette métaphysique de l'Autre. Ainsi, aimer, lorsque l'on est orthophoniste, ne signifie ni posséder ni dévorer l'Autre, mais au contraire, rechercher, à travers sa parole, et par notre parole, à ce qu'il puisse emprunter son chemin à lui, qui n'est radicalement pas nôtre, et qu'on ne peut connaître que dans la mesure où il nous laisse l'y accompagner. Le thérapeute, nous dit BALMARY, « *n'a pas à être quelque chose, pour être thérapeute, mais seulement (si je puis dire, car c'est beaucoup) savoir se placer comme autre. Accepter que l'autre ne soit pas lui, à lui, comme lui ; et aussi que l'autre ne soit pas lui-même prêt à reconnaître quelqu'un dans l'altérité.* »¹¹²

3. 3. 2. Un amour sans condition

Là encore, FERENCZI nous fournit un riche matériel de réflexion : « *aucune analyse ne peut réussir si nous ne parvenons pas, au cours de celle-ci, à aimer réellement le patient. [...] L'analyse a deux tâches : 1) révéler complètement cette agonie, 2) faire sentir au patient qu'à tout prendre cela vaut la peine de vivre, s'il existe des êtres humains comme ce médecin secourable qui est prêt même à sacrifier une partie de lui-même. [...] Mais pour parvenir à ce succès, une autre chose encore est nécessaire : la confiance en soi de l'analyste. [...] L'antipathie, c'est l'impuissance.* »¹¹³. Encore une fois, il faut faire la part des choses : l'auteur parle ici de psychanalyse, durant laquelle le patient, remuant les tréfonds de son inconscient, peut s'adonner à une grande dépression (plusieurs des psychanalyses effectuées par FREUD se soldèrent par des suicides).

111 LEVINAS E., *Totalité et infini, essai sur l'extériorité*, Biblio Essai, Livre de poche, 1971, p. 21.

112 BALMARY M., *Ibid.* p. 222.

113 FERENCZI S., *Ibid.*, p. 189-191

Si, en orthophonie, il sera rare de se confronter à une telle décharge de souffrance, il n'en reste pas moins que celle-ci est présente, et parfois de manière intense. Nous verrons dans la partie pratique que de nombreux orthophonistes disent avoir été confrontés à la souffrance d'un patient se refusant à consulter un psychologue. Il nous faut effectuer un mouvement de déplacement à l'égard de l'amour. Ne plus le penser en terme de passion, ou d'impulsion, mais peut-être le penser comme un choix, une décision libre, permise par un travail sur soi en profondeur, qui donne au thérapeute la confiance en soi dont parle FERENCZI.

Il n'est pas question, bien entendu, de remplacer un amour parental. Mais un lien se crée avec le patient, un lien non pour l'enchaîner, mais pour le libérer, d'abord de sa souffrance, et puis, en dernier lieu, le libérer de nous.

4. Le narcissisme du thérapeute : un obstacle à l'intersubjectivité

Lorsque l'on travaille en équipe, on entend souvent parler des difficultés de travailler les uns avec les autres, notamment à cause du narcissisme de chacun, qu'il faut ménager pour pouvoir être entendu (donc pour pouvoir, en fin de compte, satisfaire son propre narcissisme). GOLSE rappelle une distinction cruciale qu'avait établie Judith FALK : « *Pour les parents, c'est l'enfant lui-même et en tant que tel qui a valeur d'objet narcissique, alors que pour les professionnels, c'est le travail avec l'enfant qui vaut comme objet narcissique.* »¹¹⁴ GOLSE considère ce décalage comme un pas à faire pour les professionnels, au lieu de prendre inconsciemment la place des parents. Mais même un tel progrès n'annule pas le fait que le professionnel tire quelque chose de narcissique de son travail. Que peut-on déduire de cette phrase : « c'est le travail avec l'enfant qui vaut comme objet narcissique » ?

D'abord, que le thérapeute risque d'être moins intéressé par l'enfant lui-même que par le travail qu'il va faire avec lui. Ceci n'est pas sans rappeler les propos de FREUD rapportés par FERENCZI : « *Les patients ne sont bons qu'à nous faire vivre, et ils sont du matériel pour apprendre* ».

On peut ensuite comprendre que les différents points de vue « techniques » fassent l'objet de débats parfois passionnels : il est difficile d'admettre ses torts ou de reconnaître à l'autre ce que l'on n'avait pas vu soi-même, lorsque notre identité dépend de ce que l'on fait. Enfin, l'on comprend que si l'enfant (ou le patient adulte) attaque le travail que nous lui proposons, nous pouvons développer à son égard cette haine dont parle FERENCZI. Selon lui, d'ailleurs, l'obstacle narcissique chez le thérapeute, est dû non pas à un excès de confiance en lui, mais à un défaut de confiance en lui, qu'il est sans cesse obligé de compenser, et qui l'empêche d'entrer véritablement dans l'intersubjectivité : « *L'analyse fournit l'occasion aux personnes, assez inhibées par ailleurs, dont la confiance en elles-mêmes et la puissance sont perturbées, de parvenir sans aucune peine à ces sentiments de grandeur qui compensent leurs capacités insuffisantes à aimer. L'analyse de cet état conduit, par une désillusion salutaire à son propre sujet, vers l'éveil d'un véritable intérêt pour les autres. Une fois que l'on a vaincu ainsi son narcissisme, on acquiert bientôt cette sympathie et cet amour des humains sans lesquels*

114 GOLSE B., *Ibid.* p. 218

l'analyse n'est qu'un processus de vexation prolongé. »¹¹⁵ Le thérapeute non averti pensera qu'il a choisi sa profession par « altruisme », alors que bien d'autres facteurs, narcissiques, peuvent en être les raisons profondes : projection de sa propre souffrance qui n'a pas été mise au travail, fantasme de parent compensatoire, idéal de valorisation narcissique, etc.

Et ce narcissisme inavoué (parce que difficile à entendre et à comprendre), peut-être en nions-nous la possibilité trop rapidement, alors qu'il nous empêche (ou nous protège?) de rencontrer l'Autre véritablement.

IV – AUTRES ENJEUX RELATIONNELS

Nous avons centré notre réflexion sur la relation qui s'établit entre le patient et son thérapeute. Nous avons également évoqué que les enjeux relationnels ne se limitaient pas à cette relation duelle, et que le rapport avec l'environnement familial du sujet était aussi un enjeu. Même si cela n'occupera pas une grande place dans notre réflexion (puisque cela pourrait être l'objet d'une étude à part entière), nous voudrions énumérer et ébaucher quelque réflexion sur les autres relations que l'orthophoniste est amené à tisser.

1 – La relation avec la famille du patient

1. 1 Réflexion sur un écueil : le remplacement des parents.

Nous parlions tout à l'heure de la nécessité de l'amour dans la relation thérapeutique. Et nous affirmions cela parce que nous supposons qu'un enfant mal dans son langage, est un enfant mal dans ses premières relations, notamment au père et à la mère. Nous avons également expliqué combien les phénomènes de transfert pouvaient être puissants dans la relation. Et lorsqu'un enfant transfère sur son thérapeute, il est très probable que ce soit une figure parentale. Ainsi le thérapeute se doit de considérer ces phénomènes, afin non seulement de ne pas se sentir personnellement visé par certaines paroles ou certains comportements, mais encore de pouvoir répondre par une attitude ou un mot qui soient adéquats, et pouvoir comprendre mieux ce qui se joue chez l'enfant. Mais nous voulons souligner ici un enjeu particulier, celui de ne pas chercher à remplacer les parents. D'un point de vue théorique, bien évidemment, personne ne contredira cette assertion. Mais, sans empiéter sur notre analyse des questionnaires, nous avons remarqué combien la limite était difficile à cerner dans la clinique. Lorsque les parents sont impliqués volontairement dans la rééducation de l'enfant, les places de chacun sont plus faciles à trouver : parents et thérapeute travaillent ensemble, chacun dans son rôle, pour le patient. Mais lorsqu'il n'y a pas ou peu d'implication des parents, la tentation de remplacer la fonction manquante se fait plus forte, et ceci pour plusieurs raisons.

115 FERENCZI S., *Ibid.*, p. 264-265

-
- D'abord, parce que l'enfant en mal de relation vient avec ses attentes et ses images dont il est prêt à nous revêtir. Ce sont les phénomènes de transfert.
 - Ensuite, parce que le thérapeute, par définition, a en lui ce désir de restaurer, de panser une blessure chez l'autre, et parce qu'il peut être difficile pour lui de demeurer impuissant face à un vide à combler.
 - Enfin, des parents désemparés ou démissionnaires peuvent, eux aussi, projeter sur le thérapeute cette image du parent qu'il faut à son enfant, et chercher à se délester sur lui d'un fardeau qu'ils n'arrivent pas ou plus à porter.

Il se peut que le thérapeute soit nécessairement amené à prendre une certaine position parentale. A l'instar de G. DUBOIS, nous pensons que l'enfant peut avoir besoin, à travers l'orthophoniste, de « *recevoir une image forte compensatoire à une carence ou à une blessure* »¹¹⁶ Mais tout l'enjeu réside dans le fait de ne pas lier le patient à nous. Et ceci dépend de l'attention que nous porterons au transfert d'une part, et à l'implication, autant que possible, de la famille, d'autre part.

1. 2 Réflexions sur la guidance

La guidance recouvre une vaste réalité clinique. Elle va de la simple information aux parents en fin de séance, à un travail thérapeutique dans lequel les parents sont totalement intégrés. Par exemple, il est fortement recommandé, pour l'enfant bègue, d'effectuer un travail principalement avec les parents, afin de rétablir ou d'éviter des comportements de communication nocifs. Dans un tout autre registre, l'implication de la famille d'un patient victime d'un traumatisme crânien grave, ou atteint d'une maladie neurologique importante, est primordiale et fait partie intégrante du travail de l'orthophoniste. Nous disons là des mots que probablement personne ne contestera en théorie. Il semble pourtant que, dans notre pratique débutante et nos conversations avec divers orthophonistes, tout un chemin reste encore à parcourir, en clinique, afin de favoriser cette implication de la famille. C'est souvent le manque de temps ou le manque de motivation de la famille, qui sont invoqués par les orthophonistes pour expliquer cette absence de guidance. Et ceci interroge également les limites de notre travail : où commence et surtout où s'arrête notre rôle envers les parents, à nos yeux, et à leurs yeux ? A-t-on un rôle différent selon que l'on travaille en institution (avec un psychologue, un travailleur social, etc) ou en cabinet libéral ?

Nos réflexions nous amènent à nous interroger maintenant sur les relations au sein d'une institution.

2. Les relations avec les autres professionnels

L'orthophoniste est amené, lorsqu'il travaille dans une école spécialisée, ou bien dans un centre hospitalier, à côtoyer des professionnels avec lesquels il travaille. C'est un partenariat qui n'est pas sans conséquences sur le travail thérapeutique avec le professionnel. En effet, nombreux sont les orthophonistes qui attribuent au travail d'équipe une valeur thérapeutique, ne serait-ce que par le fait de partager différents points de vue, différentes appréciations subjectives sur un même patient.

116 DUBOIS G., *Ibid.*, p. 56

Ces réunions de synthèses permettent d'avoir une vision élargie et de renouveler l'énergie de chacun des protagonistes, au profit du patient. Nous verrons, dans la partie pratique de ce mémoire, comme le travail en équipe peut autant être source de progrès, que l'origine d'angoisses et d'un blocage thérapeutique.

L'orthophoniste est également souvent amené à avoir des contacts répétés avec les professeurs d'un patient, afin d'ajuster les points de vue, et les projets thérapeutiques, et la bonne entente de toutes ces individualités ne va pas de soi. La relation avec les divers intervenants constitue définitivement un enjeu dans la pratique orthophonique.

3. Réflexion sur les différences relationnelles entre patient

enfant et patient adulte

Nous avons souvent parlé du rapport de l'orthophoniste à l'enfant dans ce mémoire, et ceci parce que les enfants constituent une grande partie de la patientèle orthophonique. Mais les adultes sont également pris en charge (et de plus en plus, avec l'ouverture au champ orthophonique des maladies neuro-dégénératives comme Alzheimer), et la relation est tout aussi importante. Il pourrait être intéressant de développer un sujet sur ce point. Nous nous en tiendrons, pour l'heure, à énumérer quelques remarques principalement tirées de nos observations cliniques et de conversations avec les orthophonistes.

La relation à l'adulte diffère d'avec celle de l'enfant en un point tout à fait essentiel, c'est que l'adulte, lui, a en général *choisi* de venir en rééducation. Il en comprend les enjeux et c'est un partenariat entre son thérapeute et lui qui se met en place. La relation est plus symétrique : ils se posent en vis-à-vis. Le transfert ne s'effectue certainement pas non plus de la même manière – même si cela reste à définir – car l'enfant est pris dans une organisation psychique encore en train de se faire, tandis que l'adulte s'est déjà constitué, lorsqu'il arrive vers nous, depuis bien longtemps. Aussi les images qu'il projettera sur nous seront peut-être différentes, de même que le thérapeute ne transférera pas non plus les mêmes affects sur son patient. Le transfert aura peut-être moins d'impact, et particulièrement si l'enjeu est plus vital du fait de la pathologie. Eclairons notre propos par notre expérience – subjective de stagiaire.

VIGNETTE CLINIQUE n°4

M. X a subi un traumatisme crânien grave suite à un accident de parachute. Lorsque j'arrive dans le service où il est hospitalisé, j'ai déjà pratiqué des rééducations avec des enfants pendant tout un semestre. Je me sens très à l'aise dans la relation avec les patients. Mais ce jour-là, je dois effectuer une partie de la séance, seule avec M. X. Comme il ne peut pas encore bien parler, je ne peux me fier qu'à ce que son visage me dit. Or son visage ne dit pas grand chose, puisqu'il est atteint d'une parésie générale qui diminue fortement son expressivité. Il ne me reste que son silence, son silence et les nombreuses photos qui tapissent son mur, témoignages d'une vie bien remplie

d'amis, de famille et d'activités variées. Son accident et la diminution de ses possibilités qui en résulte m'impressionnent fortement (cela fait sept mois que M. X est hospitalisé). Je me trouve alors désemparée, moi qui considère la relation si importante, devant cet homme avec qui toute communication est presque impossible. Alors son silence devient le réceptacle de mes projections : « il ne doit pas vouloir être rééduqué par une petite jeune comme moi, lui qui a déjà tant perdu, n'est-ce pas le comble de l'humiliation qu'une jeune femme vienne ici lui faire répéter des syllabes absurdes ? » C'est en parlant avec ma maîtresse de stage que j'ai pu voir que c'était ma projection, parce que, me dit-elle, « peut-être qu'il préfère être rééduqué par une petite jeune que par un vieux barbu ! ».

J'ai compris que je pouvais être tout à fait à l'aise relationnellement avec les enfants, même avec les parents d'enfants, mais que l'adulte éveillait en moi d'autres images, d'autres craintes, d'autres projections, sur lesquelles il était bon que je travaille.

Nous laissons à d'autres le soin d'examiner plus en profondeur les enjeux relationnels en ce qu'ils ont de spécifiques aux adultes et aux enfants – cette réflexion pourrait faire l'objet d'une étude à part entière.

CONCLUSION

La relation thérapeutique doit donc être l'objet du plus grand soin. C'est le savoir-être de l'orthophoniste qui est ici à l'œuvre. Nous avons vu que les enjeux relationnels sont nombreux et complexes. Il s'agit avant tout de comprendre les transferts auxquels nous sommes nécessairement confrontés. Aujourd'hui, les notions de transfert et de symptôme, ainsi que leurs effets au sein de la thérapie du langage, constituent un enjeu de taille, pour apprendre à les déceler et, s'il est possible, à les transformer.

Un autre défi qui se pose devant le thérapeute, est celui du contre-transfert. Le comprendre, le déceler, oser l'affronter n'est pas chose facile. Des forces s'y opposent : le narcissisme du thérapeute, son histoire, ses propres projections, ses attentes... Se profile alors, à l'horizon de notre réflexion, la nécessaire participation d'un tiers pour le tiers. Lorsque nous travaillons en cabinet libéral, nous sommes confrontés, seuls, à cette problématique, et il n'est pas évident d'en démêler les nœuds complexes. Et pourtant, prendre en considération cette subjectivité qui est la notre, est la condition nécessaire pour bien appréhender celle du patient qui vient à nous avec son histoire, ses projections, ses attentes,... son symptôme.

CONCLUSION DE LA PARTIE THEORIQUE

Nous avons voulu revenir aux sources de l'orthophonie, pour comprendre quelle en était la mission originelle, et comment elle avait évolué jusqu'à maintenant. Nous avons vu que, si l'on ne se borne pas à la surface de cette réflexion, définir la profession de thérapeute du langage n'est pas une tâche facile. Et cette tâche interroge chacun sur le **soin** qu'il veut apporter au patient.

Pour notre part, nous avons choisi de placer au centre de notre éthique relationnelle, l'intersubjectivité. Pour cela, nous avons voulu, là encore, retourner aux sources de l'intersubjectivité. Nous avons donc longuement revisité les théories psychanalytiques, psychologiques et linguistiques du développement de l'enfant. Nous avons trouvé que le langage et la relation sont liés de par leur nature : le langage n'est permis que par un système savamment ordonné de relations entre les éléments qui le composent. Nous fondons notre réflexion sur l'hypothèse qu'un trouble du langage, écrit ou oral, est lié à un trouble de la relation, qu'il en soit la cause ou la conséquence.

C'est pourquoi nous en sommes arrivés à considérer les enjeux relationnels en orthophonie. La question de la relation thérapeutique soulève deux problématiques. La première, c'est de comprendre ce qui se joue dans la relation thérapeutique en orthophonie. Le transfert, le contre-transfert, le symptôme, sont des mots bien connus, et pourtant, ils nous confrontent chaque jour à des réalités nouvelles, à des difficultés inédites auxquelles il nous faut faire face. Ces difficultés nous engagent profondément, elles impliquent, qu'on le veuille ou non, toute notre personne. L'orthophoniste n'est pas un professionnel qui peut aisément se dégager de sa « casquette » professionnelle. A ces difficultés relationnelles peuvent s'ajouter celles que nous posent nos résistances, nos désirs et nos projections. Nous pensons que tout l'enjeu de cette réflexion se situe dans la conscience de l'impact que peut avoir notre propre subjectivité ; et qu'elle doit être, pour cela, objet d'une attention particulière. La seconde problématique est celle qui découle logiquement de la première, à savoir la position que le thérapeute souhaite adopter au sein de la relation thérapeutique. Il nous semble que tout le défi est de trouver ce subtil équilibre entre implication et neutralité, si un tel équilibre est possible. Implication, parce qu'elle est salutaire pour le patient et pour le thérapeute ; mais aussi neutralité, ou plutôt, distance, qui est la condition nécessaire pour que notre subjectivité ait une valeur thérapeutique.

Il y a bien des thèmes développés dans notre réflexion, que nous aurions pu enrichir considérablement. Mais le sujet est si vaste, que nous laissons à d'autres le soin d'approfondir ces thèmes, selon leurs intérêts. Par ailleurs, nous nous proposons maintenant de poursuivre cette réflexion au sein de notre partie pratique. Nous y retrouvons les thèmes que nous avons abordé en théorie, et que nous avons souhaité confronter à la pratique.

PARTIE

PRATIQUE

I. CHEMINEMENT ET RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE

Au départ, nous avions l'idée que nous pourrions évaluer les effets de la relation thérapeutique. Ou si nous ne pouvions pas le quantifier, nous nous serions mis en quête de la trace de ces effets, à la fois dans l'évolution du patient quant à son symptôme, et également dans son évolution psychique. Mais de toute évidence, déceler l'influence d'une rencontre, d'une relation, n'est pas chose aisée. Nous voulions centrer l'étude sur le trouble du langage écrit, puisque de celui-ci, les orthophonistes en gardent trace.

Mais nous avons senti rapidement que les embûches seraient de taille. D'abord, le temps limité qui nous était imparti n'aurait peut-être pas permis d'observer de changement significatif, tant dans la relation que dans le trouble lui-même. Ensuite, il aurait fallu avoir des notes précises, prises par l'orthophoniste, à chaque séance, depuis le début de la rééducation. Or, nous savons qu'en pratique c'est un travail riche de sens mais difficile à mettre en place. Par ailleurs, il aurait fallu, en parallèle d'une étude des productions écrites du patient, que nous interrogiions et l'orthophoniste et le patient, pour comprendre l'évolution des deux sujets, dans la relation. Or, interroger le patient suppose de sa part un certain recul, qu'un enfant, par exemple, peut ne pas avoir. De plus, ce type de questions peut constituer une intrusion de la part d'un tiers inconnu, qu'il est préférable de ne pas faire subir à un patient. Mais la plus grande difficulté se trouve au cœur même de notre problématique. La relation thérapeutique, l'intersubjectivité, ne s'évalue pas, par définition elle ne peut être objectivée.

Bien que la quête de la reconstitution d'une relation thérapeutique et de ses effets ne soit pas à abandonner, nous avons choisi une autre voie, un autre point de vue. Le rapport entre le symptôme langagier présenté par un enfant, et son statut de Sujet, dans sa parole, préoccupe un certain nombre de thérapeutes du langage. Il a d'ailleurs déjà été l'objet de plusieurs mémoires à Nice : *L'Autre dans l'écriture* (MAZENC A., 2011), *L'écriture : entre Grammaire du Sujet et grammaire de la langue* (DE DONATO K., 2010), ou encore *La place de la subjectivité dans le bilan orthophonique* (DE TUGNY A., 2005), pour ne citer qu'eux. Nous nous situons dans la continuité de ce questionnement, mais en mettant dans ce travail l'autre Sujet en présence dans une relation thérapeutique : le thérapeute lui-même. Quelle que soit son orientation théorique, il ne peut y échapper : il propose une thérapie avec ce qu'il est, avec ce qu'il croit, avec ce qu'il désire et avec ses limites. Bref, il entre en thérapie avec un Soï, un Je qui lui est propre, et une certaine conception de sa subjectivité. La question pour nous a donc été la suivante :

Quelles sont les places de chaque sujet, de part et d'autre de la relation thérapeutique ? Et enfin, comment cette relation peut-elle prendre une véritable valeur thérapeutique ?

La question est plurielle. Bien entendu, comme nous l'avons dit plus haut, il nous a fallu renoncer à trouver une réponse objective, cartésienne, à cette question. Notre hypothèse, c'est que **les enjeux intersubjectifs représentent le moteur du travail au delà-des medias proposés.**

C'est ce que nous pensons à l'issue de notre formation et de notre parcours personnel. Nous avons voulu savoir ce qu'en pensaient les autres orthophonistes. **Comment, au-delà des différences possibles d'orientation théorique, chacun est-il aux prises avec sa propre subjectivité ; que fait-il de son ressenti ; quelle place la relation occupe-t-elle dans la thérapie, selon chacun, puisqu'il est ici question de subjectivité ?**

II. « PROTOCOLE »

1. Le questionnaire

L'ÉLABORATION

Nous avons voulu centrer le questionnaire sur les difficultés d'ordre relationnel que le thérapeute pouvait rencontrer. En effet, c'est dans ces difficultés que la subjectivité se manifeste de la manière la plus évidente, et c'est alors que les solutions adoptées nous racontent le positionnement de chacun. C'est au fil de discussions avec des orthophonistes que nos questions se sont précisées. Certains racontent des cas d'enfants qui, après une longue période de stagnation, d'immobilisme, ont fait tout à coup des progrès remarquables, soit pour une raison bien identifiée par le thérapeute, soit par quelque mystérieux événement. Ces récits nous interrogeaient : qu'est-ce qui fait que, à un moment, l'enfant est prêt à faire un pas si longtemps attendu ? Est-ce du fait du patient lui-même, de son environnement, ou du thérapeute, ou encore d'éléments de la rencontre, qui échappent à notre besoin de maîtrise ?

Au détour de conversations entre orthophonistes (ou étudiantes orthophonistes), on entend également les récits d'expériences moins heureuses : un patient qui n'est plus venu, du jour au lendemain, sans prévenir ni donner d'explication. Un autre patient avec lequel la confiance était tellement absente ou entamée qu'il a fallu le rediriger vers un collègue.... Et puis il y a les patients qui sont « abonnés » aux changements d'orthophoniste... Qu'est-ce qui se joue dans ces moments ? Quel est le moyen pour l'orthophoniste de surmonter ces difficultés, et la blessure narcissique qui peut en résulter ?

Quant aux mécanismes relationnels de transfert et de contre-transfert, qu'en est-il dans la clinique orthophonique ? Comment sont-ils appréhendés et vécus par les thérapeutes ?

UNE QUESTION DE MOTS : LE CHOIX DES TERMES

Alors que nous élaborions notre questionnaire, un orthophoniste, qui n'avait pas *a priori* les mêmes orientations théoriques que nous, nous a permis d'élargir les questions afin de nous adresser au plus grand nombre. Ainsi, nous avons volontairement fait disparaître les termes de « transfert », « contre-transfert » ou encore « symptôme », afin de pouvoir atteindre le panel le plus élargi d'orthophonistes.

En effet, ces termes, bien que nous nous les soyons appropriés dans notre réflexion théorique, sont connotés : ils sont empruntés à la psychanalyse et, de ce fait, ils suscitent des controverses dans le monde de l'orthophonie. Or, quels que soit le nom qu'on leur donne, ces phénomènes, nous le pensons, sont présents dans toute relation inter-humaine, et *a fortiori* dans une relation thérapeutique (qui plus est centrée sur le langage). Mais ces mots font peur, d'ailleurs souvent parce que nous craignons de sortir du champ de l'orthophonie, si nous les employons.

Le conseil de cet orthophoniste faisait d'ailleurs écho à une réflexion : il nous semblait parfois que le vocabulaire psychanalytique avait pour effet de rendre opaques les mécanismes psychiques, au lieu de les rendre au contraire « lisibles » pour tous. Et, bien que nous ne puissions faire l'économie de termes rendant compte de mécanismes si complexes, nous avons le souci de rendre le plus clairement des phénomènes qui, nous semble-t-il, sont à prendre en compte et à mettre au travail, quelle que soit notre orientation théorique.

L'avantage du fait que ces mots de « transfert », etc, n'apparaissent pas, nous a d'ailleurs permis de laisser les orthophonistes libres de les exprimer spontanément, et de comprendre quelle définition ils donnaient à ces phénomènes. De plus, cela nous a ouvert des portes auprès d'orthophonistes qui n'auraient peut-être pas accepté de nous recevoir. Par exemple, une orthophoniste, dont le témoignage fut très enrichissant, nous a dit cette phrase : « *Ça fait du bien de se poser des questions sans parler de transfert et contre-transfert.* » (11).

LE CHOIX DES QUESTIONS

Il n'est pas aisé de constituer un questionnaire qui soit suffisamment structuré pour n'être pas modifié au gré des rencontres, tout en étant suffisamment ouvert pour permettre à chacun d'exprimer la singularité de son vécu. D'ailleurs, malgré nos efforts, ça n'est que dans la partie « Remarques ou commentaires », autrement dit une fois le questionnaire proprement dit terminé, que des orthophonistes apportaient des éléments de réponses d'une grande richesse. Il nous fallait aborder des questions lourdes de conséquences, qui sont normalement le fruit d'une élaboration continuelle, à travers une structure formelle rigide. D'ailleurs, l'uniformité du questionnaire donné à tous contredit, d'une certaine manière, la volonté d'aller à la rencontre de la subjectivité des praticiens. Néanmoins, cette uniformité a permis de manifester les différences de point de vue, les différences de compréhension quant à un même thème.

STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire se divise en 20 questions, elles-mêmes réparties en 5 parties :

I : Parcours personnel et professionnel

Les questions portent sur la date du diplôme, le parcours effectué avant l'école d'orthophonie, et les formations éventuelles suivies depuis l'obtention du diplôme. Le but essentiel de cette partie était de situer dans le temps l'orthophoniste. Par ailleurs, il s'agissait de voir quels étaient les centres d'intérêt de la personne à travers le parcours et les formations complémentaires.

II : La situation professionnelle actuelle

Il s'agissait dans cette partie de situer l'orthophoniste aujourd'hui, dans sa pratique et dans ses éventuelles orientations théoriques.

Par exemple, la question sur le mode d'exercice nous permet d'entrevoir quelle position est adoptée par l'orthophoniste.

En effet, le travail en institution manifeste une certaine volonté de remettre en questions sa pratique, au travers des réunions de synthèse et des interactions avec les autres professionnels. Il n'est pas question d'en conclure qu'un travail exclusif en libéral témoigne de l'absence de cette remise en question. Au contraire, les entretiens nous ont montré que rares sont les orthophonistes qui ne ressentent pas le besoin de partager leurs questionnements avec d'autres. Ce partage est néanmoins facilité et enrichi par le travail en institution.

III : Questions générales sur la relation thérapeutique

Qu'en est-il de la position de l'orthophoniste par rapport à l'intersubjectivité ? Comment perçoit-il sa propre subjectivité, et comment la gère-t-il dans sa pratique ? Voilà les questions qui ont inspirés l'élaboration de cette partie.

IV : La relation thérapeutique : cas particulier

Il s'agissait d'établir un lien entre les positions théoriques abordées précédemment, et leur confrontation lors d'un cas problématique. Quelles sont les difficultés relationnelles rencontrées ? Quels sont les moyens et les ressentis des orthophonistes face à de telles difficultés ? C'est ce que nous cherchions à comprendre ici.

V : La fin de la prise en charge

La fin de la prise en charge est un moment difficile à aborder pour les patients, mais aussi, peut-être pour les orthophonistes. D'ailleurs, quels sont les indices de la fin d'une prise en charge ? La question a été posée.

Le questionnaire se conclut par la possibilité pour les orthophonistes d'ajouter librement des commentaires ou des remarques.

2. La population

LA RECHERCHE DE LA POPULATION

Il s'agissait pour nous de recueillir les réponses de la part d'orthophonistes les plus différents possibles.

Parce qu'il existe une orientation théorique, la Pédagogie Relationnelle du Langage, de Claude CHASSAGNY, nous ne voulions pas interroger seulement des thérapeutes partageant cette orientation, présumant que leur élaboration clinique était issue d'un positionnement théorique sensiblement identique au nôtre. A ce propos, les entretiens nous ont appris que, ça n'est pas de ceux-là, à quelques exceptions près, que sont venues les réponses les plus longues. Orthophonistes jeunes et moins jeunes se trouvent constamment interpellés et poussés à revoir leurs positions, à réorganiser les frontières qui bordent leur champ thérapeutique.

Tous s'accordent à dire que la relation thérapeutique est fondamentale. Certains mêmes accueillent le questionnaire avec une certaine évidence. Peut-on se passer pour autant d'une élaboration continue ? Nous sommes soumis (c'est d'ailleurs bien le sens étymologique de « Sujet ») tout au long de notre vie et de notre carrière, à des changements imprévisibles, à des rencontres toujours nouvelles qui interrogent sans cesse nos positions, ce que nous sommes et ce que nous faisons.

MÉTHODE DE RECHERCHE

Il nous fallait donc une population variée et, si possible, non choisie en fonction des affinités avec le sujet du mémoire. Nous espérions interroger des orthophonistes expérimentés, des novices, des hommes, des femmes, des « chassagnystes », des non-chassagnystes, des salariés et des libéraux ; et ce, afin que notre échantillon, quoique réduit, reflète au mieux la diversité des praticiens que l'on peut trouver dans notre métier.

Nous avons donc commencé par appeler les orthophonistes au hasard de l'annuaire. Puisque le questionnaire parle d'intersubjectivité et de rencontre, l'un des premiers critères des rendez-vous fut la disposition favorable ou non de la part des orthophonistes pour nous recevoir. De toutes manières, étant donnée la nature des questions, il était préférable pour eux de répondre oralement aux questions, plutôt que par écrit.

Dans un second temps, lors des premières rencontres, les orthophonistes nous donnaient les coordonnées de collègues intéressés à répondre au questionnaire. C'est ainsi que s'est constitué l'échantillon. Il se compose donc de 30 orthophonistes, que nous remercions pour le temps qu'ils nous ont consacré, et l'honnêteté dont ils ont fait preuve pour répondre à nos questions.

COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON

Trente orthophonistes exerçant à Nice et dans la région niçoise ont accepté de nous accorder de leur temps pour répondre à nos questions. La population étant variée, on peut la répartir selon plusieurs critères.

Répartition **par sexe** :

- 28 femmes
- 2 hommes

Répartition **par écoles de formation** :

- Nice : 23
- Nancy : 1
- Paris : 3
- Montpellier : 1
- Nantes et Rennes : 1
- Lyon et Paris : 1

Répartition **par mode d'exercice** :

- Libéral : 17
- Mixte (activité en libéral et en salariat) : 9
- Salarié : 4

Répartition **par ancienneté** :

- + de 40 ans d'expérience (diplômés avant 1972) : 3
- + de 30 ans d'expérience (diplômés avant 1982) : 6
- + de 20 ans d'expérience (diplômés avant 1992) : 6
- + de 10 ans d'expérience (diplômés avant 2002) : 4
- + de 5 ans d'expérience (diplômés avant 2007) : 4
- - de 5 ans d'expérience (diplômés depuis 2007) : 7

L'orthophoniste la plus ancienne interrogée (qui est aussi, par un heureux hasard, la première rencontrée) a obtenu son diplôme en 1966, soit 2 ans après la création du diplôme d'orthophoniste. Les orthophonistes les moins anciennes ont obtenu leur diplôme en 2010, soit il y a moins de 2 ans.

3. Déroulement des entretiens

En effectuant des tests, nous nous sommes vite aperçus que les questions posées nécessitaient une certaine élaboration, et que les réponses gagneraient en richesse si elles pouvaient être réfléchies avant l'entretien. Nous avons donc systématiquement envoyé le questionnaire quelques jours à l'avance, à chaque orthophoniste, afin qu'ils puissent le parcourir et se préparer à y répondre. Cette méthode s'est révélée fructueuse : plusieurs ont témoigné du fait que le temps entre la réception du questionnaire et l'entretien leur avait permis de mettre à distance leur parcours professionnel et théorique, et de réfléchir à leur position au sein de la relation thérapeutique.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des orthophonistes. La durée des entretiens fut très variable, allant de 25 minutes pour les plus courts, à 2h30 pour les plus longs ! Le travail d'analyse est donc mis à l'épreuve du discernement, entre ce qui est essentiel pour notre réflexion et ce qui l'est moins. L'une des difficultés pour nous a été justement de savoir quand et comment recadrer l'entretien. Il s'agissait de trouver l'équilibre difficile entre laisser l'orthophoniste donner libre cours à sa pensée pour recueillir un discours spontané et « vrai », et lui permettre de répondre de la manière la plus ciblée et profonde aux questions sans trop s'en éloigner. A l'inverse, avec les orthophonistes donnant de très courtes réponses, il fallait leur permettre de développer leur discours tout en restant dans le cadre du questionnaire, sachant que les entretiens de courte durée ne témoignent pas forcément d'un moindre intérêt pour le thème.

Il faut mentionner le fait que le sujet a été accueilli avec beaucoup d'intérêt. De nombreux orthophonistes nous ont fait remarquer qu'il était indispensable de se poser des questions sur l'enjeu de la relation thérapeutique. Une orthophoniste, notamment, qui n'avait pas eu le temps de lire les questions avant l'entretien, a été tout d'abord surprise par ces questions « *tordues* ». Mais à la fin de l'entretien, elle nous a fait part de sa satisfaction à avoir pu finalement répondre jusqu'au bout, et a témoigné du bénéfice d'un tel questionnaire, pour « *faire le point* » sur sa pratique et sa théorie. D'autres orthophonistes ont également témoigné de l'enrichissement que représentait pour elles la réflexion inspirée par le questionnaire.

Le recueil des réponses s'est fait par prise de notes informatisées. Certains orthophonistes ne souhaitant pas être enregistrés, nous n'en avons enregistré aucun, afin que tous soient soumis aux mêmes conditions d'entretien, mais l'intégralité de ce qui a été dit, a été pris en notes. Ce procédé nous a parfois aidé à recadrer l'entretien, puisque, et c'est aussi l'inconvénient, nous n'étions pas dans une relation naturelle et spontanée.

III – LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude portant sur un vaste sujet, nous n'avons pas pu aborder ou approfondir dans le questionnaire (ni dans notre réflexion théorique), tous les thèmes sous-jacents aux enjeux relationnels. Une orthophoniste nous a fait remarquer qu'il manquait au questionnaire la relation avec les parents et avec les tiers. En effet, même si les orthophonistes ont quand même évoqué ces questions, nous nous sommes vite aperçus que la relation thérapeutique, avec les enfants, se joue en fait beaucoup avec les parents et avec la famille. Nous le mentionnerons dans notre analyse, mais c'est un thème qui mériterait un traitement approfondi.

Une autre limite, c'est le peu d'orthophonistes interrogés. Trente, c'est un minimum, mais on sent bien qu'il faudrait certainement doubler ou tripler le nombre d'entretiens pour que l'échantillon soit représentatif de la population totale des orthophonistes, soit 14500 professionnels¹¹⁷. Notre analyse reflète plus le panel des enjeux relationnels en orthophonie, qu'une répartition objective de prises de position tranchées. Le sujet ne se prête pas aux statistiques.

Un autre problème s'est posé à nous, celui de l'anonymat des orthophonistes dont nous avons recueilli les propos. Il y a des orthophonistes dont les profils sont si singuliers qu'ils peuvent être aisément identifiables. Mais il nous fallait pouvoir garantir l'anonymat à ceux qui ont accepté de témoigner de leur pratique avec profondeur et sincérité. Dans cette optique, nous avons choisi d'ôter l'un des témoignages des « Annexes », celui de (26), qui compromettrait, nous pensons, son anonymat.

117 Source : www.cplol.eu

IV – ANALYSE

Plusieurs orthophonistes, à l'issue des entretiens, ont demandé : « Mais comment vous allez analyser tout ça ? ». En effet, le matériau est éminemment subjectif, donc on ne peut le réduire à du quantitatif.

Après avoir analysé plus en profondeur la composition de notre échantillon, notamment en fonction des formations complémentaires et des orientations thérapeutiques, nous procéderons à une analyse thématique, beaucoup plus longue. Pour ce faire, nous avons d'abord tiré des questionnaires les thèmes qui revenaient souvent, puis nous les avons regroupés pour rendre compte des enjeux relationnels et de l'intersubjectivité de la manière la plus exhaustive par rapport aux témoignages recueillis.

1. Analyse de l'échantillon

Nous nous proposons ici de rendre compte de la diversité des points de vue dans les témoignages recueillis. Nous pouvons dégager certains types de profils, mais nous sommes bien conscients que notre analyse est subjective et partielle. De plus, il existe peu de points de vue « tranchés ». La plupart des thérapeutes ont des centres d'intérêts très variés, et effectuent leurs propres « mélanges » en fonction de leur sensibilité, ce qui témoigne encore de la richesse de cette profession. Nous limiterons nos calculs de pourcentage aux individus de l'échantillon, en nous gardant de l'étendre à la totalité des orthophonistes en France, les marges d'erreur étant trop importantes.

1.1 Les formations pré-diplôme et post-diplôme

1.1.1 Parcours avant l'orthophonie

	Nombre d'individus	Pourcentage de l'échantillon
Sortant du baccalauréat ou ayant fait une Préparation au diplôme	11	36,67%
Etudes supérieures	17	56,66%
Exercice d'un autre emploi	2	6,67%

Plus de 50% des orthophonistes interrogés ont fait des études supérieures avant le diplôme, plus de 60% si on les regroupe avec ceux ayant exercés un emploi (et qui ont donc fait des études) auparavant.

Les parcours étudiants sont très variés, comme en témoigne le tableau ci-dessous :

	Sans grade	D.E.U.G.	Licence	Maîtrise
Nombre d'individus	7	3	5	2
Pourcentage dans l'échantillon	23,33%	10%	16,67%	6,66%
Domaines étudiés	Médecine, Sciences du langage, Art Communication Langage, Espagnol, Anglais, Sciences économiques, Lettres modernes, Sciences de la Vie, Biologie des organismes, Droit, Philosophie, Psychologie développementale, Psychologie cognitive.			

Il faut ajouter que, sur les 17 orthophonistes ayant effectué des études supérieures, 4 ont effectué leurs années d'études en même temps que la formation initiale d'orthophoniste.

1.2 Formations complémentaires

Le tableau suivant indique les participations des orthophonistes à des formations complémentaires. A part ceux qui n'ont suivi aucune formation, les nombres ne s'excluent pas les uns les autres. En effet, plusieurs orthophonistes se retrouvent ici répartis dans plusieurs catégories.

Nous avons choisi de mettre en exergue les formations qui ont pour but, et en général pour conséquence, une attention particulière aux mécanismes psychiques et enjeux relationnels.

	Nombre d'orthophonistes	Pourcentage dans l'échantillon
Aucune	5	16,67%
Etudes de psychologie	4	13,33%
Psychanalyse	3	10%
PRL/TA*	10	33,33%
Autres formations d'orthophonie	15	50%
Autres formations hors-orthophonie	Kinésiologie, Formation ostéo-équin, Asinothérapie, Linguistique, Ethologie, Gestion mentale.	

* P.R.L = Pédagogie Relationnelle du Langage. T.A. = Technique des Associations. Ces formations longues se réfèrent aux travaux de Claude Chassagny, et ont pour but de former le thérapeute à accorder une grande place à la relation, et à l'écoute dans la thérapie du langage écrit.

LES FORMATIONS PERSONNELLES ET COMPLÉMENTAIRES : QUEL ENJEU ?

Quatre orthophonistes ont spécifié qu'ils avaient ressenti le besoin de se former à l'écoute des enjeux psychiques observés en orthophonie.

« Ce qui m'a poussée vers la psycho, c'est que des choses se sont passées dans mon cabinet. Après le bilan, des gamins savaient lire alors qu'avant non. » (14).

« Donc DESS de psycho parce que je pensais que l'aspect relationnel était au cœur de notre pratique » (30).

« Depuis que je travaille en CMP, j'ai ouvert la place à la psycho. » (17)

Ceux qui ont suivi une psychanalyse disent volontiers que ce travail sur eux-mêmes représente un fondement dans leur pratique. L'une d'entre elles, par exemple, explique :

« Un de mes filtres c'est la psychanalyse [...] J'ai une référence à l'inconscient certaine, mais je ne travaille pas qu'avec ça. Je travaille beaucoup avec ça. » (16).

Une autre nous dit que l'analyse personnelle qu'elle a suivie *« a été très fondamentale »* pour elle (4).

Enfin, un tiers des orthophonistes interrogés ont suivi une formation en Pédagogie Relationnelle du Langage.

Il convient de préciser que la réflexion sur les enjeux relationnels n'est pas l'apanage d'une « école de pensée ».

En effet, nous avons été tout à fait surpris par le paradoxe qui semble s'exprimer dans le témoignage de (9) :

« Je me suis beaucoup servi de ce que j'ai vu en stage, et de ce que je suis. On est dans un quartier difficile.

Donc ici, tu fais, jusqu'à ce que tu puisses faire de l'orthophonie. Je ne suis pas du tout PRL, pas du tout

Chassagny, en tous cas pas comme c'est expliqué à l'école. » Mais plus loin, elle dira que *« finalement,*

l'écriture, tu te rends compte que c'est psy, c'est de la relation », ce qui rejoint tout à fait la pensée de Chassagny.

Elle nous explique aussi : *« Moi je peux pas appliquer des techniques. J'arrive pas à me dire moi j'avais prévu*

ça donc on fait ça. » On constate tout au long de ses réponses que l'aspect relationnel et psychique prime sur la

technique, et qu'il constitue un fondement de sa pratique.

Les témoignages comme celui de (9) sont nombreux dans notre échantillon. Des thérapeutes ne se réclamant pas d'un courant particulièrement « psy » abordent la question relationnelle avec beaucoup de profondeur et d'interrogations.

Une autre orthophoniste, parlant des formations, nous dit :

« Je sais comment on fait pour rééduquer avec l'expérience, mais je suis plus dans la globalité du truc. C'est très

limité, parce qu'on fait une formation avec une pathologie, et c'est très réducteur. C'est intéressant quand on n'a

pas d'expérience parce que ça nous élargit les barrières dans telle pathologie. Mais c'est un symptôme, donc on

le traite et ça va se déplacer sur autre chose, et si on n'a pas la globalité avec l'enfant, la famille, et que ça passe

bien, on aura peut-être une super technique et ça marchera pas. Donc c'est beaucoup la relation, notre humilité

et un peu de technique. » (3) On sent bien à travers ce témoignage, que la formation première de l'orthophoniste

est forgée par l'expérience, et ensuite par sa considération de la personne dans sa totalité.

C'est peut-être parce que l'orthophoniste, avant de se référer à une théorie particulière, se réfère avant tout à son humanité. Nous verrons combien le ressenti et la subjectivité de l'orthophoniste sont au cœur de sa problématique thérapeutique.

1.3 Les orientations théoriques

Il est difficile, ici, de faire des catégories bien tranchées. De nombreux orthophonistes se réfèrent à des théories variées, un peu à l'image de ce que nous dit (14) : « *J'essaie de voir tous les domaines : neuro, linguistique, psycho, pour avoir la vision la plus large possible.* »

Une première différence est à établir : ceux qui ont répondu directement à la question, parce qu'ils avaient des orientations spécifiques, et ceux qui ont trouvé difficile de répondre, parce qu'ils n'avaient pas le sentiment ni la volonté d' « *embrasser une chapelle* » (13).

On peut tout de même établir des types de réponses récurrentes :

- ceux qui se réfèrent essentiellement à leur **formation initiale**

(7) ; (9) ; (11) ; (15) ; (24) ; (25) ; (28) ; (30)

8 orthophonistes sur les 30 interrogés (soit presque un tiers), utilisent essentiellement leurs cours dans leur pratique. Il faut préciser que sur ces 8 orthophonistes, 6 sont diplômés depuis moins de 5 ans, donc ils ont peut-être manqué de temps pour participer à d'autres formations, ou bien cela peut refléter une amélioration de la formation initiale.

On retrouve ici trois des cinq orthophonistes qui n'ont effectué aucune formation complémentaire. Les autres ont effectué peu de formations.

Une orthophoniste (21), nous a au contraire spécifié que, si elle se cherchait encore, l'école n'était « *en tous cas* » pas sa référence, mais plutôt sa « *personne* ». On sent ici la dissociation qui peut exister entre l'aspect « technique » des enseignements reçus, et la part de subjectivité importante à laquelle l'orthophoniste est confronté en pratique.

- ceux qui se réfèrent à des **courants essentiellement psychanalytiques et linguistiques**

(2) ; (3) ; (4) ; (8) ; (12) ; (13) ; (16) ; (18) ; (22) ; (23) ; (27) ; (29)

12 orthophonistes invoquent donc ces références. D'autres orthophonistes, dans l'échantillon, ne se réfèrent pas (ou très peu) à ces courants bien qu'ils aient suivi une formation en P.R.L.

Sur ces 12 orthophonistes, 7 invoquent les courants linguistiques (Benveniste, Jakobson), psychanalytiques (Lacan, Freud, Dolto) et Chassagny, comme uniques références. Ainsi, pour plus de la moitié d'entre ces 12, il semblerait que cette approche soit fondamentale, et conduise naturellement à ne pas considérer le symptôme comme un trouble à éliminer, mais comme un élément à transformer en travaillant avec la personne toute entière.

-
- ceux qui invoquent une **pluralité des points de vue**

Environ un tiers des orthophonistes interrogés se disent non orientés, mais plutôt à la recherche de tous les points de vue, ainsi que le dit (25) : « *Parce que d'une j'ai ma façon de voir l'orthophonie, qui est unique, on a toutes les mêmes cours mais le point de vue change. La question du point de vue est super importante en orthophonie. C'est un des trucs les plus importants en rééducation.* ». Il semble que la variété des points de vue pour une même pathologie, ou une même personnalité, trouvent comme point de convergence l'orthophoniste lui-même. En effet, tous évoquent, à un moment ou à un autre dans leur questionnaire, l'importance de ce qu'ils sont. Quant à l'expérience, il est intéressant de constater qu'elle puisse être évoquée comme un « référent théorique ». Ainsi, ce n'est pas à la clinique de se conformer aux théories, mais c'est bien l'inverse. D'ailleurs, c'est en partant bien souvent des patients qui se présentent à eux, que les orthophonistes vont puiser dans les différentes théories :

« *Ça dépend des cas qui se présentent à moi : dysphasique, trisomie, autisme.* » (8)

« *J'essaie de m'adapter au plus près à l'enfant et à ses difficultés, en essayant de piocher dans les différentes méthodes* » (20)

Les réponses à cette question des référents théoriques révèlent une chose : toute théorie en orthophonie est empreinte de la subjectivité du thérapeute. Aucun des orthophonistes interrogés n'applique de schéma de rééducation « prêt à l'emploi », ils en font un « mix », pour reprendre les termes de certains, selon ce qu'ils sont, et selon le patient face à eux.

LES LIENS ENTRE LA THÉORIE ET LA PRATIQUE

Pourtant, si on retrouve une certaine unité dans les dires des orthophonistes, les pratiques sont plurielles, comme en témoignent ces commentaires, de deux orthophonistes différents, à propos de pratiques qu'ils estiment aux antipodes de la leur :

« *Moi j'ai à récupérer les patients d'autres confrères ou consœurs qui étaient un peu dégoûtés parce que ça se passait mal, pensant que c'était un truc scolaire, on les prenait pour des objets, c'était souvent tendu, ils se faisaient engueuler par les ortho, donc en arrivant ici, c'est en traînant les pieds. On prend pas en charge un symptôme, mais une personne !* » (30)

« *Je pense que le choix est anxiogène, ils n'ont pas besoin d'être commandés, mais d'être dirigés. L'enfant vient quand même pour une pathologie, et comment je vais utiliser ce jeu pour la pathologie ? Il faut un sacré background pour arriver à en faire un usage ortho. Moi je laisse des enfants choisir des jeux, mais je vais un peu aiguiller son choix. Je ne vois aucun fondement théorique à cette manière de se comporter si ce n'est la paresse.* »(6)

Remarquons que la position théorique qui vise à laisser l'enfant choisir son support, se fonde, non sur la paresse, mais sur la volonté de lui laisser, entre autres, l'espace et le temps d'élaborer sa propre demande.

Les référents théoriques ne nous indiquent pas ce qui est réellement pratiqué. C'est une chose de se réclamer d'un « courant » ou d'une éthique professionnelle, c'en est une autre de faire le lien avec la clinique. Loin de dénoncer un tel écart, ceci nous pousse à nous interroger sans cesse, à être sans cesse dans le doute.

1.4 Les groupes de réflexion et la supervision : un enjeu relationnel ?

Sur les 30 orthophonistes interrogés, seuls 5 n'ont jamais eu recours ni à une supervision ni à un groupe de réflexion, à part dans le cadre de leur travail en institution (en C.M.P par exemple). Ce qui veut dire que 25 orthophonistes sur 30, soit 83,33% de la population interrogée, ressentent ou ont déjà senti le besoin de discuter de leurs patients.

Ces groupes de réflexion ont plusieurs formes :

- Des groupes de réflexion informels. Certains s'organisent sous forme de dîners réguliers entre orthophonistes, pour discuter expressément de cas problématiques, d'autres s'organisent de manière plus ponctuelle.
- Des groupes théorico-cliniques, que l'on trouve souvent dans la formation P.R.L., mais pas seulement. Les orthophonistes participant à ce type de groupes les considèrent comme une forme de supervision.
- Une supervision. 9 orthophonistes ont participé ou participent à des groupes de supervision, soit par un psychologue, soit par une orthophoniste, presque toujours en groupe. Par exemple, une orthophoniste consulte régulièrement un psychologue, avec 4 collègues ne travaillant pas dans le même secteur, pour discuter de cas problématiques.

Deux orthophonistes ont également évoqué leur besoin d'un partage de réflexion pluri-disciplinaire :

« Un copain proposait un truc pluri-disciplinaire, et ça j'aimerais beaucoup. » (14)

« J'ai du mal à trouver un groupe de parole qui réfléchit à l'orthophonie sans être dans l'orthophonie. » (3)

L'APPORT D'UN GROUPE DE RÉFLEXION

Une orthophoniste de plus de quarante ans d'expérience nous explique ce besoin :

« Parce qu'on est trop dans une relation affective, on n'arrive pas à se sortir de ça. Le fait d'exposer ses difficultés c'est formidablement enrichissant. Jamais on ne sort de ces dîners sans que nous partions sur un pied nouveau. Ça nous donne un regard neuf. [...] Ça me semble indispensable, jusqu'à la retraite. A partir du moment où on est content de soi, c'est foutu, ce qui ne veut pas dire qu'on ne soit pas contente d'une séance. » (1)

Le taux très fort de participation à des groupes de réflexion formels ou informels témoigne d'un besoin et d'un « manque » important chez les orthophonistes. Cette participation est qualifiée d'indispensable par plusieurs d'entre eux. Elle témoigne aussi et surtout d'une remise en question continuelle, d'un doute fondamental qui constitue un moteur. D'ailleurs, lorsque les thérapeutes se trouvent confrontés à une difficulté relationnelle, nombreux sont ceux qui nous ont dit avoir éclairci certains problèmes en parlant simplement avec d'autres orthophonistes, ou en ayant recours à un superviseur. Ceci témoigne encore de la place importante que peut prendre la subjectivité du thérapeute dans le travail avec un patient.

LA NÉCESSITÉ D'UN TIERS

La subjectivité du thérapeute entraîne forcément une vision partielle et limitée de la réalité. Son implication affective, de quelque nature qu'elle soit, a des répercussions directes sur le patient et le travail qui se fait avec lui. Ainsi, la fonction du tiers, qui permet une distance, est fondamentale. Cette distance, qui est justement invoquée pour justifier le professionnalisme des orthophonistes, est permise d'une manière générale par un regard ou une parole extérieure posée sur la situation clinique et la relation problématique. D'ailleurs, c'est bien souvent la raison pour laquelle des orthophonistes ont choisi de travailler en institution, à l'image de (11) :

« Parce que les deux sont tellement complémentaires. Au cabinet on est un peu seul, on fait sa petite thérapie, sa petite rééduc... on rame pour parler avec d'autres, l'institution m'apporte le point de vue de mes collègues [...]. C'est important pour moi de prendre en compte le point de vue de chacun, du psy, de l'éduc. Ça paie pas quand on est seul. »

La richesse du travail en équipe et de la multiplicité des points de vue facilite la distance nécessaire à prendre, pour l'orthophoniste. Elle est même, selon cette orthophoniste, un instrument de formation :

« J'étais convaincue qu'il fallait d'abord que je bosse en équipe, que je me façonne avant de prendre la responsabilité du libéral. » (16)

En même temps, le tiers, et notamment tel qu'il est vécu et pratiqué en institution, peut devenir, à l'inverse, une entrave au travail thérapeutique, comme nous le rapportent ces orthophonistes :

« Je trouve que les institutions sont pathologiques, lentes et inefficaces. » (26)

« Très mauvaises conditions de travail en institution » (10)

« T'es pas libre de faire ce que tu veux. Ambiance pourrie, soi-disant c'est un travail d'équipe, puis en fait y en a pas vraiment. » (9)

Une orthophoniste, (10), se dit même « *écœurée* » du travail en institution. Ceci nous interroge : qu'est-ce qui, dans une institution à vocation de soin, peut constituer un tel obstacle ? Quelques pistes de réflexion sont à approfondir. Par exemple, on peut penser que le travail en équipe, lorsque celle-ci devient trop conséquente, peut conduire à éclater la prise en charge en domaines si variés que l'on perd de vue l'unité du patient. Les différents points de vue ne sont alors plus une richesse, mais au contraire une lourdeur supplémentaire. L'unité du projet thérapeutique est ici en cause : jusqu'à quel point des personnes aux points de vues divergents peuvent-ils travailler ensemble ? Jusqu'à quel point cette diversité constitue-t-elle une richesse pour le patient ?

De plus, nous avons évoqué, dans la partie théorique, que le narcissisme de l'orthophoniste pouvait être mis à mal face à certains patients. Or, au sein d'une équipe, les narcissismes se multiplient par le nombre d'intervenants pour un même patient. Le danger n'est-il pas alors de perdre de vue non plus seulement l'unité de la personne du patient, mais le patient lui-même, au profit de la satisfaction de l'égo des soignants ?

2. Analyse thématique : discussion virtuelle entre orthophonistes

2.1 La place de l'objectivité dans la pratique orthophonique

2.1.1 Les tests objectifs

Notre questionnaire ne contenait pas de question directe sur la prise en compte des tests objectifs lors d'un bilan en début ou en fin de prise en charge. Néanmoins, les points de vue à ce sujet sont finalement assez variés. Les tests objectifs sont loin d'être suffisants pour proposer ou mettre fin à une prise en charge.

Il y a ceux – assez rares finalement – qui mettent les tests objectifs au cœur de leur analyse, à l'image de (5) :
« *Les principaux écueils à mon sens c'est de ne pas faire d'évaluation assez précise, au niveau relationnel, ça va.* »

« *Je veux avoir des éléments objectifs. [...] J'essaie d'être neutre et de pas éprouver de ressenti du tout.* » (26)

Il y a ceux, plus modérés, qui reconnaissent une part que les tests objectifs ne peuvent saisir :

« *Dans un bilan, y a une part de subjectivité et d'objectivité, on peut jamais être entièrement objectif.* » (29)

Il y a ceux, enfin, qui considèrent les bilans côtés comme étant accessoires, surtout utilisés pour rassurer l'orthophoniste :

« *Le bilan c'est pour se faire plaisir à nous.* » (22)

- La place des tests en début de prise en charge

Quel crédit est accordé à l'objectivité dans le bilan ? Quelle est la conséquence sur le diagnostic et sur la prise en charge ? Une orthophoniste, par exemple, nous dit que le diagnostic orthophonique est fonction de la précision des tests :

« *Des erreurs diagnostiques au départ aussi, toujours à cause d'un bilan pas assez précis ou complet.* » (5)

Une autre orthophoniste, par cette phrase, montre que pour elle, c'est l'objectivité qui prime sur le ressenti :

« *il faut le prendre en compte mais être conscient que ça peut fausser l'objectivité* » (7)

Le diagnostic est ici vu comme le fruit d'observations objectives, pouvant être quantifiées. Si le ressenti de l'orthophoniste est pris en compte, il ne participe pas au diagnostic orthophonique.

Une autre position ressort de notre analyse. La subjectivité du thérapeute et du patient est ici reconnue comme étant intrinsèque au bilan, voire au diagnostic, mais les épreuves objectives sont aussi nécessaires :

« *Etant que dans le psy, en institution, on parlait beaucoup du psy et presque plus du langage. J'ai éprouvé le besoin de me former sur les tests objectifs. On peut apprécier le langage. Mais la clinique est fondamentale. J'ai trouvé un bon équilibre entre les deux. [...] Lors d'un bilan, l'aspect clinique est aussi et plus important que la passation du bilan. La qualité de la relation parent-enfant, ce qui se dit de part et d'autre, j'observe aussi le*

rapport de l'enfant au langage.[...] Il faut séparer les résultats objectifs, certes, mais on sait que le langage est un élément psycho-affectif important. [...] On ne peut pas se fier aux écarts-types seulement » (10)

« Je me trompe rarement. Ça n'exclut pas les épreuves objectives. » (13)

C'est le positionnement de la plupart des orthophonistes. Les épreuves objectives sont une partie, mais pas l'essentiel, du bilan.

Plusieurs orthophonistes ont mis en avant les difficultés que posent la situation de bilan. Ils n'hésitent alors pas à reporter à plus tard la passation des épreuves objectives. Cette pratique témoigne d'un soin particulier accordé plus à la relation et à la personne globale, plutôt qu'au trouble en lui-même. Pour ces orthophonistes, le diagnostic, remis à plus tard, est secondaire.

« Le bilan, y a plein de fois où c'est pas possible de le faire passer pour les petits. [...] Y a largement le temps après de voir l'étendue des dégâts. » (8)

« Il y a les tests, et les choses que les gens vous amènent. [...] Les personnes qui sont en retrait et qui ont des choses, on avance à tous petits pas, on aura le diagnostic qu'après. » (18)

« Quand je vois qu'il y a un problème, je laisse tomber le test et on sort de la situation de bilan. Si il y a un échec à ce moment-là, ça peut foutre en l'air tout un début de prise en charge. » (14)

« Les bilans côtés c'est nul, le gamin sait qu'il vient avec un problème, il va le faire devant moi, mais je vais pas l'aider, et le regarder se planter, c'est super angoissant pour un gamin. Si le bilan on le fait passer au bout de la 4ème fois, ça serait nettement mieux. » (3)

« Quand je reçois l'enfant, je vais pas me jeter sur lui pour lui faire passer des épreuves. [...] Je le vérifierai ensuite une fois que le contact, la rencontre aura eu lieu. » (16)

Si le test objectif est retardé, qu'est-ce qui prime donc pour ces orthophonistes ? Ce n'est pas un trouble objectivé, puisqu'il peut se passer plusieurs séances avant même de commencer le bilan « orthophonique ». La demande est un élément primordial. Nous le verrons, cela ne concerne pas seulement le bilan initial. La problématique de la demande, est une raison pleinement suffisante pour prendre en charge, même si les tests ne révèlent pas une pathologie nette.

*« C'est très important d'écouter la demande du patient. Dans le bilan il peut ne rien apparaître. Par exemple, un enfant en bilan pour dysgraphie. Il n'est pas dysgraphique, mais il dit qu'il a mal quand il écrit. Donc je vais le prendre. C'est l'élément fondamental dans la prise en charge, **c'est la demande.** » (12)*

« Des fois des gens viennent pour consulter pour un tout petit truc, mais qui génère une immense angoisse. Je ne tiens pas compte de ce que je pense moi, mais je tiens compte de la demande, et je réponds. » (16)

« Le bilan n'est jamais une indication. Un gamin qui m'était adressé n'était pas dyslexique, mais je l'ai gardé, parce que plein de problèmes à côté » (18)

« Le bilan n'est jamais une indication. » Cette phrase nous laisse méditatif. D'abord, de quel « bilan » parle-t-on ? Etant donné les réponses que nous venons de lire, peut-on encore réduire le bilan orthophonique à des tests objectifs seulement ? Et si les tests objectifs ne sont pas une indication, ou du moins une indication suffisante, alors qu'est-ce qui, en orthophonie, justifie une prise en charge ? L'importance de la subjectivité, mise en évidence ici, annule-t-elle pour autant le caractère objectif du langage ? Cette orthophoniste, au positionnement plutôt extrême, nous interroge sur la crédibilité des tests objectifs, tout en se rendant à l'évidence qu'ils ne

peuvent être totalement exclus :

« Je me fous de l'objectivité du bilan. [...] J'aurais pas pu dire ça y a 20 ans ! Je bouffais des bilans, des cotations, des quartiles, des centiles, etc. je me disais qu'il fallait que je reste dans l'axe de ce qu'on m'a appris [...] Dans les écoles on forme des techniciens, des gens qui font passer des bilans que je sais même pas faire passer moi-même. [...] On essaie de mettre en premier plan l'objectivité du trouble et je pense qu'on fait totalement fausse route. Dans la sphère humaine, l'objectivité n'existe pas. [...] Au début de mon exercice, j'aurais dit que 80% c'est de la relation. Aujourd'hui je dirais que 99,2% c'est de la relation [...] Les bilans mettent en cage les symptômes, on les emprisonne. C'est important de savoir combien l'enfant a d'années de retard par rapport à un âge moyen, de le situer globalement. Mais l'extrême rigourosité n'est pas importante. » (16)

- La place des tests en fin de prise en charge

Ici, un plus grand nombre d'orthophonistes mentionnent la prise en compte des tests objectifs en fin de prise en charge. Néanmoins, c'est loin d'être critère suffisant pour arrêter une prise en charge, à quelques exceptions près. Nous avons choisi de laisser ici les citations « en vrac », afin que le lecteur puisse se rendre compte de la variété des points de vue à ce propos.

Les indices de la fin d'une prise en charge :

« la pathologie qui est moins visible » (6)

« et si le bilan est bon » (19)

« le bilan est pas du tout un élément de fin de prise en charge. [...] Un enfant que je vois depuis des années, objectivement il pourrait, mais j'arrête pas d'abord parce qu'il veut pas, et plein d'à côtés me font dire que non, j'arrête pas. » (12)

« Ça peut être objectivé par des tests. » (2)

« Quand ce que l'on a diagnostiqué comme un trouble a disparu. » (1)

« C'est pas forcément que le symptôme ait disparu » (4)

« Dans un trouble DYS, il y a pas vraiment de fin, puisqu'on sait qu'on ne guérit pas le trouble. » (5)

« La progression, les résultats concrets, les choses que tu peux cibler. » (28)

« C'est fonction du bilan, de la pathologie, et de se fixer au départ des limites de temps. » (7)

« Y en a, y a un arrêt de la prise en charge avant que les choses soient acquises. Pour les troubles de parole ou problèmes d'apprentissage, ils sont sur les rails, mais ça s'arrête pas, mais j'espace un peu. » (8)

« Le bilan aide. Mais parfois y a des bons bilans et pour autant on continue encore un peu la prise en charge parce que l'enfant est pas prêt à arrêter. C'est pas le bilan qui va déterminer si on arrête ou pas. » (21)

« Des fois j'ai l'impression qu'ils vont bien, mais ils veulent pas lâcher donc je peux pas arrêter. [...] Elle a parfaitement récupéré. Je me dis, si elle arrête peut-être qu'elle va faire une dépression, c'est pas mieux qu'elle vienne ? » (14)

« S'il a vraiment progressé et que le retard n'apparaît plus au niveau du bilan » (17)

« Ils peuvent très bien faire un bilan extraordinaire avec nous et que ce soit catastrophique à l'école, donc c'est pas suffisant. » (22)

« D'abord la disparition ou l'amenuisement des symptômes. Je mets fin à la relation. Je fais attention à prévenir un peu à l'avance. » (30)

« Quand l'enfant commence à s'ennuyer en séance. Evidemment, le bilan pour objectiver. » (24)

« Pour moi, c'est problématique de savoir quand arrêter. Une DL DO par exemple, y aura toujours des éléments. Je sais pas arrêter ou j'ai du mal à arrêter une rééducation. » (25)

« Déjà je leur propose un bilan quand il y a eu progrès, si ils refusent j'insiste pas. » (29)

« Après il y a moi, où je me dis que ça fait pas longtemps, je refais le bilan et je me demande si j'arrête maintenant. » (9)

On comprend ici que plusieurs facteurs interviennent dans l'indication d'une fin de prise en charge, des facteurs subjectifs, comme le temps, l'autonomie, l'appréciation des capacités du patient à aller plus loin, etc. Nous reviendrons plus loin sur chacun de ces facteurs, quelle est leur place dans la clinique, bien qu'on ne puisse pas le quantifier.

Loin de chercher à privilégier un point de vue plutôt qu'un autre, de tenter de prouver la valeur d'un choix thérapeutique au détriment d'un autre, nous voulons seulement montrer ici combien la question est complexe. Il n'existe aucune évidence : il n'est pas évident que pour justifier de la fin d'une prise en charge, les épreuves objectives sont suffisantes. Il n'est pas plus évident que la fin de la prise en charge n'ait lieu qu'à la demande du patient. En effet, faut-il alors prolonger indéfiniment une prise en charge tant qu'elle correspond au besoin du patient ? Et cette définition du besoin ou de la demande peut-elle être raisonnablement livrée à la seule subjectivité de l'orthophoniste ?

RÉFLEXION AUTOUR DU DIAGNOSTIC

Ces réponses soulèvent une question de fond, celle qui détermine la nature du diagnostic orthophonique. Poser un diagnostic, est-ce étiqueter un trouble bien défini ? Peut-on, d'ailleurs, bien définir, au sens de délimiter clairement, un trouble ? Quels sont les critères de diagnostic ? On sait, par exemple, qu'il n'y a pas de nécessité absolue d'entendre un enfant bégayer pour le prendre en charge. Le critère de prise en charge retenu, le plus souvent, c'est la gêne, la souffrance occasionnée par le trouble. L'étiquette n'est pas un critère de prise en charge, comme en témoigne cette orthophoniste : « Les enfants avec beaucoup d'attentes ont pas forcément une pathologie très nette mais on dirait qu'ils se maintiennent dans le trouble pour continuer à venir, c'est bizarre ! » (28)

Les orthophonistes semblent, d'une manière générale – et quelles que soient leurs orientations théoriques – privilégier l'aspect du désir et de la demande par rapport à un diagnostic objectif. Nous reviendrons là-dessus : il se trouve que chez tous les orthophonistes interrogés, lorsqu'il y a un trouble objectif mis en évidence par le bilan, la prise en charge n'est pas systématique : il faut qu'il y ait désir, élaboration d'une réelle demande. A l'inverse, lorsque le bilan n'objective (plus) aucun trouble – au début ou à la fin de la prise en charge – ça n'est pas un critère suffisant pour mettre fin à la thérapie.

2.1.2 Le rapport à la technique

La technique, les supports, sont des éléments relevant de l'objectivité. On n'imagine pas l'orthophonie sans technique. De même, à l'instar de (6), « *on ne peut pas imaginer que l'orthophonie se réduise à des techniques.* » Quel rapport entretiennent les orthophonistes avec la technique ? La relation thérapeutique n'est-elle qu'un support de la technique, ou bien cette dernière n'intervient-elle qu'accessoirement ? Qu'est-ce que la technique en orthophonie ? Elle n'a certainement pas la même consistance que la technique des autres soignants, comme celle de l'infirmière, ou encore du médecin, puisqu'ici, ce n'est pas le corps qui est l'objet premier d'attention, mais bien le langage. Alors quelle est la valeur de la technique, et quelle est sa fonction ? Et de quelle technique parle-t-on ?

« L'intuition est un guide magnifique. Mais il faut que ça soit doublé d'une rigueur essentielle. Il y a un but, c'est que la rééducation marche, sinon on vous envoie plus de patients. » (1)

« Aujourd'hui je fais des prises en charge beaucoup plus longues qu'en début d'exercice, je me disais qu'il faut que je sois efficace, parce que j'avais peur qu'on mette un doute sur la nécessité de poursuivre. » (16)

La question que nous pourrions poser à la suite de ces orthophonistes (toutes deux riches de plus de 30 ans d'expérience) est la suivante : la crédibilité de l'orthophoniste est-elle liée à ses compétences techniques ? Et qu'est-ce qui fait qu'une rééducation « marche » ? C'est une question de fond qui ne cesse de préoccuper les orthophonistes et les étudiants. Au fond, qu'est-ce qui est soignant dans la thérapie du langage ? Il semble que les orthophonistes s'accordent à dire que ce n'est pas la technique, ou du moins pas seulement elle, qui est soignante.

« Y a des gamins des fois qui t'adorent et pourtant qui te crispent, et qui t'envahissent, et toi tu fais un contre-transfert... Des gamins qui ont trop d'attentes. Tu sens que t'es pas juste l'orthophoniste, ils aimeraient que tu sois un peu tout. C'est trop investi. Et ça met une distance. Avec des gamins comme ça je suis pas du tout dans la relation, je suis très technique et c'est ma manière de mettre une distance. (28)

Cette orthophoniste, diplômée en 2008, met en lumière une des fonctions de la technique : peut-être parfois sert-elle plus à l'orthophoniste qu'au patient, en guise de protection, de mise à distance. Ceci nous renvoie à l'importance d'un tiers dans la relation thérapeutique. Cette orthophoniste éprouve des difficultés à mettre des limites avec certains enfants ; la technique peut-elle alors suffire à faire office de tiers, de séparateur ? Nous reviendrons sur cette problématique plus loin.

« Il y a la personnalité et la façon d'utiliser le media, ça c'est de la technique. » (18)

La technique empreinte de subjectivité, voilà ce que dit cette phrase. Ici, la dichotomie entre objectivité et subjectivité est abolie. L'orthophoniste suivante semble dire la même chose, la technique fait partie de la personne de l'orthophoniste :

« C'est pas que la compétence purement technique. C'est la personne elle-même de l'orthophoniste, toute sa personne (technique, personnalité, considération de l'enfant, etc) qui permet au patient d'avancer. » (22)

« Comme on est dans un rapport humain, la relation est importante. Elle joue beaucoup plus que ce qu'on peut imaginer quand on apprend la technique. C'est au moins 50%. » (14)

En tant qu'étudiante, cette phrase a particulièrement résonné en nous : en effet, lors de nos stages, nous nous sentons bien souvent démunis, en manque de moyen technique. Or, cette orthophoniste (10 ans d'expérience) semble nous dire que ça n'est pas ce qui devrait nous inquiéter le plus, de même que la suivante :

« C'est beaucoup la relation, notre humilité et un peu de technique. [...] C'est pas parce qu'on a l'impression qu'on fait rien dans une séance qu'on a rien fait. Si on est dans la relation, on y est, qu'on fasse du bled ou un dessin. » (3)

« On leur donnera des aides techniques, mais c'est grâce à la relation qu'ils l'acquerront. » (13)

« Notre technique est pas une fin en soi, ce qui va se jouer c'est le « je » et le « tu ». » (29)

« Avant de penser à la rééducation on est dans le cadre d'un échange humain, et donc je crois qu'on porte énormément le travail qu'on peut faire. » (10)

Ici, les orthophonistes considèrent la technique comme un moyen secondaire. L'essentiel ne se joue pas dans le média que l'on propose, mais dans l'échange relationnel, dans la capacité de l'orthophoniste à investir l'espace et le temps de la relation.

Les phrases suivantes sont particulièrement intéressantes : existe-t-il des pathologies plus « techniques » ?

L'unanimité est loin d'être faite.

« J'ai jamais travaillé sans cette relation, même pour des pathologies très techniques. » (12)

« Tous les gens que je recevais en dysphonie, il y avait une blessure à un niveau relationnel. Donc si on cherche pas, on va faire une conduite fonctionnelle. » (16)

« tu vas partir sur du mécanique alors qu'il faudrait que t'aïlles aussi sur du psy, si le patient te parle pas. » (25)

« En déglutition y a pas de transfert, c'est tellement technique. » (24)

Arrêtons-nous sur cette phrase : l'importance de la technique annule-t-elle les effets de transfert ? Nous avons vu dans notre partie théorique qu'il existe un transfert dans toute relation interhumaine. Par ailleurs, l'orthophoniste suivante (diplômée la même année, en 2010), pense tout à fait le contraire :

« Qu'est-ce que je fais comme psychologie avec une déglutition primaire ! Il faut soigner l'aspect relationnel plus qu'un autre. » (25)

L'orthophoniste suivante expose ses doutes et ses difficultés quant à l'application d'une technique :

« Aussi je suis peut-être pas assez technicienne. Moi je peux pas appliquer des techniques. J'arrive pas à me dire moi j'avais prévu ça donc on fait ça. [...] Quand tu fais face à des difficultés sociales énormes, alors là tu te dis est-ce que je me bats pour mettre des « s » ? Là tout ce que tu as appris en cours, tu sais pas trop quoi en faire. Avec un enfant comme ça, c'est que avec la personne que tu as en face que tu fais ta rééducation. » (9)

Il est intéressant de noter que ces trois dernières orthophonistes citées ont toutes été diplômées en 2010, et se retrouvent régulièrement pour discuter de leurs cas. Aucune d'entre elles ne se réfère à des théories mettant l'accent sur l'importance de la relation. Pourtant, toutes trois, chacune à sa manière, se sont retrouvées, dans leur pratique, confrontées à la problématique de la relation thérapeutique.

A l'issue de cet aperçu, la question que nous pouvons nous poser, n'est peut-être pas celle de savoir quelle place la relation occupe dans la thérapie du langage, mais plutôt quelle place la technique occupe dans la relation thérapeutique.

Avec cette question, on peut également se demander quel rapport entretiennent les orthophonistes avec le savoir ?

C'est ce que nous allons voir maintenant.

2.1.3 Le rapport au savoir

Nous nous sommes aperçus, comme le lecteur pourra le constater, qu'il y a plusieurs sortes de savoirs, et que le plus prégnant n'est pas forcément le savoir « objectif ». En orthophonie, ce savoir est enseigné dans les écoles de formation. C'est la connaissance des pathologies, par exemple.

Mais il existe, nous le verrons, d'autres types de « savoir » auxquels les orthophonistes se réfèrent beaucoup, peut-être même beaucoup plus : l'intuition, par exemple, ou encore un savoir apporté par l'expérience.

- Le rapport au savoir « objectif »

Quel lien les thérapeutes interrogés entretiennent-ils avec ce savoir ? Quelle en est l'utilité ?

« L'autorité c'est être sûr de ce qu'on dit, avancer des choses et toujours pouvoir les prouver. » (1)

« Je pense que les gens ont souvent confiance en moi parce que j'essaie d'être sûre de moi » (28)

« Et ici [...] c'est des gens très bourgeois, donc faut toujours faire celle qui sait. » (25)

Le savoir rassure. Il rassure l'orthophoniste, et surtout les patients et leur famille. Il donne de la crédibilité à l'orthophoniste. La connaissance garantit-elle pour autant la « réussite » d'une rééducation ?

« Plus on avance dans l'expérience et dans la connaissance de la pathologie, plus les difficultés relationnelles diminuent. [...] Par exemple, la dyscalculie me mettait super mal à l'aise, mais avec quatre ans de formation, maintenant au contraire, je le fais avec plaisir, parce que je maîtrise. [...] C'est plus facile quand on sait ce qu'on fait. [...] Dans un trouble DYS, il y a pas vraiment de fin, puisqu'on sait qu'on ne guérit pas le trouble. » (5)

Ici, le savoir apporte une maîtrise, et donc un pouvoir. Il rassure l'orthophoniste, de la même manière que la technique peut être mise entre le patient et soi pour se protéger, et peut-être même paraître plus « crédible »... Le savoir, c'est aussi ce qui rend le métier plus « facile ». Confrontés à la complexité de l'échange humain, utilisons-nous notre savoir pour nos patients ou pour nous-mêmes ? Il est intéressant de noter que cette même orthophoniste nous dit un peu plus loin qu'« on avance par le doute et pas par les connaissances. » (5)...

« Arriver avec son savoir et ses classeurs, bof. Ça sert pas à grand chose. » (3)

« Je me disais qu'il fallait que je reste dans l'axe de ce qu'on m'a appris. » (16)

« Quand tu fais face à des difficultés sociales énormes, alors là tu te dis est-ce que je me bats pour mettre des « s » ? Là tout ce que tu as appris en cours, tu sais pas trop quoi en faire. » (9)

Ce rapport au savoir, à la connaissance, interroge notre profession : quel est le rôle de l'orthophoniste ? Former un orthophoniste, est-ce former un technicien, un savant ? Les sciences du langage étudient le fonctionnement normal du langage, elles l'étudient de manière formelle et systématique. Or, la pathologie du langage se trouve à la frontière, voire au-delà de cette frontière, du domaine de la science, parce qu'elle fait intervenir de l'humain, du subjectif, et donc par définition, de l'inconnu...

« J'ai ma façon de voir l'orthophonie, qui est unique, on a toutes les mêmes cours mais le point de vue change. » (25)

« C'est cette personnalité qui me permet de transmettre beaucoup. [...] Ça suscite des choses qu'on nous apprenait pas beaucoup dans les écoles d'ortho. » (10)

- L'intuition ou le savoir subjectif

L'intuition est-elle une source d'information fiable ? Voyons ce qu'en pensent les orthophonistes...

« Mon ressenti c'est 90% de mon observation du patient. » (3)

« Parfois c'est une indication précieuse. Vis à vis des psychotiques, pour moi, c'est presque viscéral, c'est physique, je sais que je me sens mal avec cette personne, et après je me rends compte qu'effectivement y a un problème. » (13)

« en revanche pour des enfants psychotiques ou limite au niveau de la personnalité, je ne me base que sur mon ressenti. » (8)

« Même des fois je ressens des trucs par rapport aux parents, ça sera noté nulle part, mais j'y suis très attentive. » (9)

« On sent très vite. Maintenant je me trompe rarement. » (10)

L'intuition, enrichie par l'expérience, est donc un fondement pour de nombreuses orthophonistes. Elle est un puissant outil, d'ailleurs, lorsqu'il s'agit de « sentir » si la prise en charge doit prendre fin :

« Quand on sent que l'enfant peut en faire quelque chose. » (10)

« Quand il ne sera pas possible de faire mieux » (1)

Toutefois, l'intuition est outil délicat à manier :

« Quand on fait ce métier faut quand même faire attention à ce qu'on ressent, même si c'est pas toujours juste » (21)

«ça dépend du type de ressenti. Si c'est de type clinique, c'est à prendre en compte » (19)

« Il faut pas se cantonner à la première impression. » (11)

« Je fonctionne au feeling. [...] Fonctionner à l'intuition, c'est magique si on en a. L'intuition est un guide magnifique. Mais il faut que ça soit doublé d'une rigueur essentielle. » (1)

- L'expérience, source de savoir et de fiabilité

L'expérience permet d'accroître et d'affiner le savoir-faire, fondé sur la clinique. Jeunes et moins jeunes s'accordent à le dire :

« Je dirais qu'au début de mon expérience professionnelle ça a contrarié l'objectivité du bilan. Maintenant [...] mon ressenti est le fruit d'une accumulation conséquente d'observations et d'expériences. Ça fait que mon ressenti n'est pas complètement naïf, et il est fondé sur tout un tas de connaissances et j'en tiens compte bien sûr. » (6)

« Une ortho plus expérimentée y arriverait plus. » (11)

« Ça se modifie avec le temps et l'expérience, à mon avis le ressenti donne de plus en plus d'informations. » (24)

Quelles informations le ressenti – ou l'intuition – donne-t-il ?

Il informe, par exemple, sur la qualité du contact dès les premières rencontres :

« Vous faites votre diagnostic pratiquement sur votre premier contact, quand on a un peu d'expérience. » (23)

« Un enfant qui se jette à votre cou, au début de carrière on trouve ça super sympa, et puis après on se méfie. » (18)

« Peut-être aussi de par l'expérience, je sais à peu près au bout de deux fois si ça va marcher ou pas, si le parent va me l'amener ou non. » (3)

L'expérience renseigne également sur la manière de conduire une prise en charge, sur l'importance de la relation :

« Au début, j'imposais, et plus tu forces, plus il résiste, donc ça sert à rien.. [...] Je m'accrochais beaucoup à la technique. » (3)

Cette orthophoniste fait également remarquer qu'il existe des résistances de part et d'autre de la relation thérapeutique. Résistance du patient face au media proposé ou imposé, contre-résistance de l'orthophoniste.

Lorsque nous sommes étudiants, il nous arrive de remettre en cause les problématiques relationnelles qui nous sont présentées à l'école d'orthophonie. N'est-ce pas, là encore, une certaine résistance, un bastion que l'on érige afin de n'être pas trop attaqué dans nos certitudes ? L'expérience semble mettre à mal ces protections.

« On est plus posé au bout de 23 ans, la manière dont je me transforme fait que les gens se confient beaucoup plus facilement. » (13)

« Au début de mon exercice, j'aurais dit que 80% c'est de la relation. Aujourd'hui je dirais que 99,2% c'est de la relation. [...] Mon point de vue est très tranché. Ce que je dis aujourd'hui, c'est le fruit de mon expérience. » (16)

L'expérience permet également de discerner le temps et la manière de mettre fin à une prise en charge :

« Ne pas arrêter trop vite, en discuter, préparer. Moi j'ai pas de difficultés, avec l'âge, la pratique. » (29)

« Quand j'étais débutante, j'arrivais pas à évaluer les limites. De comprendre qu'un dyslexique aura toujours des petites choses. » (10)

L'objectivité, on le voit, n'occupe finalement qu'une place limitée. Elle est prise en compte, elle rassure, elle confirme, mais elle ne peut exister sans de nombreux éléments subjectifs. La frontière est donc difficile à cerner. L'orthophonie ne peut être assimilée à une science de l'objet, donc une science objective.

2.1.4 La neutralité bienveillante

Durant les entretiens, la question de la neutralité bienveillante est ressortie, et se trouvait parfois associée à une notion d'objectivité, comme si la neutralité bienveillante, à l'image de l'objectivité, s'opposait à la subjectivité :
« *On est humain. La neutralité bienveillante, c'est beau on essaie de la mettre en pratique le plus possible. Mais il y a certains patients qui nous renvoient de l'affectif forcément.* » (11)

« *Leur dire qu'on est pas des robots, qu'on a rencontré des échecs, des difficultés scolaires, sans rentrer dans les détails. Ce qui n'est pas toléré en institution. Je veux bien être bienveillante, mais pas toujours être neutre.* » (10)

La neutralité bienveillante, nous l'avons vu, est un concept issu de la psychanalyse qu'il est difficile d'appliquer en orthophonie. En effet, la neutralité bienveillante implique un certain retrait de l'analyste, retrait de sa subjectivité afin qu'elle n'entrave pas le processus de projection du patient. Mais, nous l'avons vu, l'orthophoniste ne fait pas la même utilisation du transfert. Il est même bon qu'il soit impliqué d'une certaine manière. Impliqué non de manière brute, mais en poursuivant un travail sur lui-même, mettant à distance ses affects. D'où la difficulté à se positionner comme « neutre ». D'ailleurs, la définition de la neutralité bienveillante est difficile à cerner, elle n'est pas tout à fait la même d'un orthophoniste à l'autre :

« *La neutralité bienveillante. Ne jamais perdre ça de vue. On ne raconte pas sa vie privée, on ne s'épanche pas, c'est pas un lieu où on doit échanger tous azimuts.* » (1)

« *Faut essayer d'être bienveillant, très bienveillant mais rester assez neutre quand même pour ne pas verser dans l'hyper sentimentalité. Faut se servir de ça mais avoir un recul par rapport à ça.* » (30)

« *L'enfant doit sentir un thérapeute attentif, chaleureux, pour que la relation naisse. Tout en restant neutre quand même.* » (11)

On sent dans ces propos que la neutralité aurait à voir, dans l'esprit des orthophonistes, avec une juste distance affective à adopter. Ainsi la neutralité bienveillante, attitude dans laquelle le thérapeute tait sa propre subjectivité, n'a pas lieu d'être en orthophonie, telle qu'elle est définie en psychanalyse. En revanche, on sent ici que des limites doivent être définies, et ceci parce que l'orthophoniste travaille avec la subjectivité – la sienne et celle du patient – et que l'on sent bien que c'est un matériau, l'humain, qui ne se manipule pas facilement. Les réponses toutes faites sont exclus.

2.2 L'intersubjectivité en orthophonie

2.2.1 Les signes de la subjectivité

- La part du mystère

Qu'est-ce qui fait qu'un jour, un patient sort de sa pathologie, d'une difficulté tenace qui a trop longtemps entravé la thérapie ? On pourrait s'attendre à ce que la rééducation, la technique, la méthode employée, soient mises en avant pour répondre à cette question. Pourtant, comme le montrent les citations suivantes, il est une part importante de la « réussite » de la thérapie qui échappe aux orthophonistes.

« *y a des choses qu'on ne maîtrise pas, et c'est ça qui est fabuleux dans notre travail* » (19)

« *On peut pas dire, on sait jamais ce qui a vraiment fait bouger. [...] Parfois, les raisons les plus visibles sont pas forcément soit les seules, soit les vraies raisons qui ont fait bouger.* » (2)

« *C'est un mystère. Je sais pas. Quelquefois on sait pas.* » (4)

« *des fois on sait pas à quoi. Je sais pas.* » (8)

« *Je peux pas attribuer à un truc précis* » (21)

« *Ça dépend, j'en sais rien.* » (14)

« *On est contente que ça arrive, mais c'est assez inexplicable.* » (11)

« *Je suis pas sûre que ce soit mon action directe, je crois pas.* » (sur la raison d'un déblocage) (17)

Même lorsque le déblocage est attribué à l'aspect plus fonctionnel de la rééducation, les orthophonistes ponctuent leurs propos d'un « j'espère », signe que l'on ne peut contrôler tout à fait ce qui se passe en thérapie. Celle-ci est entièrement soumise à la subjectivité du patient, à sa décision, à son évolution psychique, d'une part, et à la subjectivité du thérapeute, d'autre part.

- L'être avant le faire

On est frappé par la fréquence de l'emploi du verbe « être » lorsque les orthophonistes parlent de leur travail.

Probablement aucun orthophoniste ne viendrait contredire le fait qu'il travaille avec ce qu'il est.

« *Je travaille avec ce que je suis* » (12)

« *On travaille avec ce qu'on est surtout dans ce genre de métier.* » (12)

« *On travaille avec ce qu'on est. [...] C'est dû à ce qu'on est soi-même.* » (2)

« *Tu fais de l'orthophonie avec ce que t'es.* » (24)

« *80% de la réussite de la prise en charge dépend de ce qu'on est. [...] On doit réussir à adopter des comportements qui soignent en eux-mêmes : c'est le savoir-être* » (26)

« *Forcément ce qu'on est ça passe* » (19)

« *Ma personnalité rentre en ligne de compte. [...] On n'est pas des robots* » (23)

« *Je pense qu'il faut pas avoir peur de faire avec ce qu'on est. Ça rend notre métier plus difficile, ça prend plus*

de temps parce que plus de réflexion. Mais c'est la meilleure façon d'aider nos patients. » (12)

Soi-même : un outil au service de l'autre, mais oh ! combien difficile à sonder, à manier, à maîtriser. C'est peut-être la raison pour laquelle deux orthophonistes qui se croisent ne peuvent s'empêcher de parler d'orthophonie dès les premières minutes : la limite entre le professionnel et personnel est, quoiqu'on en dise, une ligne quasi-invisible sur laquelle le thérapeute avance délicatement. Parce que le professionnel ne cesse de remettre en question sa pratique et sa personne, de même que l'humain, avec son histoire et son chemin personnels, ne cesse d'influencer le thérapeute.

*« Je crois que c'est aussi une limite de l'orthophonie entre un travail psychothérapeutique et l'orthophonie, de travailler avec ce qu'on **est**, avec ce qu'ils **sont**... c'est là où il y a les dépassements de frontière. On a une casquette de paramédical. » (17)*

En effet, là encore les limites de l'orthophonie sont en question. Qu'est-ce que « faire de l'orthophonie » ? Et surtout qu'est-ce qu'être orthophoniste ? C'est être humain avant tout et se servir de cette humanité pour travailler, pour la mettre au service de l'autre. Donc c'est travailler, avant tout, son être avant son faire, puisqu'apparemment, ce qu'on est, constitue notre premier outil de travail.

2.2.2 La place de la relation thérapeutique

- La relation thérapeutique inévitable

Avant tout, la relation, c'est une évidence : on ne peut pas s'en passer. Non seulement cela, mais elle doit être – et elle est, dans le discours des orthophonistes – l'objet de tous nos soins, comme le rapportent ces orthophonistes.

*« On travaille avec la relation, avec des êtres humains, donc y a des choses qui passent, imperceptibles, et que parfois ça accroche pas. [...] Dès qu'on parle c'est adressé à l'autre, donc **la relation est primordiale**. (19)*

« Il émane forcément quelque chose de moi qui est ressenti en face, c'est l'interaction relationnelle. » (23)

« C'est quand même dans ce qu'on est ensemble dans cet espace et dans cette relation. » (2)

*« **La relation c'est le terrain sur lequel on sème une technique**. Et notre boulot est de fertiliser le terrain de l'autre, en tirer la meilleure chose, quitte à le mettre en jachère : oublier complètement de semer quelque chose pendant un certain temps. » (1)*

« Nous on investit quelque chose dès la rencontre » (28)

*« C'est une histoire de **rencontre de deux personnalités** » (21)*

« Dans la sphère humaine, l'objectivité n'existe pas. [...] Au début de mon exercice, j'aurais dit que 80% c'est de la relation. Aujourd'hui je dirais que 99,2% c'est de la relation. » (16)

*« C'est plus **une rencontre entre deux personnes**, c'est pas unilatéral, c'est bilatéral. » (20)*

- L'objet premier de la rééducation orthophonique

« Il faut soigner l'aspect relationnel plus qu'un autre. [...] Faut vraiment utiliser les deux personnalités. » (25)

« Je vais mettre beaucoup de temps à mettre en place un contact avant même d'aborder des choses ortho. [...] »

Ça fait partie intégrante du travail avec la personne. » (12)

« J'ai mis plusieurs séances à rencontrer son regard. J'ai joué à des choses qui lui plaisaient » (1)

« Je cherche la relation, que quelque chose se passe, durant toutes les premières séances. » (18)

« entre les premières séances, on voit si on a réveillé quelque chose chez l'autre. Entre les premières rencontres » (22)

- La relation : un effet puissant

« Y en a d'autres pour qui juste le relationnel fonctionne. Y en a au bout de deux séances la maîtresse a dit qu'il s'était transformé... alors qu'est-ce que ça peut être, si ce n'est un blocage relationnel ? Y a quelque chose qui se joue dès le début. » (28)

« Des fois je suis sûre que c'est que le transfert qu'il y a entre l'enfant et moi qui fonctionne. » (9)

« je pense qu'elle fait beaucoup ou de bien ou de tort. » (8)

La relation a un impact, mais pas seulement positif, nous dit cette orthophoniste. Si elle n'est pas mise au travail, la relation peut-être stérile, et même nocive.

« Quand tu considères l'enfant comme une histoire qui s'écrit à deux, forcément ça a des résultats. » (22)

« je pense que la relation est le centre de la relation thérapeutique et **c'est un des moyens les plus puissants** pour faire évoluer le patient. » (30)

« Quand ça se passe, ça va plus vite, sinon **il faut travailler à ce que ça se passe**. Il faut qu'il y ait un mouvement de l'un vers l'autre, il doit y avoir une rencontre, une attente, une reconnaissance dans les deux sens, de l'individu et du thérapeute, sinon on peut pas avancer. » (13)

[Les raisons d'un déblocage du patient] : « L'évolution personnelle du thérapeute, et de l'enfant. On grandit, on change, par rapport à l'exploration de ce qu'on peut leur apporter. [...] Aussi le fait de parler d'autre chose, **de pas rester centré sur l'orthophonie**, s'intéresser à eux pour d'autres choses, le faire sincèrement, donc ne pas se forcer. » (10)

Il est intéressant de constater que plusieurs orthophonistes disent que parfois, il est nécessaire de ne pas faire de l'orthophonie, ou de ne pas rester centré sur un travail orthophonique. Ceci nous interroge encore vraiment : être dans la relation, s'intéresser à l'autre dans ce qu'il est avant tout, n'est-ce pas aussi cela faire de l'orthophonie, au vu de tous ces témoignages ? Peut-être, justement, faire de l'orthophonie, c'est ne pas « attaquer » le symptôme de manière frontale...

2.2.3 L'intersubjectivité : la rencontre des sujets

- La subjectivité du rééducateur

Le rééducateur est avant tout un humain, un sujet, qui pense, qui ressent, qui existe d'une certaine manière, et cette subjectivité constitue l'un des plus puissants enjeux de la relation thérapeutique. En lisant les lignes ci-dessous, on ne peut qu'être frappé par ce que représente la personnalité du thérapeute, et par les difficultés que son nécessaire impact entraîne. Que signifie être soi-même lorsqu'on est thérapeute ? Faut-il être entièrement soi-même, être entièrement vrai ? Comment gérer ce que l'on est ? Laissons les orthophonistes discuter...

« Comme chaque fois qu'il y a une rencontre humaine. [...] Il est évident qu'on a un impact sur l'autre. » (6)

« Je ne suis pas la même avec différentes sortes de personnes. [...] Je fais du sur-mesure au moment-même. » (1)

« C'est rare que j'ai ressenti que c'était ma personne qui était concernée, surtout qu'à ce moment-là je propose de changer » (6)

« On se laisse pas bouffer non plus par sa personnalité. » (12)

« Pas question de s'assumer en disant, moi je suis comme ça alors voilà. » (2)

« C'est un métier dans lequel on est obligé de se remplir pour donner. » (1)

« Quand on a des psy qui nous appellent pour des patients qui ont essayé plein d'ortho, c'est à ma personnalité et non à mes compétences thérapeutiques qu'on s'adresse. » (5)

« Quand même je pense qu'on ne peut pas changer complètement notre façon d'être. Quelque part, il va toujours y avoir un fond qui reste le même quelle que soit la pathologie ou le patient. Forcément je vais toujours avoir le même comportement à un moment, parce que c'est moi, c'est ma façon d'être. [...] Après il y aura des adaptations, mais ça sera dans un deuxième temps, ça fera partie du projet thérapeutique. Il faut que je me force
« là il va falloir que tu sois comme ça et pas comme tu aurais envie d'être d'emblée. [...] quelques fois tu vas réagir d'adulte à adulte, alors qu'il faut réagir en tant que thérapeute. » (7)

« par rapport à ma personnalité, les groupes cliniques m'ont aidé à faire la part des choses » (8)

« Faut un peu abattre de soi quand on est ortho. [...] La personne qui travaille avec de l'humain est obligée. Par contre, la corollaire, c'est que je me connais, je sais comment je suis et je me méfie de mon propre ressenti. » (18)

« ma personnalité est mon instrument de travail. » (18)

« La personnalité joue énormément » (14)

« Quand on travaille en CMP, les médecins qui voient les enfants savent tout de suite à qui il faut adresser les enfants : « ah celui-là il est pour un tel... ». Donc la partie personnelle interfère. C'est pas que la compétence purement technique. C'est la personne elle-même de l'orthophoniste, toute sa personne (technique, personnalité, considération de l'enfant, etc) qui permet au patient d'avancer. » (22)

« Bien sûr qu'on n'est pas entièrement nous-même dans la relation thérapeutique, il faut veiller à maîtriser ses transferts, ses réactions, mais cette capacité à gérer, ça joue dans la relation thérapeutique. » (30)

« L'enfant va réagir par rapport à moi. Tout va être en réaction à ce que moi je lui renvoie ou insuffle. » (11)

« Je pense que c'est important d'être soi-même, de dire quand et pourquoi on est énervé. [...] Il faut être dans le vrai. C'est souvent les enfant qui sont plus dans le masque, et si on leur demande d'être vrai, il faut l'être aussi. Il faut jouer juste. » (13)

Ceci n'est pas sans rappeler FERENCZI, et son désir d'apparaître « sans fard » au regard de son patient. Difficile positionnement pour les thérapeutes du langage...

« J'écoute, je dis ce que je pense. [...] J'ai ma façon de voir l'orthophonie, qui est unique, on a toutes les mêmes cours mais le point de vue change. [...] Je fais par rapport à mon vécu professionnel et surtout personnel. » (25)

« On est tellement là pour donner confiance que c'est forcément notre personnalité qui va jouer. [...] y a forcément des choses de nous qui transparaissent, sans qu'on le veuille. Jouer avec le transfert et le contre-transfert, c'est très riche mais c'est pas facile. [...] On est chacune là avec notre propre histoire, notre vécu. Pourquoi ça marche avec une ortho et pas une autre ? Je pense que c'est 30% au moins, si c'est pas plus. » (29)

« Avant de penser à la rééducation on est dans le cadre d'un échange humain, et donc je crois qu'on porte énormément le travail qu'on peut faire. La passion qu'on peut avoir. [...] C'est cette personnalité qui me permet de transmettre beaucoup. » (10)

La subjectivité du rééducateur s'exprime également au travers de son ressenti.

« J'estime que mon ressenti fait partie intégrante du travail que je propose. Je peux pas travailler sans ce ressenti. [...] Je travaille avec ce que je suis. Je peux pas m'extraire de ma propre personne quand je travaille. Je me sers de ma sensibilité pour travailler. » (12)

« J'ai pas d'autre solution que de travailler avec ce que je ressens. » (16)

« On ne doit pas être dans le ressenti. On ne doit pas être subjectif, donc on ne doit pas ressentir quelque chose. Il faut savoir observer, savoir rester neutre. J'essaie d'être neutre et de pas éprouver de ressenti du tout. Ça veut pas dire que je suis froide et antipathique. Je plaisante, je joue. [...] Mais je ne veux pas être influencée et je ne veux surtout pas ressentir, si je ressens quelque chose c'est négatif pour moi. » (26)

Cette position est pour le moins surprenante. « On ne doit pas ressentir quelque chose ». Comment est-ce possible ? Si l'orthophoniste joue, plaisante, ne ressent-elle alors aucun plaisir ? Cette même orthophoniste dira plus loin qu'elle a pour principe de ne pas réagir aux attaques de l'enfant. Si l'on ne réagit pas, l'enfant arrête de s'opposer. La conséquence, qu'elle avoue elle-même, c'est que les enfants parfois n'osent plus lui dire qu'ils n'ont plus envie de venir. Est-ce alors une solution, et encore une fois est-ce possible, de n'accorder d'attention ni à son propre ressenti, ni à celui de l'enfant ?

« Je ne me fie pas rien qu'à mon ressenti. » (27)

Une position plus pondérée est exposée ici. Le ressenti est présent, mais il n'est qu'une partie de la clinique. Il est aussi objet d'une certaine méfiance, une mise à distance.

« On ne donne bien que ce que l'on ressent profondément. » (29)

Cette phrase rappelle celle de (1) : « il faut se remplir pour donner ». Le ressenti : un obstacle ou un outil ?

Lorsqu'il est considéré comme un obstacle, il semble que ce soit dû à l'impossibilité de le mettre au travail.

Résistance de l'orthophoniste ? Peut-être, ou bien peut-on penser que l'orthophonie doit être justement resserré autour de ce qui est objectif, de ce qui n'est pas soumis à la subjectivité du thérapeute, ou du patient... difficile prise de position.

- La subjectivité du patient

« Chaque personne a sa grammaire implicite de la langue, à nous de la découvrir avec eux. » (22)

« on prend pas en charge un symptôme mais une personne globale. » (30)

« Je travaille avec ma subjectivité, mais je tiens éminemment compte de la subjectivité du patient. » (16)

A la question : « Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ? », plusieurs répondent :

« Ça dépend de l'enfant » (19)

« Tout dépend du patient qu'on a en face, et de ce pour quoi il vient. (23)

Ceci témoigne du fait qu'il n'existe pas une méthode toute faite applicable à tous les patients, pas de réactions toute faite. Que nos réactions « dépendent de l'enfant » signifie qu'elles dépendent également de la perception subjective que l'on a de lui et de son trouble.

Une orthophoniste répondait la phrase suivante lorsque nous lui avons demandé à qui elle attribuait un déblocage :

« à lui. A ce qu'il a fait de la relation avec le thérapeute. Mais c'est lui qui fait le boulot ! » (23) Ainsi, tout ne dépendrait pas, tout de même, de ce qu'instaure l'orthophoniste, mais de ce qui est saisi et transformé par le patient lui-même. Il est intéressant que l'orthophoniste dise que cela dépend de « ce qu'il a fait de la relation avec le thérapeute » et non pas du travail effectué (bien que l'un n'exclue pas l'autre). Ceci voudrait dire, encore une fois, que c'est la relation et l'interaction de deux sujets qui est au cœur de la thérapeutique.

2.2.4 Les enjeux relationnels

- L'importance de la demande

Tenir compte de la subjectivité du patient, c'est avant tout tenir compte de sa demande. Nous avons vu que les tests objectifs n'étaient pas, la plupart du temps, une condition suffisante pour amorcer ou mettre fin à une prise en charge. La demande prime très souvent sur la pathologie.

« j'essaie de m'adapter tout le temps à leur demande » (19)

« C'est pas que je change de media, c'est lui qui change. [...] Si le gamin est phobique de l'écriture, ça se retournera forcément contre le media, donc il faut faire autre chose. » (22)

Etre un bon thérapeute, cela signifierait alors d'être avant tout attentif à la demande du patient, qui est elle-même liée à sa souffrance.

« C'est très important d'écouter la demande du patient. Dans le bilan il peut ne rien apparaître. [...] C'est l'élément fondamental dans la prise en charge, c'est la demande. » (12)

« Je demande à ce qu'on interroge l'enfant. [...] Par exemple, j'ai vu des ados pas prêts, lors de ce premier entretien, et tous seuls, ils ont téléphoné deux, trois mois après parce qu'ils étaient prêts. » (1)

« J'ai parlé seule à la mère. En lui disant que la petite n'était pas prête et ne comprenait pas pourquoi elle venait. Je lui ai proposé d'aller voir quelqu'un d'autre ou qu'elle me rappelle (la petite). 3-4 mois après j'ai eu un appel de Valentina qui me dit « je voudrais revenir. » (14)

« Je suis de moins en moins directive. Je vais « perdre du temps » par rapport au symptôme présenté mais si c'est l'enfant qui arrive à y consentir à un moment, ça va très très vite après. » (16)

« Certains viennent juste chercher un petit quelque chose, et d'autres viennent d'abord chercher un soutien humain. » (13)

« Des fois des gens viennent pour consulter pour un tout petit truc, mais qui génère une immense angoisse. Je ne tiens pas compte de ce que je pense moi, mais je tiens compte de la demande, et je réponds. » (16)

« A la fin d'un bilan, on peut voir si l'enfant est demandeur ou pas, et là on a déjà au moins 50% de réussite au moins. » (27)

« J'ai eu des ados dont le problème c'est qu'il n'étaient pas dans le désir de la prise en charge. Donc on a interrompu la prise en charge. » (10)

La demande est également le principal indice pour la fin de la prise en charge :

« Si l'enfant signifie clairement qu'il a pas ou plus envie de venir » (19)

« Je laisse l'enfant être en demande de revenir ou pas. » (23)

« Un enfant que je vois depuis des années, objectivement il pourrait, mais j'arrête pas d'abord parce qu'il veut pas. » (12)

« elle doit prendre fin [...] quand il y a plus de demande et d'attente de la part du patient. » (4)

« Quand le gamin veut plus venir. [...] C'est très rare que j'ai dit à un enfant qu'on arrêtais. [...] Ou alors y a la programmation. [...] S'il y a pas demande d'arrêt, j'arrête pas. En revanche, si j'en peux plus, je vais passer la main » (8)

« Souvent, c'est le patient qui le manifeste. [...] Des fois j'ai l'impression qu'ils vont bien, mais ils veulent pas lâcher donc je peux pas arrêter. » (14)

« J'ai dit à la mère quand il le sentirait, il déciderait lui-même. » (14)

« C'est eux qui demandent à repasser un bilan ! » (22)

« C'est le patient qui demande l'arrêt, au meilleur des cas. » (11)

« Je ne dis plus jamais à l'enfant qu'il n'a plus besoin. Je dis que c'est eux qui me diront quand ils seront prêts. » (16)

« Quand l'enfant commence à s'ennuyer en séance. Evidemment, le bilan pour objectiver. » (24)

« Le patient se décide un jour. » (25)

« en général, une fois qu'ils ont décidé d'arrêter c'est bon. [...] Parfois les enfants refusent d'arrêter car ils ne se sentent pas prêts à poursuivre seuls. » (26)

Un orthophoniste, l'un des deux hommes interrogés, nous a dit, hors-entretien, que pour lui c'était le bilan objectif qui primait pour indiquer la fin d'une prise en charge, quelle que soit la demande du patient. Nous nous sommes demandé si c'était une caractéristique plus masculine. En effet, on sent dans les témoignages des sujets féminins comme une sorte d'instinct maternel à l'égard des patients, instinct plus ou moins assumé, mais qui joue un grand rôle dans la prise en charge. L'autre orthophoniste masculin, lui, mettait également en priorité le bilan objectif, bien que la fin de la prise en charge soit l'objet d'un plus grand travail. Donc on ne peut pas conclure à une différence significative et représentative, mais il serait intéressant d'étudier plus profondément les différences de conceptions et de vécu de la relation thérapeutique entre hommes et femmes.

« Il faut pas oublier qu'on leur demande beaucoup. [...] C'est à eux que reviennent les lauriers. » (7)

Nous avons trouvé cette phrase particulièrement intéressante. Ici, ce n'est pas la demande du patient qui est mise en avant, mais plutôt la demande, ou plutôt l'exigence du travail orthophonique. Il est difficile lorsqu'on est dans le travail d'évaluer l'importance de *notre* demande, celle du thérapeute : est-elle toujours adaptée à celle du patient ? Que leur demande-t-on finalement ? D'entrer dans la norme, comme le dit G. DUBOIS ? Ou bien notre demande est-elle le fruit d'un travail, là encore, visant à ce qu'elle se conforme au désir du patient ? Quelle est notre désir ? Chercher à faire émerger le sien ? Ou bien satisfaire notre souci, ou celui de l'école, ou encore celui des parents, de la normalité ? Reprenant l'étymologie du mot « orthophonie », C. DE FIRMAS propose que le rôle du thérapeute ne soit pas celui de redonner une parole « droite », conforme à une règle sociale déshumanisée, mais de redonner une parole « juste », « *en justesse avec lui-même, sa communauté linguistique, son histoire singulière* »¹¹⁸. Parce que finalement, une parole déformée adressée à l'autre est peut-être avant tout le don d'une image déformée de soi...

- Le désir et le plaisir

« *On travaille avec le désir et le plaisir et que ça !* » (23)

Lorsque cette orthophoniste a lâché cette phrase durant l'entretien, notre première pensée fut que c'était peut-être une position extrême. Mais durant l'analyse de tous les questionnaires, nous nous sommes aperçus qu'en effet, le désir et le plaisir était au centre des préoccupations des orthophonistes. Ce sont le désir de s'adresser à l'autre, le désir de s'exprimer, et le plaisir de manipuler un code que l'on maîtrise, le plaisir de pouvoir même jouer avec, qui nous poussent à parler et à écrire. Or, chez les patients en cabinet ou institution, on trouve bien souvent le dégoût au lieu du désir, et la souffrance à la place du plaisir.

LE PLAISIR

« *à nous de faire naître le plaisir ; une fois que le plaisir dépasse chez l'enfant les règles qu'il met devant lui, on a gagné* » (23)

« *je recherche le plaisir d'écrire* » (18)

« *La rééducation doit être un plaisir pour tout le monde, patient et parents.[...] Si vous ne veillez pas à avoir du plaisir, vous n'en transmettez pas.* » (1)

Le plaisir s'échange, il se transmet, là encore, le thérapeute, ce qu'il est, ce qu'il ressent, est le point de départ de la prise en charge.

« *L'ortho qui garde le patient parce qu'il a du plaisir à venir c'est nul.* » (1)

« *Si l'enfant s'ennuie, je dis « on pourrait arrêter.* » (29)

Si l'on essaie de tirer la sagesse de ces deux phrases, l'on peut penser que le plaisir du patient ne doit pas être une indication pour continuer la prise en charge. D'ailleurs, ce plaisir à venir, qui pourrait ne jamais prendre fin, pose la question de l'autonomie, sur laquelle nous reviendrons plus loin. En revanche, l'absence de plaisir, ou l'ennui, indique que, d'une manière ou d'une autre, il y a un travail qui ne peut plus se faire, soit parce qu'il est arrivé à son terme, soit parce que le désir, ou le plaisir, n'a pas pu émerger.

118 DE FIRMAS C., *Les Marqueurs Transversaux*, p. 79

« Avec les adultes faut plus être dans le plaisir et leur donner envie de revenir. Les enfants surtout avant 6 ans, autour de 5-8ans, qui viennent pas forcément avec plaisir, faut leur faire comprendre pourquoi ils sont là. » (28)

« Leur faire comprendre pourquoi ils sont là »... d'autres orthophonistes considèrent que les enfants qui ne « viennent pas forcément avec plaisir » sont des enfants qui ne sont pas prêts, justement, pour une prise en charge. Là encore, c'est moins la souffrance du patient qui est prise en compte, que la nécessité de sa conformité à une norme sociale...

LE DÉSIR

« J'ai pas de désir pour lui [...] Par contre je l'accompagne pour lui insuffler le désir et l'envie, c'est un travail d'étayer la demande. » (23)

Cette orthophoniste a insisté sur le fait qu'elle n'avait pas de désir pour les patients, parce que ce désir pouvait en quelques sortes les enfermer. D'ailleurs, elle leur dit que ça n'est pas pour elle, mais pour eux, qu'ils viennent. Or, nous nous interrogeons : quelle demande, quel désir peut-on attendre d'un enfant ? N'est-ce pas dans sa nature de travailler pour le plaisir d'un Autre, n'est-ce pas même nécessaire à sa construction ? Et en même temps, que pouvons-nous attendre de lui ? Désirer pour lui, n'est-ce pas aussi, comme le dit cette orthophoniste, un risque de l'enfermer ? Peut-être aussi risque-t-on de projeter sur lui un désir qui, au fond, ne le concerne pas... Là encore, interroger notre désir, en tant que thérapeute, nous paraît fondamental.

« Pour un enfant, c'est lui qui apporte son média. J'attends son initiative et qu'il me fasse comprendre ce qu'il veut comme média. » (12)

« Elle, à un moment, j'ai voulu arrêter parce que je trouvais qu'elle était bien comme ça. Et elle a voulu se mettre à écrire. Donc on écrit plein de textes depuis ! » (2)

« La relation est dans la séduction, il faut donner aux enfants l'appétit de parler. » (1)

« Majoritairement je vais repasser par pourquoi il vient, qu'on n'est pas là pour jouer. » (17)

« On n'est pas là pour jouer »... Comme avec (29), l'essentiel n'est pas le plaisir, ni le désir, mais le travail à fournir. Cela dépend, encore une fois, de ce que l'on met derrière le mot « orthophoniste » : un rééducateur ? Un pédagogue ? Un thérapeute ?...

« Je le vérifierai ensuite une fois que le contact, la rencontre aura eu lieu, et que l'enfant aura pu loger un désir de revenir pour faire un certain parcours. » (16)

« Très vite je me pose des questions sur son désir et sa personnalité. [...] Ce qu'ils aiment, ce qu'ils n'aiment pas, le désir d'écrire. » (10)

- La souffrance

La souffrance, c'est la conscience, le vécu désagréable de la douleur. Il est des douleurs qui ne sont pas seulement sources de souffrance (le sportif qui s'entraîne à haut niveau, par exemple). Il existe aussi des souffrances qui ne trouvent pas leur source dans la douleur. Et pourtant, il y a souffrance. Les témoignages suivants montrent que les orthophonistes tendent à privilégier la souffrance du patient plutôt que la manifestation objective d'un symptôme.

Le diagnostic, également, est une source de souffrance qu'il peut être difficile à gérer pour l'orthophoniste.

« des gens qui sont en souffrance, qui viennent demander des réponses, et parfois le diagnostic est douloureux à entendre. » (19)

« Des fois y a un bilan, puis annulations des rendez-vous pendant un temps, ça a du mal à s'amorcer. Ça renvoie à trop de souffrance. » (14)

« C'était sur un bilan que j'ai même pas pu terminer, sur un ado, les premières conclusions que j'ai formulées ont été trop douloureuses à entendre pour la famille. » (17)

« quand on met fin à un travail, c'est que ça va, il y a plus de demande, plus trop de souffrance. » (4)

« Les enfants qui veulent pas écrire, ils vous jettent [...] mais c'est normal parce qu'on appuie là où ça fait mal. Il faut savoir qu'on est dans la douleur » (18)

« Au départ on demande à l'enfant pourquoi il est là, est-ce qu'il souffre ? Y en a qui souffrent pas. » (22)

« Des fois des gens viennent pour consulter pour un tout petit truc, mais qui génère une immense angoisse. » (16)

Ces deux dernières phrases donnent à réfléchir. Elles placent la souffrance du patient au même rang que la demande, c'est-à-dire à une position centrale pour déterminer si il y aura prise en charge ou non.

- L'empathie

L'empathie est la réponse à une souffrance perçue. A la subjectivité du patient répond celle du thérapeute.

Comment l'empathie est-elle perçue et vécue ? Tantôt l'on s'en protège, par peur d'être envahi par le patient, envahi pas ses sentiments, tantôt elle est vécue de manière extrême : une orthophoniste nous dit que pour certains patients, elle devient leur « tuteur de résilience »... Les excès doivent-ils bannir l'utilité de l'empathie ? Peut-on trouver un certain équilibre, et comment ?

« C'est par un système d'empathie et d'accompagnement qu'on va y arriver. » (23)

« Une chose primordiale pour faire une bonne ortho, c'est l'empathie : se mettre à la place du patient. C'est fondamental, essayer de vivre ce qu'il vit. [...] Commencer par quelque chose que réussit le patient. » (1)

« La relation doit rester thérapeutique, parce qu'il y en a qui déversent sur vous. Moi je rentre, et j'oublie. Il faut pas pleurer sur ou avec les patients. Y en a qui appellent souvent, le weekend ! » (8)

« Moi j'aime bien comprendre quand je vais chez le médecin, donc je fais avec les patients ce que j'aime bien qu'on fasse avec moi. » (14)

« J'essaie de me mettre à la place du patient. Qu'est-ce que ça ferait ? » (3)

« Je me base aussi sur mon expérience personnelle, quand moi je me trouve en situation de patient, mon ressenti de la personne va compter énormément dans la confiance. Mais c'est totalement subjectif. » (16)

« C'est important de voir ce que l'enfant voit quand il dit tel mot. » (29)

C'est une forme d'empathie, de se mettre à la place du patient pour comprendre les mécanismes qui sous-tendent son raisonnement.

« Y a de enfants ou des personnes qui ont une souffrance telle qu'on est obligé d'être moins neutre, qu'on doit avoir davantage d'empathie. Avec elles, je deviens leur tuteur de résilience. Je réserve ça aux personnes qui sont en très grande souffrance, il faut pas se tromper. » (26)

- Le transfert et l'affect

Quels sont les effets du transfert dans la clinique orthophonique ? Quelle place lui est-elle laissée ? Et quels affects les orthophonistes éprouvent-ils à l'égard de leurs patients ?

A propos de la fin de la prise en charge, une orthophoniste nous dit : *« c'est compliqué par ce que c'est justement là où intervient le transfert »* (23)

« Ils peuvent très bien faire un bilan extraordinaire avec nous et que ce soit catastrophique à l'école, donc c'est pas suffisant. [...] y en a un, ça fait un moment que je lui dis « tu as plus besoin de venir ici, regarde comme tu travailles bien, tu lis impeccable » alors il me regarde et me dit « moi je m'en fous de mes résultats scolaires ! » (22)

Le transfert rend la fin de prise en charge plus compliquée. L'attachement qui s'est produit, la dépendance. L'on peut soit considérer qu'il ne doit pas y avoir de dépendance, soit considérer que le chemin vers l'autonomie fait partie intégrale du travail en orthophonie... Il y a du transfert et de l'affectif, plus ou moins maîtrisé, en témoignent les discours suivants :

« C'est une relation affective » (1)

« Je prends surtout en compte l'altérité qui va se mettre en place. [...] Y a un « je » et un « tu », y a forcément un transfert et un contre-transfert à gérer. » (29)

« Je ne m'attache pas plus que ça. Chacun continue sa vie, je suis contente d'avoir pu les aider. » (28)

« De mon côté j'arrive à garder une distance suffisante, il n'y a pas trop d'affects. » (13)

« Il y a certains patients qui nous renvoient de l'affectif forcément. » (11)

« Le patient sent que vous vous investissez, ça lui donne envie de continuer. » (14)

« On n'est pas des machines, ce qu'on est va amener quelque chose de supplémentaire dans la thérapie, peut-être parce qu'il y a un investissement différent du thérapeute et du coup de l'enfant. » (24)

« Notre regard a changé leur regard sur eux-mêmes. » (29)

« J'ignore complètement les aspects par exemple d'enfants qui sont dans la négociation. Pas de réaction, pas de négociation. Ça amène aussi à des situations où l'enfant a tellement l'habitude que je sois comme ça qu'il ne me dit plus « ça ça me plaît pas, ça j'y arrive pas », donc des parents m'appellent pour dire que l'enfant veut plus venir. Donc y a des choses qu'il a pas compris. Ne jamais prendre ce genre de comportement pour une atteinte personnelle. C'est la problématique de l'enfant avec lui-même. » (26)

L'affectif, ou les affinités, peuvent déterminer s'il y aura prise en charge ou non, plusieurs nous le disent :

« On n'est pas forcé d'avoir des atomes crochus. » (1)

« Tout le monde s'accorde pas avec tout le monde. Le transfert se fait ou ne se fait pas. » (8)

« Si il y a un mauvais transfert ou un mauvais contre-transfert, on va peut-être orienter autre part. » (11)

« Si ça se passe mal, je prends pas » (3)

« Si le courant passe pas, il faut avoir l'objectivité de changer de thérapeute. » (24)

« On met pas en place une rééducation si on s'entend pas avec la personne. » (15)

« Quand il n'y a pas d'affinités, c'est difficile. L'enfant est un être humain et ça marche pas toujours. » (10)

- L'autonomie

« quand un enfant veut se débrouiller tout ça, même si on pense que lui il est un peu jeune [...] Cette démarche d'autonomie et de prise en compte de leur vie, là on a gagné quelque chose. » (23)

« Heureusement que je ne m'accroche pas ! » (23)

« Les enfants ou les adultes ont très peur de ne pas se débrouiller tous seuls. [...] Il faut leur apprendre l'autonomie. Ça fait partie de l'orthophonie. L'ortho qui garde le patient parce qu'il a du plaisir à venir c'est nul. » (1)

« Souvent les patients ont des difficultés à arrêter, parce qu'ils ont peur de ne pas y arriver seuls. » (5)

« Au bout d'un moment il faut vraiment valoriser l'autonomie des gamins, c'est bien de leur montrer qu'ils peuvent continuer tous seuls. » (28)

Mais parfois y a des bons bilans et pour autant on continue encore un peu la prise en charge parce que l'enfant est pas prêt à arrêter. » (21)

« Des fois j'ai l'impression qu'ils vont bien, mais ils veulent pas lâcher donc je peux pas arrêter. » (14)

« Je crois que c'est important que l'orthophonie ne devienne pas indispensable dans le parcours de l'enfant. » (17)

« Soit c'est moi qui met fin à la prise en charge parce qu'il y a plus de nécessité même si le patient demande pas et qu'il faut couper le cordon parce que tu sens qu'un cordon s'est créé et ça devrait pas. » (11)

« J'explique aux parents [...] pourquoi je laisse des séances qui sont pas indispensables, mais qui permettent de couper le cordon, vaut mieux ça plutôt qu'ils reviennent après [...] Je préfère faire durer un peu pour que ça soit une vraie coupure. » (16)

« Un enfant qui commence à me dire « j'en ai marre de venir » souvent c'est parce que ça commence à aller bien, il prend confiance en lui, on fait encore quelques fois, je lui dis qu'il y réfléchisse.. Il sont toujours inquiets qu'on dise « oui d'accord ». Donc on espace les séances. » (3)

L'orthophoniste met ici en lumière l'ambivalence de la fin de la prise en charge : l'enfant qui voudrait arrêter, mais qui craint d'en assumer la responsabilité. Il nous faut être à l'écoute de ce désir : peut-être parfois n'est-il pas formulé clairement.

« Un enfant qui est dans la dépendance, il arrivera pas à arrêter. [...] J'ai travaillé pendant un an à cet arrêt et ce travail d'autonomie. [...] Donc les enfants dépendants, il faut les sevrer. [...] en général, une fois qu'ils ont décidé d'arrêter c'est bon. » (26)

« Parfois les enfants refusent d'arrêter car ils ne se sentent pas prêts à poursuivre seuls. » (26)

« c'est important de travailler aussi la fin de la prise en charge, pour que l'enfant puisse aussi continuer un peu tout seul. » (27)

« Notamment une petite qui avait un retard de langage, et une dyslexie-dysorthographe, aujourd'hui elle va beaucoup mieux, ça fait 4 ans de prise en charge. [...] Il va falloir travailler la séparation, même pour moi parce qu'elle me renvoie quelque chose de narcissique qui me plaît. » (27)

« Qui manifestent un désir d'autonomie. [...] Quand l'enfant est prêt est désireux. [...] De toutes façons y a une

évolution naturelle de l'enfant, qu'il continuera. On est importantes mais on n'est pas non plus tout.» (10)

Y aurait-il des projections possibles de la part des thérapeutes à l'égard des enfants qui « ne sont pas prêts » à arrêter ? Projections narcissiques, ou fantasme d'abandon... La fin de la prise en charge, ou l'art de s'effacer peu à peu pour laisser le patient prendre son chemin, comme un enfant qui a appris à marcher et à qui il faut lâcher la main un jour.

Il y a la dépendance des patients, mais également celle des parents, comme le souligne cette orthophoniste :

«La mère en a besoin, c'est le seul endroit où on lui dit qu'il [son fils] est bien. » (22)

Une autre orthophoniste, (15), raconte que pour l'un de ses patients, ce sont ses parents qui ne veulent pas arrêter, bien qu'il n'y ait plus de trouble. A l'inverse, cette orthophoniste mentionne le fait que la demande d'arrêt vient souvent de la maman :

« Quand il y a un manque de maturité, j'arrête la prise en charge. [...] Après souvent, c'est la demande de la maman. » (9)

Il y a ainsi un travail d'autonomisation à faire qui ne concerne pas seulement le patient, mais également son entourage, et notamment les parents. Peut-être ce travail commence dès la prise en charge, dans la verbalisation des attentes, et des limites du travail.

- La peur

« c'est souvent la peur qui induit une attitude hostile. » (1)

Les séances peuvent générer de la peur, et pas seulement du côté du patient :

« Si j'appréhende, j'ai peur, si ça devient trop envahissant pour moi. » (17)

«ça me fait toujours un peu flipper, parce que tu sais pas à qui tu vas avoir affaire. Et ici [...] c'est des gens très bourgeois, donc faut toujours faire celle qui sait. » (25)

La peur de ne pas être à la hauteur, la peur d'être envahi, d'où la nécessité de pouvoir en parler, de pouvoir effectuer un retour sur soi, prendre des distances qu'il peut être difficile de faire seul.

« Il ne faut pas avoir peur de travailler avec ce qu'on est » (12)

Travailler avec ce qu'on est peut faire peur, c'est s'exposer, avant tout à son propre regard, mais aussi au regard de l'autre. C'est dépenser une énergie considérable, être là, entièrement, et pas ailleurs...

- Le temps, une aide ou un obstacle ?

Savoir discerner les temps de la thérapie semble être l'une des missions les plus importantes mais aussi les plus délicates, parce que leur appréciation est intimement liée à la subjectivité du thérapeute, à ce qu'il perçoit du patient, de son trouble, de ses capacités. On a vu combien l'installation du contact peut prendre du temps. Dès le début d'une prise en charge, il y a différents points de vue : certains orthophonistes considèrent que lors des premiers contacts, si le patient ne semble pas en demande, ou bien si le contact ne passe pas, il ne faut pas forcer la prise en charge. D'autres considèrent le temps de l'élaboration de la demande et de la construction de la relation comme un élément à part entière de leur travail. On voit à travers cet exemple que la perception du

temps n'est pas la même.

C'est également vrai pour la fin de la prise en charge.

« *il y a un temps entre le moment où on pense qu'on peut s'arrêter et le temps où on s'arrête.* » (2)

« *Je décide pas moi toute seule d'arrêter. [...] Je les laisse faire leur chemin.* » (21)

« *Je mets fin à la relation. Je fais attention à prévenir un peu à l'avance parce que parfois c'est difficile à assumer aussi bien pour le thérapeute que pour le patient.* » (30)

« *J'ai travaillé pendant un an à cet arrêt* » (26)

« *Avant j'étais trop rapide. Et du coup la séance d'après, rechute totale ! [...] Ne pas arrêter trop vite, en discuter, préparer. Moi j'ai pas de difficultés, avec l'âge, la pratique. J'ai plutôt des soucis de le faire trop tôt.* » (29)

Il existe un autre temps qu'il faut prendre en compte, c'est celui du temps de l'enfant. Et cela dépend du degré d'attention que l'on va porter à sa demande, à son désir, son plaisir, bref, à sa subjectivité.

« *Un enfant qui ne peut pas se séparer de sa maman n'est pas prêt pour une rééducation.* » (1)

« *aux évolutions spontanées parce que c'est le moment pour la personne.* » (18)

« *Le patient se décide un jour.* » (25)

« *Un enfant m'a dit « je parlerai bien quand j'aurai tel âge » et quand elle a eu cet âge, elle a bien parlé !* » (29)

L'orthophoniste aussi a besoin de temps, parce que lui aussi élabore un projet, il donne :

« *Il faut s'accorder des temps pendant lesquels on recharge les batteries.* » (1)

La durée de la prise en charge est-elle un atout ou au contraire un frein à l'évolution du patient ? Les orthophonistes en discutent.

« *Je peux faire des prises en charge très longues* » (2)

« *Parce que aussi ça stagne, ça évolue pas depuis très longtemps.* » (19)

« *J'attends pas la longue période de stagnation. Il faut savoir où on va.* » (1)

« *Elle doit prendre fin [...] quand il se passe plus rien.* » (4)

« *Soit ça se débloque tout de suite soit ça se débloque pas je trouve.* » (28)

« *Je pars du principe que les rééducations longues, au bout d'un moment, il faut changer d'ortho. J'ai vu des rééducés qui dureraient des années. [...] L'ortho devient une maman, ou une thérapeute. Et je pense que c'est pas bon. [...] Faut se fixer au départ des limites de temps. [...] Il faut pas continuer à l'infini si on n'y arrive pas.* » (7)

« *Souvent, les longues périodes de stagnation, c'est reculer pour mieux sauter, à la veille de passer un cap.* » (8)

« *Des fois aussi mettre la prise en charge sur pause pour permettre une fenêtre thérapeutique et permettre de mettre des distances.* » (17)

« *Y a toute une élaboration d'une séance à l'autre, ce qui compte, parce qu'il y a eu transfert.* » (22)

« *Il faut veiller à varier beaucoup les pratiques, parce que c'est sur plusieurs années.* » (30)

« *Quand il y a un blocage, ça se débloque en quelques semaines.* » (30)

« *En général je prends un bon moment de réflexion et quand je pense avoir compris ce qui se passait, je mets tout sur la table.* » (13)

« *Y a des patients que je garde depuis très longtemps.* » (13)

« Qu'ils puissent se rendre compte du motif sous-jacent au symptôme. Et qu'à partir de là ils puissent se déplacer pour que l'enfant puisse se déplacer aussi et qu'il n'ait plus besoin de symptôme. Mais ça prend du temps. [...] Aujourd'hui je fais des prises en charge beaucoup plus longues qu'en début d'exercice, je me disais qu'il faut que je sois efficace, parce que j'avais peur qu'on mette un doute sur la nécessité de poursuivre. » (16)
« Déjà le temps est un facteur important. Il faut se situer, se projeter dans un temps très différent du temps scolaire et de la pression. » (10)

Les prises en charge longues ont leurs avantages et leurs inconvénients. Il est difficile de discerner s'il faut arrêter parce que l'enfant ne fera plus de progrès, ou bien si c'est temps de « recul pour mieux sauter ». Il est aussi difficile de savoir pour le thérapeute s'il doit céder à son découragement parfois, accepter ses limites, ou mettre au travail cette lassitude pour tenter d'en sortir. Il n'existe pas de réponse toute faite. Mais au fil de cette analyse, on découvre toujours plus que l'orthophoniste doit assumer un grand nombre d'éléments qui dépendent seulement de lui, de son point de vue subjectif, et qu'il en va du bon déroulement de la suite thérapeutique...

- La relation aux parents

Lorsque nous avons élaboré le questionnaire, nous n'avions pas pensé à l'enjeu que représentait la relation avec les parents. Et pourtant, il est de taille, et les orthophonistes nous l'ont montré.

« La relation avec les parents est très importante aussi et manque à ce questionnaire. J'essaie le plus possible de travailler avec les enfants. Il manque les tiers dans ce questionnaires (parents, grand-parents, nounou, enseignants...) Les parents peuvent faire beaucoup entrave au travail. Toutes les projections des parents sur nous ou de nous sur les parents, c'est très difficile à gérer, pour ne pas reporter sur l'enfant. Avec mes ados, je tiens au courant les parents, mais c'est un point à évoquer. J'ai interrompu des prises en charge à cause des parents, parce que j'avais pas de marge de manœuvre. Je voulais pas lâcher l'enfant brutalement, donc j'ai progressivement amené à consulter un psy, de façon à ne pas le laisser sans prise en charge. Parce qu'il y a de la manipulation et des mensonges des parents. Je fais beaucoup de guidance. La relation avec les parents est très importante. Il y en a qui adhèrent, d'autres qui s'opposent. Il y a les problèmes linguistiques aussi (parents étrangers), donc l'enfant traduit et fais le lien entre le parent et l'ortho, ce qui est très valorisant aussi pour lui. » (10)

Cinq orthophonistes ((19), (1), (28), (14), (3)) rapportent, lorsqu'on leur demande leurs difficultés relationnelles, des problèmes ayant eu lieu avec les parents, et non avec les patients.

(28) et (13) mettent en lumière la nécessité de la confiance des parents, et le fait que leur investissement ou leur désinvestissement sera un facteur important dans le pronostic de la prise en charge. C'est logique, puisque ce sont eux qui amèneront l'enfant, et qui pourront soutenir le travail fait en séance.

« C'était sur un bilan que j'ai même pas pu terminer; sur un ado, les premières conclusions que j'ai formulées ont été trop douloureuses à entendre pour la famille. » (17)

(2) et (27) nous disent également que l'une des difficultés avec les parents, c'est lorsqu'ils arrêtent la prise en charge brutalement.

Si l'orthophoniste s'interroge fréquemment sur la demande et le désir de l'enfant, il n'en va pas de même pour les parents. Là encore, il semble que le thérapeute ait un rôle à jouer.

« Je travaille le plus possible avec les parents. J'ai un présupposé : le symptôme s'adresse toujours aux parents de façon inconsciente. Quand j'ai vu aussi des gens m'amener leur aîné, leur deuxième, troisième, je me suis dit qu'ils sont porteurs d'un symptôme, parce que je suis pas du tout persuadée que ce soit génétique. Je me suis dit donc qu'il y a quelque chose à faire avec les parents, parce que le symptôme s'adresse sûrement pas à la société ou à l'institut, mais plutôt aux parents. Pourquoi les orthos sont autant débordés aujourd'hui ? Y a une telle angoisse des parents sur la réussite scolaire. En générant un symptôme scolaire, ils sont sûrs que les parents feront quelque chose.

Tout ce qui est scolaire fais réagir les parents. Donc l'enfant sait pas quel type d'aide on va lui proposer, mais il fait bouger. C'est important que les parents se réapproprient leur enfant.» (16)

« On a beau avoir une bonne relation, le gamin va changer, mais si il fait pas changer la famille autour, c'est pas possible. Les parents doivent être aussi ouverts au changement que ça peut amener. » (3)

L'acceptation par les parents de la transformation du symptôme, est ici mise en avant. Il est difficile de travailler avec un enfant qui s'inscrit dans sa famille, peut-être avec son symptôme. Est-ce le travail de l'orthophoniste de travailler à cette acceptation des parents ? Comment peut-il travailler à cela ?

« La relation avec les parents, la mère, est très importante aussi » (1)

« Autant il y a de l'affectif dans une relation, autant on ne doit jamais supplanter le rôle des parents. » (1)

L'orthophoniste, ici, met en garde contre un écueil qui se présente fréquemment : le remplacement des parents. Là encore, il faut pouvoir prendre un certain recul sur soi, s'interroger humblement sur le rôle que l'on peut et que l'on veut avoir, sur les affects que nous renvoie tel ou tel patient.

Par conséquent, la majorité des orthophonistes met l'accent sur l'observation de la relation des parents avec eux, ou des parents avec l'enfant, durant les premiers entretiens notamment. Pour beaucoup, cela va participer au diagnostic, ou du moins l'expliquer. (26) va même plus loin : pour elle, les mères sont la raison de la pathologie de leur enfant. Et non seulement cela, mais encore il faut se méfier lorsqu'elles veulent se familiariser avec l'orthophoniste, devenir leur « copine », parce que, nous dit la thérapeute, si l'on rentre dans ce jeu, nous ne pouvons plus aider l'enfant, nous ne nous positionnons plus comme son thérapeute.

Ceci nous pousse à la réflexion suivante : comment intégrer les parents dans l'alliance thérapeutique ? Si nous sommes le thérapeute de l'enfant premièrement, comment inclure les parents, tout en laissant l'espace nécessaire à l'enfant ?

Une autre réflexion nous est inspirée par nos stages : si, en théorie, tous s'accordent à dire que la relation aux parents doit être l'objet de tous nos soins, la mise en pratique est bien plus difficile. Notamment à cause du manque de temps et de la surcharge de patientèle. Par ailleurs, il est difficile de se positionner de manière équilibrée dans notre rapport aux parents : savoir les inclure, sans les laisser envahir, et garder une distance, tout en ne jugeant pas, ni en les condamnant, comme si tout espoir de changement était vain. Et là encore, quel rôle l'orthophoniste peut-il tenir ? Et quel rôle les parents lui laissent tenir ?

2.3 La subjectivité du thérapeute : quel enjeu ?

2.3.1 L'impact de la subjectivité du thérapeute

Nous nous penchons maintenant plus profondément sur les manifestations de la subjectivité du thérapeute et comment elle est prise en compte par lui.

- Le doute

Le doute est omniprésent dans la clinique orthophonique. Il est même, pour la plupart des orthophonistes, un moteur puissant pour avancer.

« Par principe je me remets en question, je me dis tu as pas su le présenter, le convaincre du bien-fondé de ce que tu lui proposes [...] C'est rare que j'ai ressenti que c'était ma personne qui était concernée, surtout qu'à ce moment-là je propose de changer ». (6)

« Je me remets en question et ma façon d'avoir présenté le media. » (2)

« Souvent c'est parce que la personne se sent en échec, donc j'estime que c'est la faute du thérapeute. [...] Donc la première chose que je fais c'est me remettre en question. [...] On avance par le doute et pas par les connaissances. » (5)

« Globalement on arrête quand on est sûr que tout va bien. [...] Ou alors quand on sait qu'on peut rien faire » (28)

Comment peut-on être « sûr que tout va bien » ? N'y a-t-il pas une part qui nous échappe de toutes manières, un risque à prendre lorsque nous arrêtons une prise en charge ?

« Pour moi c'est problématique de savoir quand arrêter. C'est une des choses les plus difficiles pour moi. [...] Je suis pas sûre d'avoir tout apporté, c'est ça le truc. Mais heureusement que je doute de moi. Je trouve ça bien de jamais être sûre à 100% sinon tu réfléchis plus. » (25)

« Après il y a moi, où je me dis que ça fait pas longtemps, je refais le bilan et je me demande si j'arrête maintenant. » (9)

Nous sommes tentés de rechercher les certitudes, et même les bilans objectifs ne sont pas suffisants pour nous en donner, parce que nous sentons bien qu'autre chose se joue. Les tests objectifs renseignent sur l'aspect formel du langage, mais le langage ne se réduit pas à sa forme.

« J'ai beaucoup douté sur ce que je faisais. » (14)

« A partir du moment où on est content de soi c'est foutu. » (1)

« On progresse, on évolue beaucoup plus de ses échecs que de ses réussites. Parce que les réussites c'est facile et narcissique. C'est les cas difficiles et enquiquinants qui permettent d'évoluer. » (16)

« La remise en question personnelle ne doit pas être liée à un patient, elle est continue et générale. » (26)

- Le contre-transfert

Il ressort des questionnaires des attitudes sensiblement différentes quant aux sentiments négatifs que peuvent ressentir les thérapeutes envers leurs patients, ou certains traits de leur personnalité. Il y a d'abord les désagréments qui peuvent être mis de côté :

« *Les petites princesses, ça m'agace donc ça rentre pas en compte dans le bilan.* » (9)

« *J'essaie de mettre de côté certains défauts ou traits de personnalité qui peuvent m'exaspérer.* » (12)

« *Si c'est un ressenti personnel, c'est à ne pas prendre en compte.* » (19)

« *J'essaie de pas mettre mon énervement par rapport à certaines choses en avant. J'essaie toujours de voir le bon côté.* » (3)

« *J'essaie de pas suivre mes penchants qui seraient d'avoir envie de les mettre dehors.* » (13)

« *Quand j'ai un malaise ou une répulsion pour un patient, je suis persuadée que ça va pas aller dans le sens d'une ouverture rapide du symptôme. C'est à moi de faire avec, et on choisit pas ses patients, pas plus que ses collègues, etc... [...] J'essaie de faire un travail sur moi d'ouverture, d'acceptation de l'autre tel qu'il est, c'est pas toujours facile. Essayer de dépasser mes rejets, mes réticences, mes agacements* » (16)

Nous pouvons nous demander tout de même dans quelle mesure l'orthophoniste, seul, peut écarter tout simplement les traits de caractères qui l'agacent. C'est dans ce cadre que FERENCZI parle du soulagement que représente le fait de se montrer « vrai » avec le patient, soulagement pour le thérapeute, et soulagement pour le patient.

« *Y a des gamins des fois qui t'adorent et pourtant qui te crispent, et qui t'envahissent, et toi tu fais un contre-transfert... qui ont trop d'attentes. Tu sens que t'es pas juste l'ortho, ils aimeraient que tu sois un peu tout. C'est trop investi. Et ça met une distance. Avec des gamins comme ça je suis pas du tout dans la relation, je suis très technique et c'est ma manière de mettre une distance. [...] Plus je suis distante, plus ils réclament.* » (28)

« *Le blocage parfois, c'est que j'arrive pas à passer à une étape supérieure, à le considérer autrement.* » (8)

« *tout blocage vient de la personne qui s'occupe du gamin. C'est mon grand principe de base.* » (22)

« *Le contre-transfert, faut veiller au grain sur ce sujet, ça peut dégénérer.* » (30)

L'orthophoniste (16) rapporte également le cas d'une petite fille trisomique qui semblait ne pas avancer dans la prise en charge. Sa fille de dix-sept ans était enceinte au même moment, et c'était une grossesse inespérée.

L'amniocentèse fut tardive. Mais quand la famille apprit qu'il n'y avait pas de problème, l'orthophoniste raconte :
« *mon attitude a dû changer, et elle a progressé de façon extraordinaire. Ça m'a interpellée. Je me dis pas qu'il y avait que ça, il y avait peut-être d'autres faits. Je pense vraiment que le contre-transfert négatif a joué beaucoup. Je ne me suis pas sentie non plus de passer la main.* » (16)

LE CONTRE-TRANSFERT :

UNE RAISON POUR NE PAS COMMENCER, OU POUR INTERROMPRE LA PRISE EN CHARGE

« C'est rare que j'ai ressenti que c'était ma personne qui était concernée, surtout qu'à ce moment-là je propose de changer » (6)

« Je me sentais plus capable, j'étais parasitée par sa personnalité. » (12)

« Du bégaiement, j'en ai pas fait pendant des années, parce que ma fille a bégayé très tôt, dès qu'elle a commencé à parler, et j'ai très très mal vécu ça, et là j'aurais pas pu prendre de bégaiement. [...] J'ai eu des pathologies neuropédiatriques très graves, et ça m'a mise vraiment en difficulté, parce que je suis tombée enceinte de mon deuxième enfant, et je voyais ces enfants et j'ai pas supporté, donc j'ai arrêté [...] C'était trop dur. Parce que je ne supportais pas la souffrance des enfants. » (5)

« J'ai du mal avec l'attitude ado. Je préfère éviter donc. Parce que j'aurais tendance en fait à ne pas trop prendre de recul en tant que thérapeute, ayant eu des enfants, j'ai tendance à les traiter comme mes propres gamins. » (7)

« c'est vraiment que je sens que j'ai pas envie de recevoir le patient, adulte ou enfant. [...] Je refile à une ortho pas loin. » (8)

« Quand j'ai eu une trop grande résonance dans ma propre histoire [...] J'ai fait en sorte d'éviter certaines situations familiales. » (22)

« Si il y a un mauvais transfert ou un mauvais contre-transfert, on va peut-être orienter autre part. » (11)

« Il m'est arrivé d'avoir un contre-transfert positif ou négatif, donc je dis « je ne peux pas être objective », je leur dis qu'ils peuvent aller ailleurs sans payer, parce que je ne peux pas. [...] Lorsqu'il y a blocage je passe immédiatement la main à un confrère ou si j'identifie un besoin psy, j'envoie chez le psychiatre ou le psychologue. » (2)

« On met pas en place une rééducation si on s'entend pas avec la personne. » (15)

« Quand j'ai vu que moi ça me mettait mal à l'aise, j'ai préféré la passer à quelqu'un d'autre. » (9)

LE CONTRE-TRANSFERT MIS AU TRAVAIL

« C'est des métiers où on se soigne. Il vaut mieux affronter une équipe, que de se renfermer avec ses propres problèmes. La rencontre avec un patient malade fait émerger des choses. » (23)

« Je vais essayer de travailler là-dessus, tout ce qui est transfert contre-transfert, préjugés, pour que ça influence pas, mais je travaille avec. » (12)

« Même si on a un mauvais contre-transfert, c'est important et ça doit être travaillé. C'est pas un simple ressenti. Ça doit dépasser le simple ressenti et que ça soit analysé. » (2)

« C'est difficile ce qu'elle me renvoie [...] Je sais que c'est pas contre moi mais c'est un contre-transfert désagréable. [...] Le problème relationnel n'y est plus parce qu'on le prend pas comme une attaque personnelle. » (2)

« J'ai travaillé en analyse. Il fallait que je travaille sur moi. » (4)

« un enfant. [...] Ça a été très dur, il me renvoyait de choses moyennes. [...] En tant que professionnelle c'est à moi de gérer ça. » (21)

On peut comprendre ici qu'être professionnel, ce n'est pas faire disparaître sa propre personne, sa subjectivité, mais c'est la mettre au travail, non pas afin qu'elle n'interfère pas, parce que cela semble difficile, mais afin que l'on puisse travailler avec.

« Je suis plus à l'écoute de ce que l'agressivité veut dire derrière. Qu'est-ce que je représente, qu'est-ce que la situation représente ? » (14)

« Forcément le transfert, le ressenti fait partie de l'élaboration clinique. C'est difficile de cliver l'écoute du patient et le ressenti. » (22)

« c'est à prendre en compte. Maintenant tout le travail c'est de gérer nos propres transferts positifs et négatifs et de prendre un peu de recul par rapport à ça. » (30)

« Je fais une analyse de mon contre-transfert pour m'aider. Parce que sinon c'est intenable, ou je passe aux étudiantes. [...] Ça m'intéresse de savoir pourquoi ça passe pas. Si il m'exaspère, qu'est-ce qu'il vient toucher chez moi ? [...] l'importance d'analyser son contre-transfert, donc faut lâcher, et ça permet de remonter là où ça bloque. Je pense qu'on a intérêt à chaque fois à réfléchir à ça, à chaque cas particulier. » (27)

Le contre-transfert existe, et il semble difficile de le mettre simplement de côté, comme s'il était un élément perturbateur extérieur à nous. La mise au travail de ce contre-transfert permet non seulement de s'en dégager, du moins en partie, mais encore de s'en servir, comme faisant « partie de l'élaboration clinique ».

- Le narcissisme

Nous avons vu dans notre partie théorique, notamment grâce à FERENCZI, que le narcissisme du thérapeute peut être un frein à une prise en charge. De plus, il est difficile à déceler, avant tout, parce que le thérapeute, en tant que soignant, peut être dans l'illusion d'être dégagé de son narcissisme, puisqu'il s'occupe des autres. Et s'occuper de l'autre, être soignant, nourrit l'image positive que cela nous renvoie. Si l'on réussit le défi d'identifier ce mécanisme en nous, nous renonçons déjà, par là-même, à cette image positive, nous sortons d'une illusion de nous-mêmes et nous permettons à nos propres projections de venir à la lumière.

Au long des questionnaires, même si très peu d'orthophonistes verbalisent clairement cet enjeu, nous pouvons déceler, en filigrane, les traces de ce narcissisme à l'œuvre et de ses conséquences.

« un enfant qui se jette à votre cou, au début de carrière on trouve ça super sympa, et puis après on se méfie. » (18)

« En fait au début, je le prenais très mal, je le prenais contre moi, j'avais l'impression que c'était ma pratique qu'il remettait en cause. Et puis je me suis rendue compte que c'était pas du tout ça. » (11)

« Je me défends. Il vient me consulter c'est moi qui ai raison. » (24)

(11) et (24) sont de jeunes orthophonistes, respectivement diplômées en 2008 et en 2010. On peut établir un lien évident entre l'expérience, et le recul par rapport à soi. L'orthophoniste encore peu expérimenté a besoin de se rassurer, de voir qu'il est efficace. Par conséquent, l'attaque de son travail par un patient est difficilement acceptable. L'orthophoniste peut le vivre comme une agression personnelle, et il répond à cette agressivité par... de l'agressivité.

On comprend alors qu'il peut réellement exister, comme le disent FERENCZI et DUBOIS, une certaine rage du thérapeute à l'égard de son patient, qui sera certainement masquée, non reconnue comme telle.

A l'inverse, un patient reconnaissant à l'excès peut être tout autant un piège pour le thérapeute qui n'est pas conscient que cet excès de satisfaction est d'ordre narcissique.

« *Le bilan c'est pour se faire plaisir à nous.* » (22)

« *On progresse, on évolue beaucoup plus de ses échecs que de ses réussites. Parce que les réussites c'est facile et narcissique. C'est les cas difficiles et enquiquants qui permettent d'évoluer.* » (16)

Nous pensons que pour le thérapeute, il est difficile de reconnaître la part de narcissisme à l'œuvre dans son travail car, justement celle-ci est bien souvent mise à mal par les patients ou leur famille. On comprend, là encore, l'aspect salutaire que peut avoir l'action d'un tiers.

« *Entre « je suis nulle » et « je suis Dieu », y a un entre-deux.* » (27)

« *On est importantes mais on n'est pas non plus tout.* » (10)

- Les traits de caractère

Nous avons trouvé intéressant de relever les caractères que doit posséder un bon orthophoniste, selon les orthophonistes eux-mêmes.

« *Je pense que mon **autorité** apparente rassure. [...] J'espère aussi dégager une certaine chaleur aussi.* » (1)

« *j'essaie d'être **sûre de moi** de donner des choses précises, d'être **rassurante**, de les orienter* » (28)

écoute sans jugement (28)

« *Si on est **encourageant**, ils rebondissent bien.* » (14)

« *Dans le **dynamisme**, la **créativité**, dans l'**humour**.* » (17)

le calme, le caractère « *strict du point de vue des parents.* » (3)

être **posé**. Être à l'**écoute**. (13)

un peu **sympa**, **rigolote**, à la fois **ferme** et **créatif**. (29)

« *Les ados, j'aime bien **blaguer avec eux**, donc ça les met en confiance* » (15)

- L'âge

L'âge représente une difficulté supplémentaire à gérer pour les orthophonistes. Les plus jeunes, surtout, sont fréquemment confrontés à des difficultés avec des patients adultes plus âgés, qui tendent à discréditer leur travail.

« *J'avais aussi peu confiance en moi, dû notamment à mon jeune âge. Notamment avec les parents, particulièrement d'enfants handicapés. Je me suis longtemps pas autorisée à sortir du sillon de l'orthodoxie orthophonique.* » (16)

« *elle refusait la rééducation, avec la kiné et moi. Nous étions toutes les deux des jeunes femmes.* » (25) à propos d'une patiente âgée de 70 ans.

(28) et (15) rapportent également des problèmes avec des hommes plus âgés : *«ils voulaient diriger la rééducation, en plus j'étais une petite jeune.»* (15)

D'autre part, une orthophoniste, (14), mentionnait le fait que des patients ayant été victimes d'AVC ou d'un traumatisme, souffrent d'une « blessure narcissique » importante. Peut-être le jeune âge d'un rééducateur vient ajouter encore à cette souffrance, pour eux qui devraient « donner » aux plus jeunes, plutôt que de « recevoir » d'eux. Là encore, les enjeux tournent autour des narcissismes de chacun. Car si l'orthophonie est avant tout une rencontre entre deux personnes, elle est donc aussi une rencontre entre deux narcissismes, et c'est un élément à prendre en compte. Là encore, on ne peut pas décider simplement de faire « sans », il faut pouvoir identifier les « blessures narcissiques » que l'on s'inflige de part et d'autre de la prise en charge, et peut-être pouvoir les reconnaître humblement.

- Les limites de l'orthophoniste

La prise en charge orthophonique a cela de particulier, qu'elle engage la personne toute entière du thérapeute. La conséquence, bien évidemment, c'est qu'il doit faire avec ses limites, ne pas les refuser, pouvoir les reconnaître. *« Je me sentais plus capable. [...] Mais si c'est trop difficile je passe la main. [...] parce que moi j'étais pas capable d'assumer »* (12)

« Il faut toujours avouer qu'on est pas assez formé pour faire une certaine chose. Il ne faut pas se priver de réadresser. » (1)

« Ton comportement peut être une source d'échec au niveau de la rééducation. Pouvoir dire aussi qu'on pourra pas avec cet enfant, c'est important. » (7)

« c'était au-dessus de mes forces, je pouvais pas. » (30)

« Là je peux pas. On a tous nos limites. » (11)

Reconnaître ses limites à l'égard de son patient représente un aveu de faiblesse qu'il peut être difficile de faire. Pourtant, comme l'avait montré FERENCZI, il apparaît que cet aveu peut même prendre une valeur thérapeutique. Certaines orthophonistes en témoignent.

« Ça m'arrive de dire à quelqu'un : « tu vois aujourd'hui je suis fatiguée, je suis pas bien, aujourd'hui j'y arrive pas... » (12)

« Je me suis dit il faut que je montre aussi que j'ai des limites, qu'elle voit qu'elle est aussi avec une personne qui a ses propres limites, c'était important qu'elle entende ça. » (14)

« Je pense que c'est important d'être soi-même, de dire quand et pourquoi on est énervé. Ça a toujours été efficace, ça fait avancer les choses. » (13)

« En général je prends un bon moment de réflexion et quand je pense avoir compris ce qui se passait, je mets tout sur la table, en disant « j'ai l'impression que vous n'avancez pas, moi je me sens fatiguée, pensez-vous que je dois modifier mon comportement ? » (13)

« Des fois, j'engueule les enfants. Il faut mettre les pendules à l'heure, sans agressivité, mais avec fermeté, en argumentant, pourquoi ce sentiment de ras-le-bol et de colère, et en général ça marche très bien.. [...] »

Leur dire qu'on est pas des robots, qu'on a rencontré des échecs, des difficultés scolaires, sans rentrer dans les détails. [...] Je veux bien être bienveillante, mais pas toujours être neutre. » (10)

Reconnaître ses limites devant son patient demande donc une certaine prudence. C'est ce que précisait FERENCZI à propos de son concept d' « analyse mutuelle »: il faut le faire « *seulement dans la mesure où (a) le patient en a besoin, (b) il en est capable dans la situation donnée.* »¹¹⁹

2.3.2 La « gestion » de la subjectivité : quels moyens ?

Au terme de cette étude, nous nous rendons bien compte que l'intersubjectivité est présente à tous les niveaux. Elle est un outil puissant au service des prises en charge, autant qu'elle peut en être obstacle de taille. Quels sont les moyens à disposition des thérapeutes, pour gérer cette subjectivité ?

- Le cadre thérapeutique

Placer un cadre est une nécessité, salutaire à la fois pour le patient et l'orthophoniste. Mettre des limites est parfois même un acte thérapeutique en soi. En effet, le rapport à la Loi et à l'autorité est bien souvent un indice supplémentaire pour diagnostiquer un trouble du langage, puisque celui-ci est fait de règles auxquelles on doit se soumettre. Ainsi, être thérapeute du langage, c'est avant tout permettre au sujet de transformer ce rapport à la Loi. En construisant un cadre et un contrat thérapeutiques, l'orthophoniste se protège comme il protège son patient, chacun étant soumis aux mêmes règles.

« Moi je parle du contrat. [...] Des fois je vais au conflit. [...] C'est pas de la colère, c'est un conflit choisi. [...] C'est du travail, c'est du cadre. » (18)

«on n'est pas là pour jouer. » (17)

« Elle était très dans le désir de plaire, la petite princesse, qui n'avait aucune parole personnelle. Elle a commencé à faire ses crises à la maison. J'ai dit à ses parents que c'était normal. Je l'ai frustrée un maximum ici, elle faisait toujours des cœurs, je lui disais que j'en voulais pas, en expliquant. [...] Elle a réussi à vraiment rentrer dans la lecture. » (22)

« Si je vois qu'ils sont opposants, je leur fait signer un contrat. » (29)

« L'adulte je lui ai dit ma façon de penser; sur le coup ça l'a énervé mais après il s'est calmé. » (15)

« Tu pousses une gueulante des fois » (9)

« Des fois, j'engueule les enfants. Il faut mettre les pendules à l'heure, sans agressivité, mais avec fermeté. » (10)

- La distance

119 FERENCZI S., *Journal Clinique, Janvier-octobre 1932*, Ed. Payot pour la traduction française, 1985, p. 82.

La distance est une des problématiques hautement subjectives à laquelle l'orthophoniste se trouve confronté. Distance avec son patient, distance avec soi-même... A chaque fois, c'est un difficile travail d'équilibriste. C'est également une question inévitable de celui qui « travaille avec de l'humain ».

LA DISTANCE AVEC LE PATIENT

A la lecture des témoignages suivants, on s'aperçoit que la « bonne » distance thérapeutique est bien souvent laissée à l'appréciation du thérapeute. Gérer seul cette distance n'est pas simple. Il faut non-seulement bien se connaître soi-même, connaître ses limites, mais encore discerner les besoins du patient.

« Je donne toujours mon numéro de portable pour être joignable. [...] Il faut qu'il y ait une relation très chaleureuse, mais qu'il y ait toujours une distance, c'est essentiel. » (1)

« J'ai du mal avec l'attitude ado. Je préfère éviter donc. Parce que j'aurais tendance en fait à ne pas trop prendre de recul en tant que thérapeute, ayant eu des enfants, j'ai tendance à les traiter comme mes propres gamins. [...] Je mets trop de cœur. [...] J'ai vu des rééduc qui duraient des années. [...] L'ortho devient une maman, ou une thérapeute. Et je pense que c'est pas bon..» (7)

« Moi j'ai du mal à faire sans un peu d'intimité. » (18)

« Des fois aussi mettre la prise en charge sur pause pour permettre une fenêtre thérapeutique et permettre de mettre des distances. » (17)

« Plus t'es proche, meilleure est la rééducation. [...] Si t'es trop proche c'est dangereux. Je suis interpellée par le fait que des petits me vouvoient. [...] Ça me met mal à l'aise, ça me plaît pas. Donc je leur dis de me tutoyer. [...] J'ai pas l'impression que je me retiens de m'impliquer. Je mets des limites naturellement. » (25)

« Un enfant polyhandicapé humilié par les profs et par les élèves, je vais devenir un tuteur de résilience. La personne fait partie de ma vie. » (26)

Mettre une distance implique de pouvoir discerner les mécanismes transférentiels qui sont à l'œuvre. Or, il peut arriver que la gestion de ces mécanismes dépassent les compétences professionnelles et personnelles de l'orthophoniste.

« on se dit tout le temps qu'il faut garder des frontières pour se protéger aussi » (28), à propos d'un patient bégue qui avait « trop investi » la relation.

« La relation doit rester thérapeutique, parce qu'il y en a qui déversent sur vous. Moi je rentre, et j'oublie. Il faut pas pleurer sur ou avec les patients. Y en a qui appellent souvent, le weekend ! » (8)

« Un malade d'Alzheimer peut investir beaucoup la relation, trop parfois. » (11)

LA DISTANCE AVEC SOI-MÊME

Nous avons déjà vu abondamment combien il était nécessaire de pouvoir prendre une distance d'avec soi-même. Avoir l'honnêteté de reconnaître que notre personne, notre histoire, et nos névroses, interfèrent nécessairement dans la relation. Mais prendre une distance en étant seul face à soi-même est difficile, c'est même parfois impossible.

Et même lorsque l'on peut le faire, cela peut ne pas être suffisant pour surmonter un contre-transfert désagréable, comme le montre ce témoignage :

« C'est difficile ce qu'elle me renvoie [...] Je sais que c'est pas contre moi mais c'est un contre-transfert désagréable. [...] Le problème relationnel n'y est plus parce qu'on le prend pas comme une attaque personnelle. » (2)

Il y a une contradiction dans cette phrase : « le problème relationnel n'y est plus », alors que « c'est difficile ». Peut-être est-ce parce qu'une certaine distance a été prise, afin de ne pas prendre personnellement les attaques du patient. Néanmoins, on sent que cela ne rend pas le travail plus facile.

- Le tiers

La problématique du tiers est un enjeu de taille dans la relation thérapeutique. L'orthophoniste est déjà un tiers, entre le patient et sa famille, comme nous le montre ces exemples. Son rôle est crucial pour déterminer de la suite de la prise en charge.

« Le gamin a réussi à se distancier un peu de sa famille. » (22)

« Souvent au premier entretien ils sont pas loin d'avoir conscience que leur gamin a un problème de relation à l'autre par le biais du langage. [...] Ils en prennent conscience en parlant avec l'orthophoniste. » (16)

On ne saurait trop insister sur la nécessité d'un tiers pour le tiers. Nous avons vu déjà que cela correspond à un besoin chez presque tous les thérapeutes, qui se réunissent de manière plus ou moins informelle pour parler de leurs difficultés.

« J'en parle beaucoup avec la psy du CMP et ma collègue. Souvent on échange beaucoup sur « qu'est-ce que tu ferais, qu'est-ce que tu penses ?... » (19)

« C'est des métiers où on se soigne. Il vaut mieux affronter une équipe, que de se renfermer avec ses propres problèmes. La rencontre avec un patient malade fait émerger des choses. » (23)

« D'en parler me permet d'avoir d'autres points de vue et je peux rebondir dans ma prise en charge » (12)

« Parfois, ça peut être de parler du cas à l'extérieur. Certainement parce que ça nous a fait avoir un regard différent. » (2)

« J'en ai parlé à un psy, un superviseur du CMP, j'en ai parlé deux trois fois ça m'a aidé à prendre du recul et voir ce qui se jouait pour lui. Puis j'ai introduit un tiers (le médecin) et on a modifié la prise en charge. [...] Quelquefois j'ai observé que quand on en a assez, que ça bloque, le fait d'en parler à un tiers, ça débloque la situation, c'est presque magique. » (4)

« d'en parler déjà ça permet d'avoir du recul. C'est certain que de pouvoir en parler, et en plus on a des cas similaires, ça fait un bien fou. » (8)

« par rapport à ma personnalité, les groupes cliniques m'ont aidé à faire la part des choses » (8)

« J'aurais bien aimé être en institution pour travailler avec elle. » (14)

« J'en ai parlé autour de moi. » (14)

« J'ai beaucoup discuté en dehors de. » (22)

« ensuite, on a eu des médiations par la psy, mais ça n'a rien changé. » (11)

« Je fais une analyse de mon contre-transfert pour m'aider. Parce que sinon c'est intenable, ou je passe aux étudiantes. » (27)

« J'ai fait une recherche avec un psy pour essayer de mettre à distance mes émotions. » (29)

« sans suivi, j'aurais pas pu, pour les deux. » (29)

2.4 Aux frontières de l'orthophonie

Tout au long de ce travail, les limites de l'orthophonie n'ont cessé d'être mises en question. Quel est le rôle de l'orthophoniste ? Comment se distingue-t-il, dans certains cas, du rôle du psychothérapeute ?

2.4.1 La relation aux adultes : la recherche des limites

Depuis quelques années, le domaine de l'orthophonie s'est considérablement étendu aux maladies neuro-dégénératives. Ces prises en charge posent de nouvelles questions, comme celle de la fin d'une rééducation qui, pour ce cas, n'intervient souvent que lors du décès. Les prises en charge s'allongent. On ne sait pas bien quand, ni comment s'arrêter.

« Je trouve ça compliqué d'arrêter quand on sait que les zones de suppléance sont au bout de leurs possibilités. Mais l'intérêt de la personne à venir et l'écoute de sa parole déformée qui n'est plus entendue ailleurs, c'est très compliqué pour moi parce que j'entends qu'on a un rôle à jouer dans la communication et le sujet communiquant. » (19)

« Dans une patho avec un mauvais pronostic, la relation est vraiment très importante. [...] « Je suis le seul lieu (c'est ce qu'ils disent) ou la seule personne avec qui ils peuvent s'exprimer, parce que personne d'autre n'a la patience. Donc on va les aider à évoluer pas dans leur trouble, mais dans leur personne, en espérant qu'ils arriveront à se passer de moi. » (13), à propos des patients aphasiques.

Que penser de ces thérapies sans fin où des progrès ne sont plus possibles, mais qui représentent un investissement affectif important pour les patients ?

Un autre faisceau de pathologies est source de questionnement : la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatrique.

2.4.2 Les troubles psychiatriques : une difficulté de positionnement

Certains thérapeutes pensent que l'orthophoniste ne devrait pas les prendre en charge.

« Le trouble était pas au niveau de la plainte, c'est un trouble psy, d'ailleurs après la patiente a arrêté. [...] On n'est pas censé avoir ces patients. Pendant un moment j'ai fait autre chose qui n'était pas de l'orthophonie pour l'amener à consulter un thérapeute. » (5)

« J'avais proposé de manière récurrente et insistante un suivi psy, et les parents n'ont pas suivi et entendu, donc ils ont arrêté. » (19)

« D'emblée j'ai travaillé avec des enfants handicapés mentaux, psychotiques, déficients sévères, je me suis dit : il n'y a aucune technique possible. Avec un enfant qui parle pas, qui se roule par terre et qui crie, y a qu'une chose, c'est inventer. » (16)

« Parfois un patient peut venir te voir par rapport à un truc psy. Quand le patient te fait confiance, t'arrives beaucoup plus à savoir et à comprendre beaucoup mieux d'où vient le problème. [...] tu vas partir sur du mécanique alors qu'il faudrait que t'aïlles aussi sur du psy, si le patient te parle pas. » (24)

« Je pense qu'un autiste ou un psychotique, la relation est autre, c'est plus difficile. » (27)

« Y a des enfants qui sont très angoissés, qui ont des gros soucis psy, je m'arrange pour proposer autre chose. » (9)

« Il y a des moments où ce n'est pas la demande qui prime. J'ai rééduqué un ado dyslexique qui était aussi suicidaire. Je voulais l'envoyer chez un psychiatre, il a refusé. Il ne voulait parler qu'avec moi. On n'a pas fait d'orthophonie pendant très longtemps. Parfois il faut dépasser le cadre de l'orthophonie. Une fois que s'est nouée la relation, après on a fait une rééducation de l'orthographe.[...] La relation c'est le terrain sur lequel on sème une technique. Et notre boulot est de fertiliser le terrain de l'autre, en tirer la meilleure chose, quitte à le mettre en jachère : oublier complètement de semer quelque chose pendant un certain temps. » (1)

« Ils vont d'abord chez l'ortho et il faudrait d'abord qu'ils aillent chez un psy. Ou l'insti a pas réussi à envoyer chez un psy, et dans ce cas l'orthophonie est un tremplin, sinon les parents entendent pas. Mais on n'a pas de baguette magique. » (3)

Cette orthophoniste soulève un problème important. L'étiquette d'un trouble orthophonique est certainement moins difficile à assumer que celle d'un trouble psychologique. Pourtant, nous sommes confrontés ici aux limites de notre travail et de nos compétences, avec ces patients qui viennent peut-être chercher chez l'orthophoniste une sorte de psychothérapie, sans la lourdeur et la douleur d'un diagnostic psychologique.

2.4.3 L'interrogation des limites et de la mission de l'orthophoniste

« Je crois que c'est aussi une limite de l'orthophonie entre un travail psychothérapeutique et l'orthophonie, de travailler avec ce qu'on est, avec ce qu'ils sont... c'est là où il y a les dépassements de frontière. On a une casquette de paramédical. » (17)

« Sachant que normalement on est censé professionnellement avoir une distance. » (23)

« Je vais mettre beaucoup de temps à mettre en place un contact avant même d'aborder des choses ortho. [...] Ça fait partie intégrante du travail avec la personne. » (12)

« On peut donc sortir du cadre, et il faut sortir du cadre orthophonique, mais il faut pas faire n'importe quoi, il faut savoir pourquoi on le fait, dans quel but, se fixer des objectifs ». (1)

« Il y avait un vrai travail psy à faire, et ça n'était pas de mon ressort. » (4)

« Pendant un moment j'ai fait autre chose qui n'était pas de l'orthophonie pour l'amener à consulter un thérapeute. » (5)

« Un gamin qui m'était adressé n'était pas dyslexique, mais je l'ai gardé, parce que plein de problèmes à côté » (18)

« Quand on fait ce métier faut quand même faire attention à ce qu'on ressent même si c'est pas toujours juste. [...] En tant que professionnelle c'est à moi de gérer ça. » (21)

« Elle a parfaitement récupéré. Je me dis, si elle arrête peut-être qu'elle va faire une dépression, c'est pas mieux qu'elle vienne ? » (14)

« Devant mon insistance à travailler en psy, ils ont fini par aller voir une ortho spécialiste de la dysoralité. » (17)

« La mère m'a dit qu'on me demandait de faire une rééducation de déglutition et pas autre chose, et que j'étais pas psy. » (3)

« je pense que c'est vraiment un lieu d'écoute qu'ils recherchent aussi. » (13)

« Je travaille beaucoup avec Le Huche, donc la relaxation, etc... Et du coup les patients se mettent à parler de la raison de leur symptôme. [...] Je vois mon rôle comme ça, qu'ils puissent se rendre compte du motif sous-jacent au symptôme. [...] Je me suis dit « c'est quoi mon boulot, est-ce que je suis un déplaceur de symptôme ? » (16)

« s'il y a des troubles du langage écrit après, je leur dis qu'ils peuvent revenir, parce que c'est fréquent que les troubles du langage oral soient suivis par des troubles du langage écrit. » (15)

« Ils ont trouvé là un lieu où on les accepte. [...] Je me suis longtemps pas autorisée à sortir du sillon de l'orthodoxie orthophonique. » (16)

« Si tu prends la vision du papa, de la maman, de la maîtresse, tu comprends. Le patient évolue avec toute sa problématique. Toi t'as juste envie de faire de l'orthophonie au début. C'est difficile. » (24)

« Qu'est-ce que je fais comme psychologie avec une déglutition primaire ! Il faut soigner l'aspect relationnel plus qu'un autre. » (25)

« Aussi le fait de parler d'autres choses, de pas rester centré sur l'orthophonie, s'intéresser à eux pour d'autres choses, le faire sincèrement, donc ne pas se forcer. » (10)

« Des fois on a du mal à se positionner : « est-ce que là je vais trop loin ? Est-ce que là je fais pas de la psychothérapie sauvage ? » mais je crois pas. Peut-être que je fais pas que de l'orthophonie, mais c'est pas grave. Je crois que la différence, c'est que j'agis pas comme un psy. J'écoute, je dis ce que je pense. Par exemple, j'ai un ado dyslexique avec qui je fais presque que parler. » (25)

« c'est plus de la psycho que de l'ortho. En fait, la limite elle est difficile à trouver. » (26)

Qu'est-ce qu'un « bon orthophoniste » ? Là encore, nous nous trouvons au cœur d'une ambiguïté qui pose problème aux orthophonistes : qu'est-ce qui définit l'orthophoniste ? Qu'est-ce qui est attendu de lui, et que peut-il faire pour son patient ? Qu'est-ce que la « norme » ?

La vision actuelle du rôle de l'orthophoniste ne nous semble pas correspondre à ce qui se vit en cabinet. Les compétences des orthophonistes dépassent de loin des compétences purement « techniques ». Le recueil des citations ci-dessus en dit long : tous les orthophonistes, d'après eux, en arrivent à un moment ou à un autre, à « faire autre chose qui n'est pas de l'orthophonie ». Mais si tous le disent, peut-être pouvons-nous conclure que cet « autre chose » fait bien partie de l'orthophonie. Il nous semble plus qu'indispensable de redéfinir les frontières et le cadre orthophonique.

V – SYNTHÈSE

Il resterait encore bien des éléments significatifs à relever dans les questionnaires, tant ils sont riches, et nous invitons le lecteur à s'y plonger.

Nous avons vu que la question de la subjectivité, et par conséquent celle de l'objectivité, pose un problème de taille aux orthophonistes. Lors des formations initiales et continues, nous apprenons tout ce qu'il faut *savoir* sur le développement du langage, sur ses pathologies. Le bagage de connaissances des orthophonistes est considérable – neurologie, psychologie, linguistique, etc. - sans compter les nombreuses formations que les orthophonistes ont effectuées avant ou après leurs études d'orthophonie. En formation, nous apprenons également des *techniques* de rééducation variées, qui seront utilisées de manière singulière par chaque thérapeute. Nous avons vu que la recherche de l'objectivité est tout de même un souci permanent pour la majorité des thérapeutes interrogés. La majorité mais pas la totalité, puisque quelques-uns ont affirmé que « *dans la sphère humaine, l'objectivité n'existe pas* » (16).

On peut se demander si ce souci de l'objectivité n'est pas encore plus prégnant chez les jeunes orthophonistes. Car l'objectivité est palpable, concrète : elle se manipule, par des techniques ; elle se quantifie, par des tests ; elle se contrôle, par un savoir. Peut-être l'expérience enseigne-t-elle que la puissance des enjeux psychiques et relationnels vient mettre à mal ce que l'on croit pouvoir maîtriser.

L'objectivité nous rassure, parce qu'elle a trait, par définition, à des objets. Nous l'invoquons comme une sorte de garde-fou, dans une relation où, justement, les processus psychiques exercent une puissance qui nous dépasse. La technique a donc également ce rôle du tiers dont on a tant besoin, à l'image de ce que nous dit (28) : « *C'est trop investi. Et ça met une distance. Avec des gamins comme ça je suis pas du tout dans la relation, je suis très technique et c'est ma manière de mettre une distance.* ».

Le rapport à l'objectivité est sérieusement mis à mal dans la confrontation aux patients. Les orthophonistes en ont largement témoigné : nombreux sont ceux qui ont confié leurs difficultés à allier ce qu'ils avaient appris en formation initiale, à la clinique. Alors chacun est amené à forger son propre bagage personnel de « connaissances », connaissances subjectives que nous avons nommé « intuition ». Certains thérapeutes nous ont tout de même semblé relativement démunis. Chacun fait avec ce qu'il sait, mais surtout avec ce qu'il sent. Il existe là un danger évident, celui d'ouvrir la porte à tous les excès de personnalité, en toute liberté, garantis par le secret professionnel.

Bien heureusement, la loi, ainsi que la nomenclature établie entre la Sécurité Sociale et les orthophonistes, garantit des frontières bien définies. Les actes orthophoniques y sont recensés selon des valeurs fixes et des valeurs précises.

La technique nous permet d'agir directement sur le trouble du langage. Il ne s'agit donc pas ici de la condamner, bien au contraire, mais plutôt de la relativiser. Relativiser son rôle, car il se peut que la technique nous rassure plus qu'elle ne rassure le patient. De plus la question de la technique pose encore le problème, comme tous les thèmes abordés ici, de la mission de l'orthophoniste. Faut-il chercher à guérir un symptôme, ou plutôt à soigner une personne ?

Faut-il que ce soit le trouble visible qui disparaisse, ou bien la souffrance qui lui est liée ?

Nous avons en effet été interpellés par la position de cette orthophoniste : « *Je pense pas que ça disparaît totalement, ça fait aussi partie de l'enfant. [...] Et j'explique aux enfants que leur trouble fait aussi partie d'eux.* »

(10) Le rapport au symptôme, à son respect en même temps qu'à sa résolution, est l'une des problématiques centrales lors d'une thérapie orthophonique.

Nous posons par ailleurs la question suivante : que signifie la « neutralité bienveillante » en orthophonie ?

Chacun donnera sans doute une définition théorique, approchant plus ou moins de la réalité psychanalytique que l'expression recouvre. Mais quelle en est la définition « clinique », si l'on peut l'exprimer ainsi ? Si le concept a été évoqué transversalement dans presque tous nos cours, il a rarement été l'objet d'une réflexion théorique et clinique approfondie. Pourtant, nous sentons bien que le concept ne met pas tout le monde d'accord, et surtout qu'il pose problème, en pratique, à certains orthophonistes, comme le montre le témoignage de (11). Cette jeune orthophoniste, au début de son questionnaire disait cela : « *l'enfant doit sentir un thérapeute attentif, chaleureux pour que la relation naisse. Tout en restant neutre quand même.* ». A la fin, plus à l'aise, elle avoue : « *On est humain, la neutralité bienveillante, c'est beau, on essaie de la mettre en pratique le plus possible. Mais y a certain patients qui nous renvoient de l'affectif forcément.* ».

L'intersubjectivité, si elle est reconnue par presque tous les thérapeutes interrogés, n'est pas appréhendée de la même manière. Des attentions différentes sont portées à la demande, au temps de prise en charge et d'élaboration, à la souffrance, au transfert, à l'affect, au désir et au plaisir, etc. Nombreux sont les orthophonistes qui attribuent à la subjectivité une valeur thérapeutique, en même temps qu'elle rend le travail plus compliqué, plus long, plus difficile pour l'orthophoniste. Le doute traverse toute sa clinique, parce qu'il est sans cesse remis en question, professionnellement et personnellement. D'ailleurs, nous voyons que, ce qui se joue entre le patient et son thérapeute, interroge les frontières entre le personnel et le professionnel. Les limites sont difficiles à placer et dépendent, là encore, de la sensibilité de chacun. Peut-on imaginer qu'un cadre thérapeutique soit imposé uniformément à tous les orthophonistes et à tous les patients ?

En outre, nous avons vu les avantages et les inconvénients que présente la subjectivité de l'orthophoniste. Elle est à la fois moteur et frein, outil et obstacle. Elle est également l'occasion de tous les débordements. Il faut pouvoir la contrôler, la maîtriser. Or, si la Technique est parfois utilisée, comme nous l'avons vu, pour tenter de se mettre à distance, ainsi que l'autre, elle n'est pas le moyen le plus efficace. Elle peut même être le support d'une certaine agressivité de la part du thérapeute. Il faut répondre au Sujet par le Sujet, et non par l'Objet. Le thérapeute a aussi une sensibilité narcissique, lui aussi transfère, il réagit – volontairement ou involontairement – à ce que lui renvoie son patient. Toute la gestion de la subjectivité et de l'intersubjectivité doit pouvoir être pensée et élaborée. Les orthophonistes en expriment leur besoin, et le manque, parfois, de celui qui est seul dans son cabinet.

CONCLUSION GENERALE

Nous avons élaboré la partie théorique simultanément à la partie pratique. Ceci nous a permis de cibler plus précisément les enjeux relationnels *en pratique*, et de leur confronter les intuitions que nous pouvions avoir à ce propos, au début de notre réflexion. Conclure sur un tel sujet nous paraît difficile, tant il regroupe de thèmes que nous n'avons que trop peu abordés.

Notre réflexion théorique s'ouvre sur l'identité et le rôle de l'orthophoniste. Nous nous sommes attachés à rechercher, selon des perspectives historiques et légales, l'étendue et les limites du soin du langage. La profession, encore jeune, ne cesse de s'ouvrir aux nouvelles découvertes, tant dans les domaines de la médecine que dans ceux de la psychologie. Ces nouveautés posent à chaque fois la question de l'éthique à rechercher. Certaines tendances se contrarient, notamment lorsqu'il s'agit de déterminer l'origine de certains troubles du langage. Les conséquences thérapeutiques sont grandes, selon que l'on pense que les troubles du langage trouvent leur source dans des processus psychiques, ou bien dans des phénomènes physico-chimiques.

Notre position est claire dès le départ : nous accordons une attention particulière aux processus psychiques à l'œuvre dans les troubles du langage. Et ceci dépasse la question de l'origine de ces troubles. En effet, Claire DE FIRMAS, par exemple, a étendu sa recherche des marqueurs transversaux aux pathologies comme les maladies neuro-dégénératives. Il s'agissait donc, pour nous, d'aller plus loin que la dichotomie que l'on pose habituellement. Les enjeux relationnels dépassent les orientations théoriques des uns ou des autres, en témoigne la richesse des questionnaires présentés en annexe. D'ailleurs, on ne peut pas conclure, à l'issue de ce mémoire, que l'attention à la subjectivité soit l'apanage d'une tendance plus « psychanalytique ». En revanche, elle y est peut-être plus pensée, plus élaborée.

Tous les thérapeutes sont confrontés chaque jour aux difficultés que représente une relation intersubjective. Elles mettent au défi notre savoir, nos techniques et nos résistances. Elles révèlent également nos déséquilibres, nos projections, tout humains que nous sommes. Tenter d'être « professionnel » en écartant ces considérations ne serait pas une solution. Nous n'avons pas le choix : il nous faut faire avec la subjectivité du patient et la nôtre. Il faut pouvoir l'élaborer, la mettre au travail afin qu'elle ne constitue pas un obstacle. Mieux, nous avons vu qu'elle peut devenir un véritable moteur. Le thérapeute, acceptant et reconnaissant ses limites, peut être un modèle de subjectivité. Mais il doit auparavant apprendre à démêler ses propres nœuds, qui entrent en résonance avec ceux du patient.

QUELQUES PISTES À APPROFONDIR

Plusieurs thèmes n'ont été que peu abordés et mériteraient d'être revisités.

Deux d'entre eux retiennent particulièrement notre attention. Ce sont ceux que nous aurions voulu traiter plus à fond et qui ont, à notre avis, des conséquences thérapeutiques importantes : la relation thérapeutique à l'adulte, et la relation aux parents ou aux familles des patients.

Nous avons insisté sur la relation thérapeutique avec les enfants, parce que nous voulions montrer qu'elle peut être étroitement liée à son développement. Là où ses premières relations ont connu des échecs, nous pensons que la relation thérapeutique, par et pour le langage, peut être, en quelque sorte, réparatrice.

Mais nous sentons bien que la relation aux patients adultes constituent un enjeu de taille. Nous pensons particulièrement aux patients souffrant de maladies neuro-dégénératives, dont la population croît au sein de la patientèle des orthophonistes. Leur prise en charge pose plusieurs questions. La première, qui est à relier à des enjeux financiers certains, est celle de la durée de la thérapie du langage. Nous avons vu également que les orthophonistes ont souvent le sentiment de « sortir » du cadre de leur rôle avec de tels patients.

Par ailleurs, nous supposons que les enjeux relationnels avec les adultes, s'ils sont d'une grande importance, sont différents de ceux avec les enfants. **Il serait donc tout à fait intéressant d'approfondir les enjeux relationnels et leurs conséquences thérapeutiques en ce qui concerne les adultes.**

Un autre enjeu de taille devrait être, selon nous, l'objet d'une réflexion plus aboutie : celui de la relation aux parents du patient. Les questionnaires ont mis en lumière l'importance capitale que revêt cet aspect dans les prises en charge. Un grand nombre de difficultés relationnelles se situent surtout dans la relation entre les parents et le thérapeute.

De même, la relation entre l'enfant et ses parents fait l'objet d'une attention particulière chez un grand nombre d'orthophonistes lors du bilan. Elle peut être la source du symptôme, ou bien en subir les conséquences.

Quoiqu'il en soit, le dénouement des prises en charge passe bien souvent par les parents, d'une manière ou d'une autre. **Quel est le rôle de l'orthophoniste auprès des parents ?** C'est une question difficile qui pose problème aux thérapeutes interrogés. Nous pensons que ce thème pourrait être l'objet d'un mémoire tout à fait intéressant.

CONSÉQUENCES DES EFFETS DE L'INTERSUBJECTIVITÉ EN ORTHOPHONIE

La question de l'intersubjectivité soulève deux problèmes majeurs, d'après les témoignages recueillis : la question des limites de l'orthophonie (notamment par rapport à la psychothérapie), et le besoin des orthophonistes de confronter certaines situations thérapeutiques à une personne compétente.

D'abord, l'analyse des témoignages se termine par la mise en question des **limites du domaine de l'orthophonie**.

Confrontés aux troubles psychiatriques et à certaines pathologies de l'adulte, les thérapeutes se trouvent face à une question que nous-mêmes, étudiants, nous posons fréquemment. Qu'est-ce qui, dans la prise en charge du symptôme langagier, est de l'ordre de l'orthophonie, et qu'est-ce qui est de l'ordre de la psychothérapie ?

Certains orthophonistes nous ont montré que des patients étaient parfois amenés, « en attendant » d'être prêts pour une psychothérapie. D'autres refusent carrément de s'y engager, tandis qu'ils en arrivent à considérer l'orthophoniste comme le substitut d'un « psychothérapeute ». Et si, en théorie, il nous serait facile de dire que cela dépasse le cadre de notre profession, les orthophonistes interrogés, en majorité, disent que les frontières ne sont pas si franches en pratique. De plus, plusieurs d'entre eux affirment avoir déjà fait quelque chose qui « n'est pas de l'orthophonie ». Qu'est-ce que « faire de l'orthophonie » ? Assurément, à l'issue de ce mémoire, on ne peut réduire la profession à l'application de techniques strictement fonctionnelles.

Le langage, il nous faut le « disséquer » pour le comprendre. C'est ainsi que nous l'isolons tour à tour sur ses versants formel, sémantique, pragmatique, etc. Mais les dynamiques psycho-affectives qui le sous-tendent sont si complexes, si singulières à chaque sujet parlant, que l'on ne peut se résoudre à « soigner » le langage comme on soignerait un rhume.

L'autre conséquence que nous voudrions mettre en évidence, c'est la nécessité d'une **réflexion plus approfondie autour de la notion de « tiers »**. Tout est affaire de tiers, dans le langage. D'abord, parce qu'il constitue lui-même un tiers, un media, entre l'individu et le Réel. Notre appréhension du monde, nous l'avons vu, est conditionnée par le langage, et par les langues dans lesquelles il se diversifie. Ensuite, il est permis par un tiers, représenté par la fonction paternelle. Celle-ci vient s'interposer dans la dyade mère-enfant, et permet une juste réattribution des places de chacun. L'enfant, pour parler, doit pouvoir être lui-même.

En rééducation, l'orthophoniste agit également comme un tiers. Nombreux sont ceux qui rapportent des exemples d'enfants et de mères pris dans des logiques de possession et de fusion, que la prise en charge a pu, en quelque sorte, libérer. C'est probablement aussi cette fonction de tiers qui joue un rôle, au moins en partie, dans les « guérisons » spontanées que des orthophonistes rapportent. Nous pensons notamment à ces enfants qui semblent déjà libérés de leur symptôme, dès les premières séances de bilan.

Il est évident que l'intersubjectivité fait émerger, qu'on le veuille ou non, de puissantes énergies, de part et d'autre de la rééducation, qu'il nous faut apprendre à reconnaître et à canaliser. C'est là que l'intervention d'un tiers nous paraît essentielle. Il est une chose de pouvoir parler avec d'autres orthophonistes des cas qui nous interrogent. Mais c'est encore autre chose de pouvoir venir déposer ses frustrations, ses questions et ses doutes, auprès d'une oreille formée à l'écoute des processus psychiques qui sont en jeu. C'est ce que MUCCHIELLI-BOURCIER, DUBOIS ou encore CHASSAGNY, nous invitent à découvrir, à savoir que le thérapeute du langage puisse faire l'expérience d'un travail personnel, à renouveler sans cesse dans sa pratique.

La supervision est l'une des modalités que peuvent choisir les thérapeutes, bien que celle-ci reste relativement méconnue. La supervision avec un psychologue (ou un psychanalyste) n'est pas à mettre sur le même plan qu'une analyse personnelle. Il s'agit de mettre au travail, auprès d'un autre thérapeute, les effets que provoquent en nous des mécanismes de transfert et des projections. Ce travail permet souvent de comprendre ce qui se joue chez le patient. Il existe également des groupes « théorico-cliniques », dans lesquels les thérapeutes peuvent exposer des situations ou des « cas » problématiques, sous la supervision d'un orthophoniste ou d'un psychologue.

Nous pouvons souhaiter que se développent des structures plus systématiques, qui permettraient aux orthophonistes de soumettre leur réalité clinique à l'écoute active et à la parole d'un tiers, ce qui serait d'un grand bénéfice pour les thérapeutes, et surtout pour les patients.

L'enjeu est de taille : non seulement, nous sommes invités à « travailler » ce que nous sommes, afin que cela ne représente plus un obstacle ; mais nous pouvons, en outre, choisir de *nous* mettre véritablement au service de l'Autre, lui apporter, à travers notre propre subjectivité, un support et un modèle.

Nous terminerons notre exposé avec ce paragraphe de GOLSE, qui nous semble résumer tout à fait les enjeux relationnels que nous avons pu dégager :

*« En tout état de cause, les conditions de ce déplacement sont probablement les suivantes : une analyse suffisante par les professionnels de leur fantasme de superparent protecteur (désir d'adoption compensatrice), une analyse suffisante de leur contre-transfert, [...] **une attention prévalente accordée au lien, l'instauration de tiers pour les tiers** [...]. Pour les enfants, rencontrer des professionnels qui ont fait ce chemin ouvre des possibilités que le seul développement ne suffit pas à décrire. Les destins du développement de l'enfant passent ici, encore une fois, par des effets de rencontre avec le travail psychique des objets dont l'impact à court, moyen et long terme, est évidemment considérable. »¹²⁰*

120 GOLSE B., *Les destins du développement de l'enfant*, ERES, 2010, p. 218.

BIBLIOGRAPHIE

(Par ordre alphabétique)

LIVRES

- ◆ BALMARY M., *Le Sacrifice Interdit*, Grasset, 1986
- ◆ BALMARY M., *L'Homme aux statues, Freud et la faute cachée du père*, Grasset, 1979
- ◆ BENVENISTE E., *Problèmes de linguistique générale*, tome I, Gallimard, 1966
- ◆ CALZA A., CONTANT M. (et coll.), *Psychomotricité*, Ed. Elsevier Masson, 2007 (3ème édition)
- ◆ CARON M., *Heidegger, Pensée de l'être et origine de la subjectivité*, Editions du Cerf, Paris, 2005
- ◆ CHASSAGNY C., *Pédagogie relationnelle du langage*, « Pédagogie d'aujourd'hui » IPERS, 1985
- ◆ DANON-BOILEAU L., *Le Sujet de l'énonciation, Psychanalyse et linguistique*, Ophrys, 2007
- ◆ DE FIRMAS C., *Les Marqueurs Transversaux*, IPERS, 2008
- ◆ DE SAUSSURE F., *Cours de linguistique générale*, Payot, 1966
- ◆ DIATKINE R., *Langage et activités psychiques chez l'enfant*, Ed. du Papyrus, Montreuil, 2004
- ◆ DOLTO F., *Tout est langage*, Vertiges du Nord/Carrere, 1987
- ◆ DUBOIS G., *L'enfant et son thérapeute du langage*, Masson, Paris, 1988 (2ème édition)
- ◆ FERENCZI S., *Psychanalyse, œuvres complètes*, tome 1, Ed Payot
- ◆ FERENCZI S., *Journal Clinique, Janvier-octobre 1932*, traduit par l'équipe de traduction Coq-Héron, Editions Payot pour la traduction française, coll. « Science de l'homme », 1985
- ◆ FREUD S., *Essais de psychanalyse*, Editions Payot, 1993.
- ◆ FREUD S., *Inhibition, symptôme et angoisse*, P.U.F. Paris, 1986
- ◆ FREUD S., *Introduction à la psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1961
- ◆ FREUD S., *Prédisposition à la névrose obsessionnelle*, 1913.
- ◆ GOLSE B., *Les destins du développement de l'enfant*, ERES, 2010
- ◆ JAKOBSON R., *Essais de linguistique générale*, Éditions de Minuit, Paris, 1963.
- ◆ KAFKA F., *Lettre au Père*, Edition Ebooks libres et gratuits, 1919
- ◆ KREMER, J.M. et LEDERLE, E., 2007, *L'orthophonie en France*, Coll. « Que sais-je ? », PUF, Paris.
- ◆ LACAN J., *Ecrits I*, Editions du Seuil, 1999.

-
- ◆ LEBOVICI S., « *Aperçus des recherches sur la notion de carence maternelle. La carence de soins maternels. Réévaluation de ses effets* », Genève, Cahiers de l'OMS, 1962.
 - ◆ LEBOVICI S., SOULE M., *Connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, 2007, coll. Quadrige, PUF (2ème édition)
 - ◆ LEVINAS E., *Totalité et infini, essai sur l'extériorité*, Biblio Essai, Livre de poche, 1971
 - ◆ MARTINET A., *Eléments de linguistique générale*, Armand Colin, Paris, 2006 (4ème édition)
 - ◆ MORGON A., AIMARD P., *Orthophonie, Documents et Témoignages*, Ed. Masson, Paris, 1988.
 - ◆ MUCCHIELI-BOURCIER A., *La dyslexie, maladie du siècle*, Ed. ESF (8ème édition)
 - ◆ MUCCHIELI-BOURCIER A., *Educateur ou thérapeute, une nouvelle conception des rééducations*, 2e édition, Ed. ESF, 1979
 - ◆ ORWELL G., *1984*, Gallimard, 1950 pour la traduction française
 - ◆ PENNAC D., *Chagrin d'école*, Gallimard, Folio, 2007
 - ◆ PIAGET J., INHELDER B., *La psychologie de l'enfant*, Que sais-je ?, PUF, 1998.
 - ◆ RESWEBER J.-P., *Le transfert. Enjeux cliniques, pédagogiques et culturels*, Paris L'Harmattan coll. « Psychanalyse et civilisations », 2000
 - ◆ RIZZOLATO G., SINIGAGLIA C., *Les neurones miroirs*, Odile Jacob, 2008
 - ◆ SEARLES H., *Le contre-transfert*, Gallimard, Coll. Folio Essais, 1979
 - ◆ SPITZ R., *Le non et le oui, la genèse de la communication humaine*, P.U.F, 1962.
 - ◆ SPITZ R., GOBLINER W.G., *De la naissance à la parole : la première année de vie*, PUF, 1968.
 - ◆ WALLON H., *De l'acte à la pensée*, Flammarion, Paris, 1970.
 - ◆ WALLON H., *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*, Paris, PUF, coll. « Quadrige Le psychologue », 1983.
 - ◆ WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Ed. Gallimard, 1975.
 - ◆ WINNICOTT D.W., *La consultation thérapeutique et l'enfant*, Gallimard, 1971
 - ◆ *Code de la Santé Publique*, Ed. Dalloz, 20ème édition, 2006.

DICTIONNAIRES

- ◆ *Dictionnaire d'orthophonie*, 2e édition, OrthoEdition
- ◆ DUCROT O. et SCHAEFFER J.-M., *Nouveau Dictionnaire Encyclopédique des Sciences du Langage* Editions du Seuil, 1995
- ◆ *Encyclopédie universelle III : les œuvres philosophiques tome 2* (sous la direction de Jean-François Mattéi), PUF, Paris, 1992.
- ◆ LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, P.U.F
- ◆ *Le Petit Larousse*, 2004
- ◆ *Le Robert, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, deuxième édition entièrement revue et enrichie par Alain Rey, 1985

MEMOIRES D'ORTHOPHONIE

- ◆ BEGUIN M., *Orthophonie et psychothérapie, questions et limites dans la pratique libérale*, Nantes, 2002
- ◆ BOURRINET GERMAIN S., CAËR E., *Les fondements d'une clinique orthophonique : quelles positions pour quel soin ?*, Nantes, 2011
- ◆ DE DONATO K., *L'écriture, entre grammaire du sujet et grammaire de la langue*, Nice, 2010
- ◆ DE TUGNY A., *La place de la subjectivité dans le bilan orthophonique*, Nice, 2005
- ◆ MAZENC A., *L'Autre dans l'écriture : chez des enfants présentant des troubles de la relation*, Nice, 2011

SITES INTERNET

- ◆ *Ameli* : www.ameli.fr
- ◆ *Ateliers Chassagny* : acchassagny.org/
- ◆ *CPLOL* : www.cplol.eu
- ◆ *F.N.O.* : www.orthophonistes.fr
- ◆ *F.O.F.* : www.fof.asso.fr
- ◆ *Legifrance* : www.legifrance.gouv.fr
- ◆ *Ministère de l'Education* : www.education.gouv.fr
- ◆ *Universalis* : www.universalis.fr/encyclopedie
- ◆ *Wikipedia* : fr.wikipedia.org/

Table des annexes

ANNEXE 1 : Questionnaire	p. 156
ANNEXE 2 : Témoignages	p. 158
Témoignage 1	p. 163
Témoignage 2	p. 166
Témoignage 3	p. 170
Témoignage 4	p. 173
Témoignage 5	p. 173
Témoignage 6	p. 177
Témoignage 7	p. 181
Témoignage 8	p. 185
Témoignage 9	p. 189
Témoignage 10	p. 192
Témoignage 11	p. 196
Témoignage 12	p. 199
Témoignage 13	p. 202
Témoignage 14	p. 206
Témoignage 15	p. 212
Témoignage 16	p. 215
Témoignage 17	p. 221
Témoignage 18	p. 224
Témoignage 19	p. 227
Témoignage 20	p. 230
Témoignage 21	p. 232
Témoignage 22	p. 236
Témoignage 23	p. 240
Témoignage 24	p. 243
Témoignage 25	p. 245
Témoignage 26 <i>Supprimé</i>	p. 248
Témoignage 27	p. 249
Témoignage 28	p. 253
Témoignage 29	p. 257
Témoignage 30	p. 261

Parcours personnel et professionnel

- (1) Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?
- (2) Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?
- (3) Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Situation professionnelle

- (4) Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?
- (5) Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?
- (6) Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?
- (7) Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?
- (8) Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

La relation thérapeutique – questions générales :

- (9) Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?
- (10) Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?
- (11) Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?
- (12) Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?
- (13) Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

(14) Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?

La relation thérapeutique – cas particulier :

(15) Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

(16) Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

(17) Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

(18) Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

La relation thérapeutique – la fin de la prise en charge :

(19) Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

(20) Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Remarques ou commentaires ?

Témoignage (1)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

Les deux premières années à Lyon et les deux années suivantes à Paris. J'ai obtenu mon diplôme en 1966.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

J'ai eu mon bac à 17 ans. L'orthophonie n'était pas un choix, mais un moyen pour partir à 500 km de chez moi. J'ai senti que ça allait bien m'aller, quelque chose qui touche au langage, moi qui étais si bavarde. J'ai fait ma première année de psycho en même temps que la première année d'ortho. A Lyon il n'y avait pas assez de stages, donc j'ai préparé un mémoire qui ne pouvait que se faire à Paris, pour faire plus de stages. J'ai obtenu des stages à Paris (mon premier rendez-vous était avec Mme Borel).

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

80 séminaires, toutes pathologies confondues. Sauf les dyscalculiques parce que je suis nulle en maths. Une autre ortho, à côté de chez moi, s'occupe de la dyscalculie. Et je fais la partie dysorthographe. J'en ai tout le temps fait. J'en fais au moins deux par an.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Seulement libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non, j'ai fait un quart-temps à l'hôpital, pour rendre ce qu'on m'avait donné : j'étais consciente que j'avais un savoir particulier parce que j'avais côtoyé les génies de l'orthophonie. Donc je ne pouvais pas m'enfermer dans un cabinet sans transmettre. Donc j'ai formé des stagiaires pendant 19 ans à l'hôpital. En cabinet, recevoir des stagiaires change quelque chose à la relation. Un endroit silencieux pour un cabinet est primordial, car ça participe au cocon. Mon cabinet est une bulle de paix.

Je ne vois plus de laryngectomisés, je n'ai pas de sourds et pas de rééducations en logico-math.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Je fais un mixte. Mon étoile du berger, c'est Madame Borel. Justement avec elle, on apprenait la relation. Au bout de 3 minutes, l'enfant avait oublié les stagiaires, elle savait accrocher une relation qui était passionnante pour l'enfant et qui lui faisait oublier tout ce qu'il y avait autour. Sinon, Mme Sadek et Mme Ducarne.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Oui mais occulte : nous dînons avec des amis orthos. Ce sont des dîners de cas difficiles : quand on patouille avec un patient, le fait d'exposer ça à d'autres orthophonistes fait du bien. Parfois on finit par ne plus y voir clair. L'autre a toujours une idée neuve. Parce qu'on est trop dans une relation affective, on n'arrive pas à se sortir de ça. Le fait d'exposer ses difficultés c'est formidablement enrichissant. Jamais on ne sort de ces dîners sans que nous partions sur un pied nouveau. Ça nous donne un regard neuf.

Ça n'a pas besoin d'être un spécialiste. C'est mieux si on fait ça avec des gens qui ont un peu de bouteille. A l'époque, je retournais à Paris et je retrouvais mes maîtres de stage pour exposer mes cas. Ça fonctionne vraiment bien.

Ça me semble indispensable, jusqu'à la retraite. A partir du moment où on est content de soi, c'est foutu... ce qui ne veut pas dire qu'on ne soit pas contente d'une séance.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Je suis seulement syndiquée à la FNO.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Très, puisque j'y consacre un rendez-vous gratuit et beaucoup plus long que tous les autres rendez-vous. C'est le rendez-vous du contact. On n'est pas forcé d'avoir des atomes crochus. La rééducation est toujours un essai, et on a le droit d'interrompre cet essai à tout moment et on peut changer d'ortho. On n'est pas obligé de rester chez cette ortho-là. Jamais je ne donne un deuxième rendez-vous tout de suite, je demande à ce qu'on interroge l'enfant, et qu'il y ait la possibilité d'une réflexion. Par exemple, j'ai vu des ados qui n'étaient pas prêts, lors de ce premier entretien. Et tous seuls, c'est eux qui ont téléphoné deux-trois mois après parce qu'ils étaient prêts. Ils ne sont pas dans le désir du rééducateur, des parents ou des profs.

Vous voyez beaucoup de choses au premier entretien : la relation entre les parents, vers qui se jette l'enfant... Je fais toujours une première séance avec les deux parents. C'est une séance gratuite : c'est pour faire connaissance. Dès ce premier entretien je sais déjà ce qu'a le patient, dans sa manière de se comporter...

La rééducation doit être un plaisir pour tout le monde, patient et parents.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

J'essaie de poser les bonnes questions. Par exemple, un enfant avec un sigmatisme interdental, je lui demande ce qu'il prend un au petit-déj, pour savoir si il prend le biberon. On entend un papa dire à un enfant qui a un retard de langage : « mon bébé ». Donc je rectifie, en disant « ah non, c'est le grand de papa ! ». Un enfant qui ne peut pas se séparer de sa maman n'est pas prêt pour une rééducation. Il faut une autonomie physique. On donne des conseils et on dit qu'on se revoit deux mois plus tard.

C'est un métier dans lequel on est obligé de se remplir pour donner. On ne tient la route que si on se remplit. Il faut un savoir et une culture très diversifiés, même pour aller dans le domaine qui passionne. Il faut aimer la langue, le français. Il faut être exigeant pour soi. Mais il faut s'accorder des temps pendant lesquels on recharge les batteries. Parce que si vous ne veillez pas à avoir du plaisir, vous n'en transmettez pas.

Q11 *Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?*

Comme un énorme élément à prendre en compte. Parce que je fonctionne au feeling. La logique pure n'est pas mon truc. Et fonctionner à l'intuition, c'est magique, si on en a. L'intuition est un guide magnifique. Mais il faut que ça soit doublé d'une rigueur essentielle. Il y a un but, c'est que la rééducation marche, sinon on vous envoie plus de patient !

Q12 *Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?*

Bien sûr. En ce qui me concerne, je pense que mon autorité apparente rassure. Elle n'est qu'apparente car je ne suis pas autoritaire. L'autorité c'est aussi être sûr de ce qu'on dit, avancer des choses et toujours pouvoir les prouver. Et ça c'est très rassurant. Il faut en face de certains parents ou patients, une certaine personnalité. Par exemple, j'avais un enfant qui faisait des fausses routes. Il fallait beaucoup rassurer les parents...

Il faut toujours avouer qu'on n'est pas assez formé pour faire une certaine chose. Il ne faut pas se priver de réadresser.

J'espère aussi dégager une certaine chaleur aussi. La passion que j'ai pour mon métier se voit aussi peut-être. Je donne toujours mon numéro de portable pour être joignable.

Q13 *Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?*

C'est moins grave si on rééduque un sigmatisme interdental, d'avoir une mauvaise relation, que si on rééduque un bègue ou un aphasique. Je ne suis pas la même avec différentes sortes de patients. Il faut savoir dire ce qu'il ne faut pas faire. Quelquefois ils sont pas d'accord, quelquefois ils se disputent (pendant l'entretien).

Q14 *Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?*

Ça ne m'est jamais arrivé sauf une seule fois. Je ne travaille pas sur l'ordi. Je ne travaille pas à côté de l'enfant, mais toujours en face : ça permet la relation (le regard, le repérage de la fatigue). C'est important pour moi que l'activité soit créée devant l'enfant... Ici, tout est sur mesure.

Un jour, une maman, qui est instit, m'a dit « il faut faire ça, ça, ça » : j'ai interrompu la rééducation en disant « alors vaut mieux le faire vous ».

Je ne prépare pas à l'avance. Chez moi il y a très souvent un support papier.

Je fais du sur-mesure au moment -même. Je pense que les jeux sur ordinateur n'apportent rien à l'enfant. J'ai un classeur par enfant, et ils en sont fiers. On voit la progression.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Oui. C'est arrivé une ou deux fois : c'était soit des gens échaudés, soit des gens qui ne connaissaient pas donc ils avaient peur. C'est souvent la peur qui induit une attitude hostile. J'essaie donc d'expliquer un maximum.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

À la réticence du patient. Je leur dis que je n'avais pas assez expliqué. Je les laisse exprimer leur ressenti.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

Plus d'explications au patient. Et surtout lui dire que je comprends bien ses réticences.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

J'attends pas la longue période de stagnation. Il faut savoir où on va. Par exemple, j'ai eu un enfant qui a fait un refus scolaire, qui ne voulait même pas prendre un crayon dans la main. Il ne voulait dire ni bonjour ni au-revoir, j'ai mis plusieurs séances à rencontrer son regard. J'ai joué à des choses qui lui plaisaient, en introduisant petit à petit des choses qu'il fallait lire. Il a été rééduqué qu'avec la lecture globale. Puis on a mélangé. On peut donc sortir du cadre, et il faut sortir du cadre orthophonique, mais il faut pas faire n'importe quoi, il faut savoir pourquoi on le fait, dans quel but, se fixer des objectifs. Je ne laisse pas la stagnation. C'est le moment d'en parler. Tant qu'on voit de l'amélioration, ça vaut le coup de continuer.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Quand ce que l'on a diagnostiqué comme un trouble a disparu. Ou quand il ne sera pas possible de faire mieux.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

J'ai souvent du mal parce que la prise en charge est rassurante et que les enfants ou les adultes ont très peur de ne pas se débrouiller tous seuls. Je fais en sorte que la rééducation se termine à dose filée : une fois par semaine, puis plus que tous les quinze jours, puis une fois par mois. Et puis ils savent qu'ils peuvent téléphoner. Il faut laisser une porte ouverte au retour. Il faut leur apprendre l'autonomie. Ça fait partie de l'orthophonie. L'ortho qui garde le patient parce qu'il a du plaisir à venir, c'est nul.

Remarques ou commentaires ?

C'est une part très importante de notre profession. Et il faut en parler beaucoup, parce que si cette relation au patient ou à la famille n'est pas bonne, il faut se faire aider. Il y a sûrement d'excellentes techniciennes qui gâchent leur technique, du fait d'une relation qui ne se passe pas comme il faut. Pour être une ortho convenable, il faut une technique en béton et aussi une bonne relation. C'est important de se remettre en question.

Autant il y a de l'affectif dans la relation, autant on ne doit jamais supplanter le rôle des parents. Par exemple, je n'embrasse pas les enfants. Je leur serre la main avec autorité.

Il faut avoir une relation très chaleureuse, mais qu'il y ait toujours une distance, c'est essentiel. La neutralité bienveillante. Ne jamais perdre ça de vue. On ne raconte pas sa vie privée, on ne s'épanche pas, c'est pas un lieu où on doit échanger tous azimuts. Sinon on fait tout faux.

La relation avec les parents, la mère, est très importante aussi... Il faut les rassurer, ne pas les inquiéter...

La relation est dans la séduction, il faut donner aux enfants l'appétit de parler. L'orthophonie c'est comme une recette de cuisine.

Je crois que 80 % de la réussite de la rééducation est due à la relation.

Une chose primordiale pour faire une bonne ortho, c'est l'empathie : se mettre à la place du patient. C'est fondamental, essayer de vivre ce qu'il vit. La relation commence par valoriser l'autre. Commencer par quelque chose que réussit le patient. Même pour une dysphonie, vous les mettez dans des fréquences qu'ils peuvent exécuter. Il faut toujours essayer de partir de quelque chose de positif. Quelles que soient les difficultés de l'enfant ou l'adulte, ça fait partie aussi de la séduction.

C'est une relation affective.

Il y a des moments où ce n'est pas la demande qui prime. J'ai rééduqué un ado dyslexique qui était aussi suicidaire. Je voulais l'envoyer chez un psychiatre, mais il a refusé. Il ne voulait parler qu'avec moi. On n'a pas fait d'orthophonie pendant très longtemps. Parfois il faut dépasser le cadre de l'orthophonie. Une fois que s'est nouée la relation. Après on a fait une rééducation de l'orthographe.

Je ne mettrais pas la relation dans la catégorie des outils. Ça ressemblerait plus pour moi à un terrain, qu'à un outil. La relation c'est le terrain sur lequel on sème une technique.

Et notre boulot est de fertiliser le terrain de l'autre, en tirer la meilleure chose, quitte à le mettre en jachère : oublier complètement de semer quelque chose pendant un certain temps.

Témoignage (2)

Q1 OÙ avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

A Nice, et j'ai eu mon diplôme en 1993.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Juste le bac.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Alors j'ai fait la PRL et la TA, des ateliers d'écriture. Plus des journées d'études diverses.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Mixte. Je travaille en CMP.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non. Parce que j'ai eu l'occasion d'aller travailler au CMP, et que c'est assez rare. Ça me convient tout à fait.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

PRL, Chassagny. Et tous les apports de la psychanalyse : Freud, Winnicott, surtout.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Groupe de réflexion, oui, depuis très longtemps. C'est quelque chose d'indispensable à mon avis. Un groupe de travail, je vais y participer. Une supervision avec un psychanalyste, non. Mais le groupe théorico-clinique est une supervision, mais entre orthos.

Q8 Êtes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

A l'ITECC et la FOF.

Q9 Êtes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

C'est dur ! Ça fait partie intégrante, c'est pas dissociable du reste, à mon avis.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Une information à prendre en compte. Même si on a un mauvais contre-transfert, c'est important et ça doit être travaillé. C'est pas un simple ressenti. Ça doit dépasser le ressenti... que ça soit analysé.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?

Pourquoi et comment ?

Oui. Parce qu'on travaille ce qu'on est. Le patient pense d'une telle façon, et nous de notre côté c'est pareil, on travaille avec ce qu'on est profondément. En ayant une distance et un regard sur nous-mêmes. Il n'est pas question de s'assumer en disant « moi je suis comme ça, alors voilà quoi. ».

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Non. Que ce soit technique ou pas, c'est toujours très important. On peut pas faire l'impasse sur la relation.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le média que vous lui proposez ?

Je me remets en question, et ma façon d'avoir présenté le média. Et éventuellement, si le patient est assez ouvert (je pense plus aux adultes, aux maladies dégénératives, avec ce côté frontal, parce que c'est rare chez les enfants) j'essaie de questionner : pourquoi ça passe pas, qu'est-ce qui fait que ça lui pose un problème ?

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

En tête là comme ça, je pense à une patiente Parkinson, que j'ai en ce moment. C'est difficile ce qu'elle me renvoie, parce qu'elle est très agressive, elle est dans une grande angoisse par rapport à sa maladie, avec des moments de déni et de grande conscience. Donc elle peut être insupportable, en me disant que c'est nul, que ça sert à rien. Je sais que c'est pas contre moi, mais c'est un contre-transfert désagréable. Mais il faut prendre du recul. Avec les enfants, ça va être ceux qui sont dans l'opposition, qui peuvent dire « ah c'est nul de venir ici ! » ou « ça sert à rien ». Par exemple, aussi, quand c'est un enfant pour un trouble de langage écrit.

Il ne faut pas se laisser engluer dedans.

Et du coup, le problème relationnel n'y est plus, parce qu'on le prend pas comme une attaque personnelle.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

D'une part à la pathologie ou à la défense de la personne par rapport à son symptôme, et ses propres possibilités à mettre de la distance. C'est l'analyse et le jeu du transfert et du contre-transfert. Et aussi dû à ce qu'on est soi-même.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

L'analyse de son contre-transfert, et comment soi-même on peut faire bouger les choses, et le dialogue ensuite avec le patient. Il y a dialogue et questionnement. Souvent, ça fait déconsister. Par exemple, la Parkinson, je lui ai renvoyé ce qui était difficile (elle a renvoyé tout le monde : le médecin, le kiné, l'infirmière, les amis...). Pour qu'elle prenne conscience que c'est quand même de son côté qu'il y a quelque chose à travailler. Je lui ai dit qu'on peut parler de choses qu'elle aime. Retrouver des choses positives.

Et pour les enfants c'est pareil, surtout avec le langage écrit, quand il y a une opposition, il faut toujours déplacer sur autre chose. [*moi* : c'est-à-dire ?] Par exemple, un enfant qui arrive avec ses cartes Pokemon et qui veut faire que ça avec. J'écoute un moment, puis on passe à autre chose. Il y a eu des moments de confrontation avec lui. Selon le moment, est-ce qu'on va mettre une limite, ou est-ce qu'on va déplacer, se mettre sur un autre média, ou proposer autre chose pour revenir sur l'activité de départ, plus tard ?

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

On peut pas savoir. Forcément aux deux. Ou à un élément extérieur. C'est quand même dans ce qu'on est ensemble dans cet espace et dans cette relation. On peut pas dire, on sait jamais ce qui a vraiment fait que ça a bougé. Parfois les raisons les plus visibles sont pas forcément soit les seules, soit les vraies raisons qui ont fait bouger. Parfois ça peut être de parler du cas à l'extérieur. Certainement parce que ça nous fait avoir un regard différent.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

C'est dur. Il y a plusieurs facteurs. Evidemment, l'évolution par rapport au symptôme. Il y a les pathologies neuro et les troubles de langage, c'est différent. Si je prends le langage en général, quelque chose s'est modifié par rapport au symptôme, qui fait qu'il est devenu acceptable. On peut arrêter parce qu'il y a eu un mouvement personnel qui fait que l'enfant est sorti de son impasse. Ça peut être objectivé par des tests. Ça peut être perçu de façon assez impalpable. Soit ça peut être dit par l'enfant : il peut dire que ça va bien. Soit on le ressent, et on peut le lui renvoyer. Mais il y a un temps entre le moment où on pense qu'on peut s'arrêter, et le temps où on s'arrête. Mais ça peut venir de l'un ou de l'autre ce questionnement. Ça peut venir des parents, des fois parce qu'ils en ont marre. Mais c'est assez rare. Mais souvent, c'est prématuré quand c'est les parents qui ouvrent le débat. Pour tout ce qui est nodules etc, c'est plus facile, parce que y a quelque chose de très net. Y a plus de dysphonie, donc on s'arrête. Les pathologies neurologiques, c'est encore plus compliqué. Les aphasies, ça va si il y a une récupération et une autonomie retrouvée. Les maladies neuro-dégénératives, ça peut être soit à vie, soit si le patient en a marre. Avec une patiente neuro, on a fait une pause d'un an. Parce qu'on peut pas faire sans le patient. Tous ces paramètres sont très différents selon les pathologies (dont je m'occupe moi, en tous cas).

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Moi non. Non, parce que ça se travaille aussi. Parce qu'il y a des patients avec lesquels on voudrait continuer des années parce que c'est sympa (rire). Donc moi je le vis assez bien. En fait je pense que j'ai pas de problème avec ça, mais aussi je peux faire des prises en charge très longues. J'en ai un, par exemple, de 21 ans, que je suis depuis 10 ans, pour dyslexie grave. Maintenant il écrit un bouquin. Donc il a eu un travail avec un psy. Mais ces gens-là, on peut pas les lâcher comme ça. L'autre, c'est une jeune fille qui a une pathologie génétique, elle était en centre d'accueil de jour. Et elle, à un moment j'ai voulu arrêter parce que je trouvais qu'elle était bien comme ça. Et elle a voulu se mettre à écrire. Donc on écrit plein de textes depuis ! Ça peut être long parce qu'on sent que ça épanouit la personne. C'est très important de se questionner là-dessus !

Témoignage (3)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

J'ai été à l'école de Nice et j'ai eu mon diplôme en 1989.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

J'ai fait un Deug art communication langage, section image. J'avais passé le concours en sortant du bac, mais j'avais échoué.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

PRL et TA (trois ans et trois ans), un DU de neuropsychologie. Kinésiologie (c'est le travail sur les énergies de la personne, ça permet de voir les gens dans leur contexte global).

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Euh, j'ai travaillé à l'hôpital en gériatrie, et en institution, à l'APAJ, avec les enfants sourds.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Borel, PRL, qui permet un recul par rapport à la pratique et à la personne en face, et l'expérience.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Non. J'ai fait une supervision en PRL, pendant la formation. Par contre je discute avec d'autres copines ortho, mais ça s'arrête là. J'ai du mal à trouver un groupe de parole qui réfléchit à l'orthophonie sans être dans l'orthophonie. Je sais comment on fait pour rééduquer avec l'expérience, je suis plus dans la globalité du truc. C'est très limité, parce qu'on fait une formation avec une pathologie, et c'est très réducteur. C'est intéressant quand on n'a pas d'expérience, parce que ça nous élargit les barrières dans telle pathologie. Mais c'est un symptôme, donc on le traite, et ça va se déplacer sur autre chose, et si on n'a pas la globalité avec l'enfant, la famille, et que ça passe bien, on aura peut-être une super technique et ça marchera pas. Donc c'est beaucoup la relation, notre humilité et un peu de technique.

Les bilans côtés, c'est nul, le gamin sait qu'il vient avec un problème, il va le faire devant moi, mais je vais pas l'aider, et je vais le regarder se planter. C'est super angoissant pour un gamin qui te connaît pas, qui arrive en face de toi, c'est pas très rigolo. C'est super inquiétant. Si le bilan on le faisait passer au bout de la quatrième fois, ça serait nettement mieux. J'essaie de dédramatiser en disant des conneries.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Non.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Obligatoire.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Si ça se passe mal, je prends pas. C'est très rare, mais c'est arrivé. De ma part, comme de la part du patient. Il y en a qui arrivent et qui m'imposent des choses, donc non ; surtout pour des enfants. Si les enfants ont un parent, souvent la mère, qui arrive soit en disant ce qu'il faut que tu fasses, soit en sachant exactement qu'elle viendra pas, ou qui remet en doute ou en cause tout ce que je dis. Ce sont généralement des gens qui ont déjà épuisé quelques orthophonistes, qui arrivent en disant que les autres sont des nuls et que toi tu vas faire des miracles. Donc tu es sûre que tu vas être sur la liste après. C'est plus dans la relation aux parents. Ça peut être aussi le gamin qui sait pas pourquoi il est là, il veut pas comprendre et s'attache à son symptôme. Souvent, ils vont d'abord chez l'ortho et il faudrait d'abord qu'ils aillent chez un psy. Ou l'instit a pas réussi à l'envoyer chez un psy, et dans ce cas l'orthophonie est un tremplin, sinon les parents entendent pas. Mais on n'a pas de baguette magique.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Mon ressenti ? C'est 90% de mon observation du patient. J'essaie de pas mettre mon énervement par rapport à certaines choses en avant. J'essaie toujours de voir le bon côté. Par exemple, les enfants pourraient me démonter la pièce, je serais très zen. Je pompe beaucoup tout ce qui négatif. Peut-être aussi de par l'expérience, je sais à peu près, au bout de deux fois, si ça va marcher ou pas, si le parent va me l'amener ou non. Et je m'embête plus trop à dire qu'on va continuer si ça marche pas.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?

Pourquoi et comment ?

De mon point de vue, le fait d'être calme, je pense que ça calme l'histoire. Du point de vue des parents, je suis souvent perçue comme quelqu'un de strict, et du coup ils se disent : « ça va marcher ». C'est très bizarre. Moi j'ai pas du tout le sentiment. C'est sûrement à cause des cheveux courts.

Pour que ça marche il faut qu'il y ait une bonne relation. Si ça se passe mal il faut arrêter.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Non. J'essaie de me mettre à la place du patient. Qu'est-ce que ça ferait ? Un homme de 80 ans se faisant rééduquer par une jeune de 25 ans (moue). Comment faire pour qu'il soit bien à ce moment-là ? C'est pas toujours la même relation selon la pathologie. Arriver avec son savoir et ses classeurs, bof. Ça sert pas à grand chose.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?

Ils n'attaquent plus. (rires). Je change, j'impose pas. En discutant. De toutes façons au début j'imposais, et plus tu forces, plus il résiste, donc ça sert à rien. On n'est pas des chirurgiens, donc on peut pas se tromper. C'est pas parce qu'on a l'impression qu'on fait rien dans une séance qu'on a rien fait. Si on est dans la relation, on y est,

qu'on fasse du bled ou un dessin. Plein de choses se passent, si tu es pas sur l'ordi ou au téléphone. Tu cherches à l'aiguiller.

Plus tu avances, plus tu connais ton matériel, plus tu sais comment naviguer dedans. Tu sais quoi en tirer. Moi j'ai fait que trois ans, donc j'ai eu moins de stages, et pas de stage en libéral, donc je m'accrochais à la technique. Je crois qu'il faut se servir beaucoup de son expérience, même quotidienne, de la religion, du sport... tout peut être sujet à.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Oui. Une que j'ai jetée de suite. C'était pour une rééducation de déglutition. Une jeune fille de 14-15 ans, qui arrivait, avec sa mère. La mère parlait. Jusqu'à ce que je demande que la jeune fille parle pour elle-même. Elle suçait son pouce. Donc j'ai dit qu'il fallait arrêter le pouce, pour travailler la déglutition. Et que si il y avait des relations avec le pouce, il fallait savoir pourquoi. La mère m'a dit qu'on me demandait de faire une rééducation de déglutition et pas autre chose, et que j'étais pas psy. Donc c'était tout, je lui ai dit que la rééducation marcherait, mais que les résultats seraient pas corrects, donc je lui ai redonné son ordonnance. La mère est partie en grand fracas. J'ai téléphoné à l'orthodontiste en disant que c'est pas moi qui la rééduquerait.

Une autre fois aussi avec une mère, qui avait un gamin en CP-CE1, qui manquait l'école pour un rien. Et évidemment il acceptait que je le prenne sur le temps scolaire, donc je lui ai dit non, pour qu'il aille à l'école. Au moment de savoir s'il avait un doudou, la maman m'a dit « c'est moi son doudou ». La mère l'amenait pas, puis un jour, j'ai dit que je pensais qu'elle était pas prête et que son fils non plus.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

A la mère. Elle n'a pas supporté ce que j'ai pu lui renvoyer.

Souvent, ils viennent, soit c'est le médecin, soit c'est l'instit qui les a envoyés. Donc c'est pas une démarche personnelle, donc ils font la démarche pour faire plaisir au médecin, et puis ils peuvent pas. Une gamine, en CE2 l'année dernière, elle avait de grosses difficultés, chaque parent avait un parcours atypique. Il y a eu un suivi psy, des réunions à l'école pour mettre en place un PAI. Je la voyais une fois par semaine. Un coup, elle avait mal au ventre, ou alors c'était le dentiste, ou enrhumée, ou la mère qui était malade, etc. Cette année ça a recommencé. C'était une gamine super angoissée quand la mère était pas là. Ensuite elle me faisait du chantage. Plus ça allait, plus elle inventait des trucs incroyables... A s'embourber dans des explications pour pas venir. Donc j'ai laissé s'étioler et j'ai arrêté. Il valait mieux qu'elle aille voir le psy ; les deux en même temps, c'est pas possible. On a beau avoir une bonne relation, le gamin va changer, mais si il fait pas changer la famille autour, c'est pas possible. Les parents doivent être aussi ouverts au changement que ça peut amener.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)
L'arrêt, et parfois la passation.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

A lui. Il a compris le truc.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Un enfant qui est à l'aise. Et quant aux adultes, généralement quand ils en ont marre, les adultes comme les enfants d'ailleurs. Un enfant qui commence à me dire « j'en ai marre de venir », souvent, c'est parce que ça commence à aller bien, il prend confiance en lui, on fait encore quelques fois, je lui dis « tu y réfléchis »... Et généralement deux trois fois après on arrête. Ils sont toujours inquiets qu'on dise « oui d'accord ». C'est pour ça que je dis « tu réfléchis ». On espace les séances.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Oui et non. Non, si l'enfant est à l'aise et que je trouve que (par rapport aux notes scolaires). Après j'ai du mal, oui, parce que je demande toujours le truc en plus, mais que les parents parfois pas du tout. Donc il y a des parents qui se contentent de notes scolaires comme ils le conçoivent, et moi parfois je pense qu'il faudrait un peu plus, parce que les notes sont pas trop mauvaises et que c'est pas encore acquis à 100%. Et souvent ils reviennent un an ou deux après, en disant « il faudrait encore un peu ». Après c'est pas mes enfants, j'essaie de les amener au maximum, mais c'est les parents qui décident au maximum. J'ai arrêté avec une petite en CM2, parce qu'elle a des super bonnes notes. Moi j'aurais bien continué parce qu'elle encore un peu dyslexique. C'est dommage parce que justement, avec des bonnes notes, on aurait pu travailler un peu plus. Résultat cette année en 6ème elle m'a rappelé pour l'orthographe.

Remarques ou Commentaires :

La relation c'est très important. Comme pour tout, si tu vas chez un médecin et qu'il te revient pas, les amis, etc... c'est ce que je leur dis, si ça convient pas, il faut changer. Parce qu'ils sont amenés à faire un bout de chemin avec moi. Après il y a certains enfants qui ont été traumatisés par des orthophonistes !

Témoignage (4)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

J'ai obtenu mon diplôme à Nice en 1976.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

J'ai fait une fac de lettres : licence d'espagnol. J'avais un projet CAPES avant, mais comme j'avais un problème de littérature, j'ai du changer de voie.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

En 86, j'ai fait un stage d'une semaine, de mytho-drame, animé par Laura Chelil (une psychologue d'inspiration jungienne). C'est le principe du psychodrame, avec un masque. On fabriquait le masque qu'on voulait. Puis quelqu'un se lançait et prenait un masque, et allait sur scène, et les autres le rejoignaient. De 90 à 93 : PRL. De 93 à 96 : TA.

En 96, c'était les ateliers d'écriture. J'ai fait une semaine d'atelier d'écriture niveau 1, puis niveau 2. Puis une formation à l'animation d'atelier d'écriture en institution. Et aussi une semaine d'atelier d'écriture « Ecrire la nouvelle ».

J'ai fait aussi une psychanalyse lacanienne qui m'a duré douze ans. En trois tranches : de septembre 81 à avril 86 ; puis de janvier 91 à mars 92 ; et de septembre 99 à avril 2005. Ça a été très fondamental pour moi, ainsi que la PRL.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Salarié à plein temps dans deux CMP.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non, j'ai travaillé à mi temps en salarié libéral, pendant 10-12 ans. Pour des questions d'horaires, pour être le soir à la maison avec ma famille. J'ai arrêté, à la naissance de ma fille.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Chassagny.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Actuellement pas de groupe de réflexion. De la supervision, j'en ai fait au tout début de ma pratique, pendant deux-trois ans, dans un groupe Balint, avec que des orthos. Le superviseur était un psychologue.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

L'ITECC..

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Evidemment.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

C'est difficile de répondre. Je dirais même pas que ça influence, c'est le corps même du travail. Je peux pas dissocier le contact du symptôme, du trouble dont souffre le patient. Je ne peux pas dissocier les deux. J'ai une personne en face de moi qui souffre d'un trouble, je peux pas faire des cloisonnages. Pour moi c'est une personne qui est construite d'une certaine manière et qui a telle difficulté.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Ce n'est pas un élément qui contrarie. Je prends en compte.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?

Pourquoi et comment ?

Un impact oui. Thérapeutique je ne dirais pas.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Non.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?

Dans la mesure où je propose, c'est rare qu'il y ait une attaque, y aurait attaque si j'imposais. Je propose et compte tenu de la réponse, je discute, je négocie, je m'adapte. Je cherche un terrain commun où on peut se rencontrer. Il peut pas attaquer parce que je n'impose pas. Il y a des enfants qui sont très opposants. Par exemple, j'ai une petite fille qui se construit beaucoup dans l'opposition, donc je suis obligée de négocier, c'est une lutte avec elle. Mais ça fait partie de sa personnalité et du travail.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Oui. Y en a deux. Un, qui tient de mon fait, et l'autre qui tient de l'enfant. Le premier, c'était il y a quelques années. Un ado qui me troublait énormément. Il me séduisait énormément, il y avait une attirance, à son insu, il faisait pas exprès. Il me troublait. Ça me perturbait un max ! Heureusement c'était en groupe, en atelier d'écriture. J'aurais pas pu le prendre toute seule. Donc j'ai travaillé en analyse. Il fallait que je travaille sur moi. Il faut le savoir on peut tomber amoureux. Quand on voit qu'il y a des ados qui vont avoir une liaison avec un prof, ça peut arriver. Nous n'avons pas eu de relation, mais ça peut arriver.

Le deuxième, c'était un enfant très opposant, refusant tout en bloc. Mais là j'étais consciente que ça venait pas de moi, et donc j'ai fait ce qu'il fallait pour arriver à faire débloquer la chose.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

Le deuxième, à lui.

Q17 *Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)*
J'en ai parlé à un psy, un superviseur du CMP, j'en ai parlé deux trois fois et il m'a aidée à prendre du recul et à voir ce qui se jouait pour lui. Puis j'ai introduit un tiers, le médecin, et on a modifié la prise en charge, et maintenant il est en psychothérapie, et il y avait un vrai travail psy à faire, et ça n'était pas de mon ressort.

Q18 *Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?*

C'est un mystère. Je sais pas, quelquefois on sait pas. On ne sait pas à quoi l'attribuer. Seul le patient pourrait le dire, qu'est-ce qui s'est passé pour lui. Quelquefois, j'ai observé que quand on en a assez, que ça bloque, le fait d'en parler à un tiers, ça débloque la situation, c'est presque magique. Je pense au groupe des enfants autistes, avec lesquels on se décourage des fois. D'en parler des fois ça va mieux, mais ça reste mystérieux. On sait pas ce qui a fonctionné. Les inconscients ? Je ne sais pas. J'ai seulement constaté ça.

Q19 *Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?*

(réflexion). C'est pas forcément que le symptôme ait disparu. Elle doit prendre fin quand on s'ennuie de part et d'autre. Quand il se passe plus rien. Là elle doit prendre fin. Quand il y a plus de demande et d'attente de la part du patient. Je dirais ça.

Q20 *Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?*

Je réfléchis si ça m'est déjà arrivé de pas vouloir arrêter. Je sais pas. (réflexion). Moi j'ai du mal à confier aux stagiaires de 4ème année un enfant avec lequel j'ai noué une relation. Et comme il faut que les 4ème année soit seuls avec l'enfant, là ça m'est un peu difficile, parce que je suis frustrée. Quand on fait des séances à trois, ça va, mais quand j'en confie certains, c'est parce qu'il y a pas de difficultés, parce que je sais que la stagiaire va pouvoir bien travailler. Mais pour mettre fin, non, parce que quand on met fin à un travail, c'est que ça va, il y a plus de demande, plus trop de souffrance. Voilà quoi.

Témoignage (5)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

A Nice, en 1988.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Seulement deux P1.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

On pourrait remplir des pages. Alors les dernières ou celles en cours : rééducation du langage écrit avec Gilles Lelou cette année ; rééducation du langage écrit avec Emmanuelle Métral (six formations sur l'année), rééducation logico-math Métral (sur deux ans, douze sessions), bilan du langage écrit Métral, bilan du langage écrit pour les ados, bilan logico-math et bilan logico-math ado (Métral aussi), bilan du langage oral avec Elsa Dall'Agnol. Entre 2008 et 2012, j'ai fait COGI-ACT sur deux ans, tous les deux mois. Et puis voix, bégaiement, dysphasies (avec Touzin), déglutition, les congrès de la FNO, les assises d'ORL. Je fais aussi beaucoup de voyages professionnels au Canada et aux Etats-Unis (conférences). Etc.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Mixte.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Oui, toujours, mais avant c'était le CAMPS, et avant la phoniatry. Parce que le travail à l'hôpital est différent, on travaille en équipe sur des pathologies qu'on voit pas en libéral, et on avance beaucoup plus en recherche et en théorie qu'en cabinet. Au centre référence, je suis amenée à faire des conférences régulières aux enseignants, aux neuropsych, médecins sur les troubles spécifiques du langage, ça oblige donc à être à la pointe de la théorie et de la clinique.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

À cause du courant actuel, c'est plus la neuropsychologie parce qu'il y a plus d'écrits dans ce domaine-là, pour les troubles spécifiques (dyscalculie, dyslexie, dysphasie), pas pour le reste. Je prends pas les troubles de la personnalité, ou les cas psy, parce que je suis pas compétente là-dedans. J'ai commencé avec la PRL. Ça reste intriqué à ma pratique. Pour moi ça n'est pas l'un ou l'autre. Sinon l'analyse transactionnelle, la gestion mentale, plusieurs approches de rééducation du langage écrit : Estienne, Borel (linguistique, psycholinguistique). Je me sers toujours de tout ça, que j'actualise et enrichit avec des choses plus récentes. J'utilise Borel et Girolami toujours.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Supervision non. Mais on a un groupe de réflexion avec les orthos du cabinet, ici. Pas à l'hôpital, parce qu'on n'a pas trop de temps.

Q8 *Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?*

Non. Mais je vais le faire.

Q9 *Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?*

Bien sûr.

Q10 *Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?*

Non ça influence pas le diagnostic, sauf si il y a un problème de contact important. Mais si ça reste juste quelque chose qui n'est pas dans la pathologie, juste une qualité de contact, ça n'influence pas dans le diagnostic, s'il n'y a pas de trouble à ce niveau-là.

Q11 *Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?*

Pour moi, c'est ma fonction de thérapeute, j'induis toujours une bonne relation, parce que ce que je vais faire passer, va mieux passer. Je sais qu'avec les ados ça passe très bien, parce que je l'induis. Avec les plus petits, je me pose en thérapeute dans une certaine relation que j'estime contrôlée. Je m'en sers quand c'est positif. Quand ça contrarie, je ne m'en sers pas. Je pense à une adulte qui avait une PF, due à une opération sur la langue. Là j'ai tout de suite mis des limites et jalonné, parce qu'il y avait trop de familiarité, donc j'ai cadré la rééducation, j'ai mis un cadre thérapeutique tout de suite. C'est moi qui ai décidé que c'était comme ça et pas autrement, parce que le trouble était pas au niveau de la plainte, c'était un trouble psy, d'ailleurs après la patiente a arrêté. Mais c'est rare, parce qu'on est pas censé avoir ces patients. Pendant un moment j'ai fait autre chose qui n'était pas de l'orthophonie pour l'amener à consulter un thérapeute. On a souvent besoin d'un accompagnement thérapeutique pour les enfants ayant un trouble spécifique sévère, donc on doit accompagner les parents dans cette prise de conscience.

Q12 *Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?*

Pourquoi et comment ?

Oui, forcément. Quand on a des pys qui nous appellent pour des patients qui ont essayé plein d'ortho, c'est à ma personnalité, et non à mes compétences thérapeutiques, qu'on s'adresse.

Q13 *Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?*

Ça dépend plus des personnes, et de leur âge. Ça va rentrer dans le type de relation. Je ne sais pas.

Q14 *Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le média que vous lui proposez ?*

J'essaie d'en parler avec lui, de savoir pourquoi il le refuse, est-ce que c'est trop dur, est-ce que c'est une opposition systématique ? Souvent c'est parce que la personne se sent en échec, donc j'estime que c'est la faute du thérapeute, il faut ne pas le mettre en échec. Donc la première chose que je fais c'est me remettre en cause. Et puis j'essaie d'en parler avec la personne, voir si le problème est plus personnel ou psychologique.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Non. Il y a plusieurs années, les difficultés que j'ai eues, c'est qu'un pédopsychiatre m'envoyait pas mal d'enfants très jeunes, psychotiques ou prépsychotiques, parce qu'il croyait à l'intervention orthophonique précoce. J'ai arrêté d'en faire parce que je n'étais pas à l'aise. Pour moi c'était difficile, seule. Peut-être je le referai, maintenant ça serait plus facile, avec l'expérience. Actuellement je vois rien qui me mette mal à l'aise. Quand on commence, on a pas mal d'appréhensions. Plus on avance dans l'expérience et dans la connaissance de la pathologie, plus les difficultés relationnelles diminuent. De même pour l'accompagnement parental, avant j'aurais jamais osé leur proposer d'assister aux séances, alors que maintenant j'insiste pour qu'ils le fassent. Et c'est lié aux expériences et connaissances.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

Sans réponse

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

Je n'ai plus eu de ces pathologies qui me mettaient mal à l'aise. Pareil pour l'enfant sourd, parce que j'étais pas bien formée. Par exemple, la dyscalculie me mettait super mal à l'aise, mais avec quatre ans de formation, maintenant au contraire, je le fais avec plaisir, parce que je maîtrise. C'est plus facile quand on sait ce qu'on fait. Si j'avais été formée pour les TED, j'aurais été à l'aise. On peut pas être compétente partout, donc y a des pathologies qu'on voit plus. Par exemple, les dyscalculies, quand on commence à en diagnostiquer, on nous en envoie plein. Le bégaiement, j'en ai pas fait pendant des années, et aussi parce que ma fille a bégayé très tôt, dès qu'elle a commencé à parler, et j'ai très très mal vécu ça, et là j'aurais pas pu prendre de bégaiement, je les envoyais à d'autres orthos. Et quand elle a arrêté, j'ai recommencé un petit peu à en prendre, parce que je l'ai vécu, et que mon expérience peut servir à une autre maman. Les implications personnelles jouent aussi. Quand j'étais au CAMPS, j'ai eu des pathologies neuropédiatriques très graves, et ça m'a mise vraiment en difficulté, parce que je suis tombée enceinte de mon deuxième enfant, et je voyais ces enfants, et j'ai pas supporté. Donc j'ai arrêté le CAMPS. C'était trop dur. Parce que je ne supportais pas la souffrance des enfants. Notamment, je me souviens d'un tout petit enfant auquel il fallait trouver un moyen de communiquer. Je l'ai fait, mais c'était très dur. Et puis j'ai arrêté.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

(Sans réponse)

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Ça dépend de la pathologie. Globalement, je dirais le bilan. Dans un trouble dys, il y a pas vraiment de fin, puisqu'on sait qu'on ne guérit pas le trouble, mais pour moi le critère de fin va être quand l'enfant a automatisé la généralisation des compétences. Je travaille donc sur les moyens de compensation.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Moi je n'ai absolument aucune difficulté à mettre fin à une prise en charge, mais souvent les patients ont des difficultés à arrêter, parce qu'ils ont peur de ne pas y arriver seuls. Je fais un travail donc de prise de conscience des capacités, de généralisation des compétences. Je leur propose d'arrêter un moment, de voir comment ils se débrouillent tous seuls, en leur disant que sinon, ils risquent d'être dépendants du soutien de l'ortho, qu'il faut apprendre à marcher sans béquille. Et que si ça va pas je les reprendrai sans souci, et en général ils reviennent pas. Mais je laisse toujours la porte ouverte. Après, il y a eu aussi les erreurs, parce que je croyais que c'était fini, parce que je n'avais pas fait de bilan assez précis.

Les principaux écueils, à mon sens, c'est de ne pas faire d'évaluation assez précise, au niveau relationnel, ça va. Il y a des erreurs diagnostiques au départ aussi, toujours à cause d'un bilan pas assez précis ou complet. Ce sont des hypothèses, en repensant après, avec l'évolution des connaissances, je me rends compte que j'ai pas assez évalué.

Remarques ou commentaires ?

J'ai eu une prise de conscience récente : pour moi l'évaluation est vraiment très très importante. La relation également, pendant le bilan et pendant la prise en charge à au moins 50/50. Mais l'évaluation que je fais actuellement, les prises en charge que je fais actuellement, et le type de relations que j'ai à ce jour, ne seront certainement pas les mêmes dans quelques mois. J'ai vraiment le sentiment de changer des choses. C'est en discutant avec d'autres collègues qui sont dans un schéma et qui resteront là-dedans toujours. Peut-être que je pourrai vous dire autre chose dans six mois.

On avance par le doute et pas par les connaissances . Je mets sans cesse en doute mes connaissances, mais c'est très positif pour moi, c'est là que je trouve une certitude et une stabilité. Plus je fais des stages, plus j'ai envie de connaître.

C'est important, aussi, d'avoir un projet thérapeutique dans le langage écrit. Ça va beaucoup plus vite !!

Témoignage (6)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

J'ai fait mes études à Montpellier, et j'ai eu mon diplôme en 1973.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Directement après le bac.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Au moins 50 ! Beaucoup pour les troubles logico-math, la dyscalculie, le bégaiement, les bilans.... J'en fais une à deux par an depuis 39 ans.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non, j'ai travaillé pendant 15 ans avec une psychologue.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

J'ai été formée à l'école de Mme Borel. Ça reste à mon avis un pilier. J'ai été formée aussi au GEPALM avec Francine Jaulin Mennoni, ça reste une référence pour moi. C'est plus un mix après.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Groupe de travail oui, puisque souvent on a constitué des groupes avec d'autres orthos. Supervision, pas par un psy, mais je considère notre groupe de travail comme une supervision parce qu'on est peu nombreuses, parce qu'on est libres et liées, sans aucune concurrence puisqu'on est même pas au même endroit. Donc c'est une forme de supervision.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

L'association trisomie 21, je suis au conseil d'administration de cette association. Je ne suis plus syndiquée depuis deux ans, je l'ai été pendant 37 ans, parce que je trouve que c'est très cher, pour des combats qui ne me correspondent pas. Il y a plusieurs choses dans notre pratique qui mériteraient d'être défendues, dont la revalorisation des salaires, puisqu'on est au SMIC tout en travaillant beaucoup d'heures. On n'est pas défendus non plus sur nos relations avec la sécurité sociale, et notamment pour faire deux séances d'affilée. Pour l'histoire de la formation continue, je ne me sens pas très concernée. Je nous trouve mal défendus. Je n'entends jamais vraiment parler de nos problèmes cruciaux.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Ça ne m'influence pas tant que ça. Quelquefois le contact est plus ou moins bon, parce que les gens sont plus ou moins réceptifs, néanmoins, on essaie de voir au-delà de ça pour faire le diagnostic.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Je dirais que, au début de mon exercice professionnel, je pense que ça a contrarié l'objectivité du bilan, maintenant je pense que c'est une information que je dois prendre compte, parce que mon ressenti est le fruit d'une accumulation conséquente d'observations et d'expériences. Ça fait que mon ressenti n'est pas complètement naïf, et il est fondé sur tout un tas de connaissances, et j'en tiens compte bien sûr.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?

Pourquoi et comment ?

Oui, bien sûr. Comme chaque fois qu'il y a une rencontre humaine. Parce qu'on est dans une relation suivie, qui va durer des années. Il est évident qu'on a un impact sur l'autre. On peut pas imaginer que l'orthophonie se réduise à des techniques.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Non.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?

Je suis cool. Ça dépend s'il s'agit d'un enfant opposant, qui a décidé de m'énervé et que nous sommes en conflit ouvert, et que j'aurai le dernier mot. Ça dépend du contexte. D'une manière générale je pense qu'il faut être souple, néanmoins j'essaie de revenir à la charge si je pense que ce support est nécessaire, je suis pas obstinée non plus. J'insiste un peu, j'essaie de faire comprendre l'utilité, après s'il y a une aversion pour ce que je propose, je ne crois pas qu'il y ait une approche unique ! Je suis quand même relativement dirigiste. Ça me paraît absurde de laisser choisir son activité à l'enfant, je pense que quand on a une carrière derrière soi, on peut quand même avoir un avis sur la question.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Oui, c'est jamais ouvertement conflictuel, mais on a parfois des patients qui arrivent en faisant la tête, avec des jeunes pré-ados, il est arrivé qu'ils viennent en faisant la tête.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

Par principe je me remets en question, je me dis « tu as pas su le présenter, le convaincre du bien-fondé de ce que tu lui proposes. » Après c'est quand même souvent indépendant de l'orthophonie, quand ça se passe pas bien. C'est rare que j'ai ressenti que c'était ma personne qui était concernée, surtout qu'à ce moment-là je propose de changer. C'est souvent les horaires, le fait même d'être pris en charge, le dégoût de l'école, si l'objectif est d'être mieux en orthographe, par exemple. Et donc ça crée une relation assez ambivalente. En ce moment j'ai le cas avec un jeune homme.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

On a pas mal discuté, aujourd'hui, pour savoir de quoi il retournait, je lui ai dit que peut-être une heure c'est long, il arrive toujours un peu en retard. Je me suis toujours bien entendu avec lui. Donc je pense que le temps qu'il a pour manger est une des raisons du problème, donc je lui ai proposé de ne plus faire une heure mais une demi-heure. J'ai vu qu'il se détendait quand je lui ai demandé ça. Il vaut mieux faire une bonne demi-heure, qu'une heure nulle. Si vraiment j'ai un souci, ça peut aller jusqu'à la passation, honnêtement il y a sûrement des gens qui m'ont quittée pour aller voir un autre ortho, mais je ne l'ai jamais su, ils ne me l'ont jamais dit. C'est vrai que quand ça va pas, il y a toutes les solutions que vous proposez ! Souvent, quand il y a un problème, c'est souvent un problème d'horaire. Ça va pas parce que c'était le moment de la série-télé, ça va pas parce que c'est après une journée d'enfer et qu'il faut ressortir... Ça concerne souvent les pré-ados et ados. Les enfants aiment bien venir, les adultes viennent d'eux-mêmes.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

Pas à moi en général. Je me dis que si il y a eu un déblocage après beaucoup de temps à patauger, ça peut être à la faveur d'un nouveau prof. Soit la rentrée en 6ème, soit la rentrée en seconde, ou des nouveaux enseignants, ou une situation familiale éclaircie.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Quand la raison pour laquelle la personne est venue s'est débloquée. Si c'était une petite dyslexie, ça peut être la pathologie qui est moins visible, ça peut être la lassitude qu'on peut sentir chez le patient. Par exemple, j'ai des enfants trisomiques, un notamment que je prends depuis l'âge de 5 mois. Au bout de dix ans, cet enfant a fait le tour. C'est ou bien que la raison pour laquelle il est venu, n'a plus lieu d'être, ou bien parce qu'on n'a pas réussi à régler un problème professionnel, ou parce que les gens déménagent !

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Non. Si c'est fini, c'est fini. Mais le problème, c'est que vous allez interroger des jeunes orthos, et on n'a pas du tout les mêmes problèmes. Moi j'ai aucun problème d'autorité, ni de réclamer, ou d'imposer. Je ne crains pas de perdre mon client, je ne crains pas ce qu'il va me dire, la plupart du temps, ils ont quarante ou cinquante ans de moins que moi. Je ne me sens pas en difficulté particulièrement.

Remarques ou commentaires ?

Par rapport à ce nouveau courant où on laisse faire à l'enfant ce qu'il veut, je pense que le choix est anxiogène, ils ont besoin non d'être commandés, mais d'être dirigés. L'enfant vient quand même pour une pathologie, et comment je vais utiliser ce jeu pour la pathologie ? Il faut un sacré background pour arriver à en faire un usage orthophonique. Moi je laisse des enfants choisir des jeux, mais je vais un peu aiguiller leur choix. Je ne vois aucun fondement théorique à cette manière de comporter, si ce n'est la paresse...

Témoignage (7)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

A Nice, en 1978.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

J'ai fait une Licence d'anglais à la fac de lettres de Nice.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Pas grand chose, quelques petites formations. Par exemple, la Méthode « bon départ ». J'ai fait tous mes grands stages dans un internat à Villefranche, dans une école oraliste. C'était des classes pour les sourds, faites par les orthos. Quand le Docteur X est parti à la retraite, le Docteur Y l'a remplacé et m'a engagée. Donc j'ai toujours travaillé avec des sourds. J'ai été formée par toutes les vieilles.

Sinon, j'ai fait quelques formations en langue des sourds à Paris, et une petite formation récente pour le LPC.

C'est difficile de faire des formations quand on a une classe. A l'époque j'étais un peu isolée à Villefranche, donc j'ai pas tellement de formations.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

En salarié, à l'APAJ.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non. J'ai eu d'abord un cabinet. Après, je suis revenue travailler avec des sourds, d'une part parce que ça m'intéressait, mais aussi pour la question des horaires, surtout dans un village, j'étais obligée de prendre toutes les rééducations. Donc j'ai repris un travail salarié, et j'y suis restée.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Quand j'avais le cabinet, je suis une ancienne, y avait beaucoup moins à l'école d'orthophonie. Nos références étaient nos profs, qui n'étaient pas ortho. Par exemple, Mme Mucchieli. C'est ma référence. Avec tout ce qu'elle apportait de sa pratique, on travaillait beaucoup avec les bouquins de Marie De Maistre. C'était pas encore trop psy. A l'époque on se destinait surtout à des rééducations d'enfants, on pensait pas trop aux...

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Supervision non. Groupe de travail : oui, il y a deux ans. C'était intéressant, mais on peut pas trop en faire. Ça manque. Ça manque chez les salariés, en tous cas ici.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Non. J'ai été syndiquée en tant que salariée pendant un temps. Il y avait un grand vide au niveau du syndicat pour les salariés, mais pendant deux-trois ans, j'ai été syndiquée, et je n'avais pas les réponses aux questions que je posais. Mais je me tiens au courant par les autres orthos.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Par rapport à l'expérience, surtout en libéral, ça dépend où tu es installée. Ça joue beaucoup sur le type de personnes que tu reçois. Etant dans un village, la plupart du temps, tu connais les gens d'avant, de vue, tu les as croisés... Ça t'influence dans le sens où quelquefois tu peux avoir un a priori, une idée de cette famille, d'avant, donc tu la reportes sur le gamin. Ça peut jouer en bien ou en mal. A toi de voir si tu t'es trompée, ou si tu as eu un mauvais diagnostic de départ. Dans un village souvent tu es influencée, pas forcément en mal, mais c'est pas anonyme, tu connais la famille, l'institut, parce qu'il y a qu'une école en général. Ça influence. Il faut être vigilant et conscient de ça.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Il faut le prendre en compte mais être conscient que ça peut fausser l'objectivité.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?

Pourquoi et comment ?

Oui. En bien ou en mal. Parce que la relation avec le gamin ou avec les parents, ou avec les instituts, quand ça marche, tu te dis « en bien ». Ton comportement peut être une source d'échec au niveau de la rééducation. Pouvoir dire aussi qu'on pourra pas avec cet enfant, c'est important.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Pas vraiment. Au niveau des enfants, c'est vrai que peut-être dans certaines pathos, il faut mettre un peu de distance, certains en ont besoin, mettre des barrières, des cadres, forcément. Mais quand même je pense qu'on ne peut pas changer complètement notre façon d'être. Quelque part, il va toujours y avoir un fond qui reste le même quels que soit la pathologie et le patient. Forcément je vais toujours avoir le même comportement à un moment, parce que c'est moi, c'est ma façon d'être. Il y aura toujours une espèce d'unité de relation.

Après il y aura des adaptations, mais ça sera dans un deuxième temps, ça fera partie du projet thérapeutique. Il faut que je me force « là il va falloir que tu sois comme ça et pas comme tu aurais envie d'être d'emblée ».

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le média que vous lui proposez ?

À l'époque, avec les adultes (aphasies, etc), j'ai pu avoir des réactions comme ça. Soit y a des gens qui réagissent mal parce que c'est trop facile pour eux, donc ça les dévalorise. Donc à toi de réadapter. Après j'ai eu des réactions un peu vives, même agressives, mais ça faisait partie de la pathologie, c'est à toi de calmer le jeu. J'ai rarement eu des patients qui attaquaient vraiment. Il faut anticiper. Si c'est un adulte, quelquefois tu vas réagir d'adulte à adulte, alors qu'il faut réagir en tant que thérapeute. Un gamin qui refuse, tu vas avoir une autre attitude, tu vas devoir un peu imposer, parce que ce jour-là il a un poil dans la main. Si ça fait plusieurs fois, tu remets en question le support proposé. Tu auras plus d'autorité avec un gamin qui refuse quand même. Sinon des gamins vont te mener par le bout du nez.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Rarement. J'ai eu des difficultés à avoir de la patience. A me rendre compte que ça passait pas, que je n'y arrivais pas, soit par manque de patience. Rarement avec des gamins, je crois que ça m'est jamais arrivé. Avec des adultes, quelquefois, le courant passait pas. Moi j'arrivais pas à rentrer dans la rééducation parce que ça répondait pas. Par exemple, les laryngectomisés, j'y arrivais pas, à leur faire sortir un son pendant l'éruption. Donc j'ai fait passer à une autre ortho. Un autre patient où le courant passait pas, je n'acceptais pas (un laryngectomisé parce qu'il buvait beaucoup), qu'il soit un malade, j'avais du mal. Donc je l'ai adressé à quelqu'un d'autre. Là c'était un problème relationnel. Au niveau des gamins, mon premier patient, c'était le fils d'une commerçante de Villefranche. Quand je rencontrais ce gamin dans la rue avant, il me paraissait très antipathique, je me disais « mon Dieu, si un jour j'ai des patients comme ça... » et ça a été mon premier patient !
An niveau des parents, quand ils sont antipathiques, il faut faire attention. Tu arrives à faire la part des choses après, et à pas reporter sur le gamin.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

Au fait d'accepter certaines pathologies comme des maladies. Je préfère d'emblée travailler avec des enfants de toutes façons.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)
J'ai essayé d'adresser à d'autres, mais c'était pas toujours possible. J'aurais pu adresser à quelqu'un d'autre systématiquement, je l'aurais fait, mais ça n'était pas possible. Dans le cadre de mon activité ici, en salarié, je préfère travailler avec les enfants du primaire qu'avec les collégiens. D'abord parce qu'ils refusent les ortho à partir de la 4ème. J'ai du mal aussi avec l'attitude ado. Je préfère éviter donc. Parce que j'aurais tendance, en fait, à ne pas trop prendre de recul en tant que thérapeute. Ayant eu des enfants, j'ai tendance à les traiter comme mes propres gamins à l'âge bête, donc j'ai du mal à gérer ça avec des ados. Peut-être maintenant ça sera peut-être plus la même approche. Je mets trop de cœur ! Mais je le sais donc j'évite. Mais j'ai les grands en primaire, j'ai souvent des grands et des difficiles, parce que j'arrive peut-être à les canaliser, tout en étant maternante, et quelque part ils me craignent un peu. Mais on reste en bons termes !

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

À la rééducation, je pense ! Au travail que l'on fait tous les deux, surtout lui, surtout le patient. Il faut pas oublier qu'on leur demande beaucoup. Donc c'est eux les principaux acteurs. Notamment les enfants sourds, quand les résultats sont là, ils ont peiné, ils ont mis beaucoup d'eux-mêmes. C'est à eux que reviennent les lauriers.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Je pars du principe que des rééducations longues, au bout d'un moment, il faut changer d'ortho. J'ai vu des rééducations qui duraient des années. Chez un sourd ça peut se comprendre, et encore, l'ortho devient une maman, ou une thérapeute, etc... et je pense que c'est pas bon. Même avec les parents, ils deviennent un peu trop proches.

Il faut être vigilant, selon les pathologies, au bout de plusieurs mois ou années, il faut changer d'ortho, ou chercher ailleurs, s'il y a pas d'évolution. Si ça dure trop, par rapport à ce qu'on a observé au niveau du bilan. On doit se donner des limites. C'est fonction du bilan, de la pathologie, et de se fixer au départ des limites de temps. Aussi quand ça va. Quand on a atteint le maximum de ce qu'on peut faire pour le gamin. Par exemple, un gamin pour un trouble d'articulation, une fois qu'il arrive à articuler les sons, et qu'il persiste, dans son discours habituel, à avoir le même trouble, il faut le laisser partir en disant « maintenant tu es capable » et après il faut que le gamin se lance, qu'il ait envie ou pas envie. Savoir lâcher prise quand on pense qu'on a fait le maximum.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Oui, j'ai eu des difficultés, c'était surtout toujours pour des questions relationnelles. Pas envie de lâcher tel gamin, sentimentalement. Parce qu'il y a des gamins qui sont attachants. Mais c'est pas une bonne raison pour continuer une rééducation. Donc j'ai gardé contact avec beaucoup d'enfants. Des difficultés parce qu'on pense que c'est pas fini mais qu'on n'y est pas arrivé, non. Il faut arrêter, se remettre en question, c'est parce que ça n'a pas marché entre nous. Il faut pas continuer à l'infini si on y arrive pas.

Il faut se rendre compte que c'est un échec. Si j'étais en cabinet, j'aurais demandé d'autres examens. Mais là on peut pas. Il faut changer la façon d'expliquer la chose quand un gamin a pas compris. C'est pareil en rééducation. Au bout d'un certain temps, si ça marche pas, soit tu changes complètement, ou bien tu as épuisé ton stock de façons, et à ce moment-là, tu dois te rendre à l'évidence et passer la main.

Remarques ou commentaires ?

Certaines stagiaires auraient du faire autre chose ! Tu vois les gens qui font ça par conviction, parce qu'ils aiment, et ceux qui font ça parce que c'est un hasard.

Témoignage (8)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

J'ai eu mon diplôme en 1999 à Nice

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Une fac de sciences éco : un Deug pendant 4 ans sans l'obtenir.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

La PRL. La TA. Les groupes cliniques (chaque année on a un formateur différent.) Et d'autres formations, la plupart du temps sur Nice : une sur la dysgraphie, une sur la dysphasie, mais c'est du ponctuel. De temps en temps je vais aux assises d'ORL. Je suis très friande de formations.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Seulement en libéral. Je suis intervenante au SESSAD trisomie 21. Je vois les enfants du Sessad au cabinet, mais on fait des ateliers sur l'oralité pendant chaque vacance.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Rien que l'idée d'avoir deux lieux de travail, des vacances à gérer, etc... Je me sentais pas au niveau de mon organisation de gérer deux boulots. Mais en plus, dans libéral, il y a liberté dedans. Les stages que j'avais faits en CMP et autres m'avaient pas donné envie.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Beaucoup Chassagny. Mais après par rapport à l'oralité Catherine Thibaut, Catherine Seneze sont mes idoles. Après ça dépend des cas qui se présentent à moi : dysphasique, trisomie, autisme.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Les groupes cliniques. Ce sont des reprises de cas. J'ai jamais eu recours à une supervision, j'ai toujours eu envie d'y participer, mais par rapport à la PRL, c'est quelque chose qu'on aborde très vite.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Je suis syndiquée à la FNO.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui, même au téléphone. Au premier coup de fil, la prise de rendez-vous au téléphone, c'est ça la première rencontre. C'est essentiel.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Je parle des enfants. Ça permet de situer comment les parents vivent la chose, si il y a un gros stress, la manière dont ils prennent rendez-vous, la date d'ordonnance : des fois ça date de 6 mois, des fois elles sont dégueu, ceux qui pensent même pas à amener un mode de paiement, par rapport aux disponibilités... Par rapport aux questions lors de la première rencontre aussi, du genre « alors c'est pas trop grave ? ». Y en a qui rentrent, en deux secondes, c'est Beyrouth, et on voit comment les parents gèrent ça. Pas le comportement des enfants, parce que c'est souvent stressant pour eux. C'est comment le parent parle, ou si l'enfant se prend une beigne direct, ou si il laisse faire. Ici le quartier est assez mitigé, dès qu'on monte un peu vers Pasteur, au niveau social, c'est en général des familles limites. Il y a souvent une pauvreté éducative. Vous avez des gamins qui ne connaissent pas la mer, qui savent pas qu'il y a des poissons dedans. Ils savent pas, à la montagne, qu'il y a pas de cabine téléphonique au sommet. Ça influence mon diagnostic pour un gros gros retard de langage ou de parole, si il y a la même chose au niveau des parents. On se dit que dans le milieu, il y a déjà une carence qui peut expliquer le retard. Ça influence pas le diagnostic, mais ça fait référence au milieu dans lequel l'enfant grandit. La conduite thérapeutique, oui, parce que ça va être dans la manière de conduire la thérapie : parfois ça va être carré, niveau fréquence, des fois ça va être tous les quinze jours ou d'autres toutes les semaines.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Ça contrarie pas du tout l'objectivité du bilan.

Le bilan, y a plein de fois où c'est pas possible de le faire passer pour les petits. Mais je suis pas une grosse malade. Y a largement le temps après de voir l'étendue des dégâts. Je vois d'abord les parents sans l'enfant, si c'est possible. Pour éviter les coquilles. Et puis l'enfant voit que les parents connaissent l'endroit après.... mon ressenti est une information à prendre en compte, en revanche pour des enfants psychotiques ou limite, au niveau de la personnalité, je ne me base que sur mon ressenti. Quand ça fait peur ou quand c'est bizarre, c'est plus de la névrose.

Pour la prise en charge, oui, parce qu'il y a des enfants avec qui je vais être très cadrante, et d'autres où il y aura plus de possibilités pour l'enfant.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?

Oui, ça se contrôle pas mais c'est évident. Par rapport au transfert. Tout le monde s'accorde pas avec tout le monde. Le transfert se fait ou ne se fait pas.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Non. Je pense pas. Je pense qu'elle fait beaucoup ou de bien ou de tort dans toutes les pathologies. Pas selon les pathologies, mais selon les personnes. Si vous avez un gros rigide, par exemple... y a des personnalités, c'est pas possible que ça s'accorde facilement.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?

En général je demande à l'enfant ce qu'il veut faire. Si ça fait deux mois qu'on fait du Qui est-ce, j'essaie d'introduire Puissance 4 (rires). Ça dépend, si par exemple, je peux dire « on va changer, on va pas faire un jeu, on va faire des séries. » Et si l'enfant a pas envie, je vais lui dire « bien tiens écris-le, si t'as pas envie. » Si un enfant veut dessiner, je vais essayer d'introduire l'écrit dans le dessin. J'ai jamais eu de refus complet. Y a des enfants qui restent bloqués sur des activités. Si il y a refus, il y a au moins la proposition de regarder la boîte, les images. Ça sert à rien d'imposer. Si l'enfant en est pas là, ça sert à rien. Donc je réagis très zen.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Oui. Quand ça bloque, c'est l'ortho qui doit changer, c'est pas l'enfant qui peut s'adapter. Dans ces cas-là, je refile à une ortho pas loin. J'en parle avec les parents, je dis que je sens qu'on est dans une impasse. C'est pas de l'opposition. C'est vraiment que je sens que j'ai pas envie de recevoir le patient, adulte ou enfant. Donc ça fait pas avancer les choses.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

À des choses qui moi me hérissent. Ce que ça me renvoie. Par exemple, il y a un truc que je supporte pas, c'est les haleines. Au début j'avais un grand trisomique, très passif, hypotonique. Il s'asseyait à côté de moi, j'avais envie de vomir. C'est pas forcément des choses qui m'énervent. Une fois j'ai donné à une maman l'aspi et la lingette pour nettoyer la salle d'attente. Y a un gamin, il me rejetait. J'arrivais pas à gérer ça, il faisait des crises de fous. Lui, vraiment, extérieurement, j'étais calme, mais intérieurement, j'avais envie de lui en retourner deux. Plein de fois j'ai arrêté la séance.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

Arrêter la prise en charge, pour limiter les dégâts. Recours à un superviseur. D'en parler, déjà ça, ça permet d'avoir du recul. C'est certain que de pouvoir en parler, et en plus quand on a des cas similaires, ça fait un bien fou. Ou parfois l'entretien avec les parents, et là on se rend compte que les parents se sont séparés, etc... Ou de s'entendre dire qu'il veut plus venir, alors qu'à moi il dit l'inverse. Je fais pas d'entretien avec l'enfant de front, mais je lui demande « est-ce que tu penses qu'on se voit trop ? ». Y a des périodes, avec les personnes âgées, où on se prend des décharges d'agressivité. Il y en a dont j'ai eu peur qu'ils viennent me casser la voiture ou la gueule. Des fois je suis pas tranquille.

J'en suis pas à me miner, je n'en suis plus là. En plus nous on est les bonnes poires, on a le temps de s'en prendre plein la gueule. Par rapport à ma personnalité, les groupes cliniques m'ont aidé à faire la part des choses : savoir qu'il y a des choses qu'on peut pas dire, même par rapport à d'autres professionnels.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

Des fois on sait pas à quoi. Je sais pas. Y en a une, de gamine, que je suivais il y a longtemps, elle avait trouvé sa mère suicidée. Elle avait un accent du nord. Elle était en CP-CE1, en grande difficulté.

Je l'ai suivie jusqu'au collègue. Au bout de plusieurs mois de prise en charge, on est repassé sur du rythme, repassé par la première symbolisation. Donc elle s'y prêtait volontiers. On faisait des points pour des bruits. Et puis un jour elle fait [p], et je lui ai dit qu'on pouvait faire un « p », et du coup elle a compris qu'on écrivait ce qu'on parlait. Mais la plupart du temps je ne sais pas. Souvent, les longues périodes de stagnation ou de régression, c'est reculer pour mieux sauter, à la veille de passer un cap.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Quand le gamin veut plus venir. Pour un adulte, quand il commence à annuler des rendez-vous, qu'il commence à dire qu'ils sont pris, dans la semaine. Pour les enfants, soit y en a qui le disent, soit c'est plus comme d'hab. Y en a, y a un arrêt de la prise en charge avant que les choses soient acquises. Pour les troubles de parole ou les problèmes d'apprentissage, ils sont sur les rails, mais ça s'arrête pas, mais j'espace un peu. Ou alors il y a la programmation : « tu penses qu'on a encore besoin ? Combien de fois ? » C'est vraiment par rapport au patient. C'est très rare que j'ai dit à un enfant qu'on arrêterait. Souvent je propose à l'enfant, et il m'en reparle la fois d'après.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Non. Parce que ça ne me dérange absolument plus. Je ne me pose même pas la question. Sans insister si il y a pas de demande d'arrêt, j'arrête pas. En revanche, si j'en peux plus, je vais passer la main. Ça a toujours été dynamisant, d'ailleurs, d'avoir des remplaçantes. Le blocage parfois, c'est que j'arrive pas à passer à une étape supérieure, à le considérer autrement.

Et je le dis aux parents aussi. Et les parents le prennent bien.

Remarques ou commentaires ?

La relation, c'est certain que ça fait beaucoup. Une anecdote : un gamin qui venait de Bourgogne. Quand il allait chez l'ortho, elle lui faisait arroser sa plante. Elle lui disait « et si tu viens pas, qui va arroser la plante ? »

La relation doit rester thérapeutique, parce qu'il y en a qui déversent sur vous. Moi je rentre, et j'oublie. Il faut pas pleurer sur ou avec les patients. Il y en a qui appellent souvent, le weekend !

Témoignage (9)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

A Nice, en 2010

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Le bac et puis prépa.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

J'en ai fait une en dyscalculie à Marseille. J'en fait une en mars sur les troubles du langage écrit.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

En libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Pas de salariat, parce que t'es pas libre de faire ce que tu veux. Y a une ambiance pourrie, un soi disant travail d'équipe, puis en fait y en a pas vraiment.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Je me suis beaucoup servi de ce que j'ai vu en stage, et de ce que je suis. Ici c'est un quartier difficile. Tu fais, jusqu'à ce que tu puisses faire de l'orthophonie. Je suis pas du tout PRL, pas du tout Chassagny. En tous cas pas la PRL comme expliquée à l'école. Je vais me former à la formation PADOVAN, sur le corps, la neuro... Ça permet de débloquent dans plein de situations. J'en fait une en 2013.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

On est 5 orthos à aller voir un psy pour parler des cas un peu difficiles qu'on a. Normalement, le jeudi soir, avec deux autres orthos, on se voit pour parler des cas ou du matériel. On s'apporte beaucoup parce qu'on travaille très différemment.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

La FNO.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Je sais pas comment expliquer. Par exemple, un petit garçon de 5 ans, y avait rien de particulier au bilan, mais un comportement bizarre. Je le prends parce que je sentais qu'il y avait quelque chose. Au bout d'un mois, la mère me dit qu'à trois ans, il est tombé du 4ème étage. Non signalé dans l'anamnèse.

Q11 *Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?*

Comme quelque chose à prendre en compte. J'arrive à différencier. Les petites princesses maniérées, ça m'agace, donc ça rentre pas en compte dans le bilan. Même des fois, je ressens des trucs par rapport aux parents, ça sera noté nulle part, mais j'y suis très attentive.

Q12 *Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?*

Thérapeutique je sais pas, que ça a un impact oui. Des fois je suis sûre que c'est que le transfert qu'il y a entre l'enfant et moi qui fonctionne. Par exemple, une petite fille avec qui ça se passait très bien, et j'ai fait un contre-transfert, donc je l'ai passée à une autre ortho. Aussi, je suis peut-être pas assez technicienne. Moi je peux pas appliquer des techniques. J'arrive pas à me dire « moi j'avais prévu ça donc on fait ça ».

Q13 *Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?*

Finalement, l'écriture, tu te rends compte que c'est psy, de la relation. Donc non. Peut-être des trucs très techniques. Par exemple, avec les paralysies faciales ou la déglutition, je fais beaucoup plus de technique. J'en ai deux que je prends que pour la déglutition, des ados, et là y a pas besoin de créer. Dans la paralysie faciale y a quand même besoin de relation.

Q14 *Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?*

Ça dépend, y a des fois je sens que c'est pas possible. Y a des enfants qui sont très angoissés, qui ont des gros soucis psy, je m'arrange pour proposer autre chose. Y a d'autres fois, il y a une ado, pendant un mois, elle venait en soufflant, en râlant. J'en ai parlé avec elle, et maintenant ça va ! Tu pousses une gueulante. Des fois on fait du troc.

Q15 *Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.*

La petite fille, je pense que j'avais plus aucune autorité. J'avais mal au ventre à la voir. Je pense que ça se passe pas mieux avec celle d'en face.

Q16 *Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?*

Si c'était que moi, je pourrais dire que ça se passe pas bien qu'avec moi. Mais elle a changé trois fois d'ortho. A la limite avec les grands ados garçons, ils s'attendent à voir un vieux docteur, et des fois tu sens un petit.. mais ça se passe bien.

Q17 *Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)*

Le superviseur, ça a tenu pendant un moment, et quand j'ai vu que moi, ça me mettait mal à l'aise, j'ai préféré la passer à quelqu'un d'autre.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

Je pense que si on le savait, ça nous aiderait beaucoup pour le reste. Y en a qui ont 8 ans, avec qui j'ai réussi à leur faire arrêter de dormir avec les parents et d'avoir la sucette. Une autre fille dyslexique. On avait bien travaillé, au bout d'un moment, j'ai vu qu'elle faisait exprès. On en a beaucoup parlé, et elle s'est rendue compte que c'était bien d'avoir des bonnes notes. Y en a qui aiment trop venir ! Y en a tu sais pas pourquoi. Dans ce quartier y a aucune autorité de la part des parents, ils sont complètement destroy. Quand tu fais face à des difficultés sociales énormes, alors là tu te dis « est-ce que je me bats pour mettre des « s » ? » Là, tout ce que tu as appris en cours, tu sais pas quoi en faire. Avec un enfant comme ça, c'est que avec ce qu'est la personne en face que tu fais ta rééducation.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Ça fait pas longtemps, donc à part les retards de parole (donc ça, c'est quand y en a plus)... Il y en a un que j'ai arrêté au bout d'un an, parce qu'il avait toujours la sucette, il était considéré comme un bébé. Et donc j'ai arrêté parce que la rééducation servait à rien. Quand il y a un manque de maturité, j'arrête la prise en charge. Après souvent, c'est la demande de la maman. Une fois, j'ai pris rendez-vous pour une petite vieille, chez un psy.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

J'ai des difficultés quand c'est les parents qui veulent pas arrêter. Après il y a moi, où je me dis que ça fait pas longtemps, je refais le bilan et je me demande si j'arrête maintenant.

Remarques ou commentaires ?

Je pense que ce qui se passe à la maison est lié à ce qu'on fait en orthophonie. Des parents me disent que ça se passe bien, parce que j'ai une très bonne relation.

Témoignage (10)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

A Paris, à la Salpêtrière. J'ai eu mon diplôme en 1985.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

J'ai fait une Terminale D. J'ai repiqué en C. En parallèle avec l'orthophonie, j'ai fait une licence de linguistique, sur le développement appliqué à la question du langage, à la Sorbonne Nouvelle.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Psychomotricité et langage (A Paris. Avec Jolivet). Des ateliers contes. Les troubles de la voix. Une formation en aphasie avec Ducarne et Jolivet. 5 ans sur l'atelier d'écriture. Et des petites formations complémentaires (Khomsis...) Plus rien depuis 3 ans.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

En libéral, jusqu'à la retraite.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non, j'ai fait 10 ans de libéral, puis 10 ans d'institution. Il y avait de très mauvaises conditions de travail en institution, avec du harcèlement moral. J'ai démissionné avec écœurement. D'où la volonté de travailler seule.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Le fruit de tout ce que j'ai glané. Je fais un mélange de plein de choses. J'ai élaboré beaucoup de choses moi-même. J'ai pris dans la neuro, beaucoup dans l'atelier d'écriture. J'utilise l'écriture, le dessin, les formes graphiques. J'ai beaucoup créé de choses personnellement. Mes lectures, mon expérience, mon école. J'essaie de trouver un lien entre ce qui est plus sensoriel, j'essaie de convertir les lettres en formes graphiques, pour aider les enfants. Faire un lien entre le dessin et les graphies des lettres, pour que les enfants se les approprient. J'essaie de trouver des symboles. Je travaille beaucoup sur l'expérience personnelle. Ce que les formes des lettres peuvent évoquer chez l'enfant. C'est le fruit de mes ateliers d'écriture et de ma pratique du dessin. La sensorialité n'est pas assez explorée en orthophonie.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Non. Supervision pendant les ateliers d'écriture, appliqués à l'institution. Actuellement non.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Non. Je fais mon chemin seule en ce moment.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

C'est compliqué. Lors du bilan, l'aspect clinique est aussi et plus important que la passation du bilan. On observe la qualité de la relation parent-enfant, ce qui se dit de part et d'autre, j'observe aussi le rapport de l'enfant au langage. J'utilise aussi des tests complémentaires, pour l'aspect affectif du langage. Ce qu'ils aiment, n'aiment pas, le désir d'écrire. Je privilégie beaucoup la discussion de l'enfant seul avec moi, selon ce qu'il ressent. Il faut observer toutes les stratégies. Dans mes comptes-rendus, il y a une partie importante sur les tâches refusées... Où l'enfant s'assoit ? Ou est-ce qu'il met son manteau ?... Sait-il pourquoi il vient, qui je suis, se sent-il à l'aise ?.... Dès le premier entretien, il faut expliquer à l'enfant tout de suite après le bilan, en lui disant ce qui est positif, et moins positif. Aux ados, je leur propose un temps de réflexion avant de s'engager. Quand on a des parents qui font du forcing, je n'oblige pas à des prises en charge. L'explication du projet ne convient pas des fois. Ou je propose un essai pour les plus jeunes. Il faut pas les laisser avec des tests sans commentaire. C'est très important de leur montrer. Comme déjà, je les incite à m'en parler, je leur dis « voilà ce que j'ai trouvé moi, de mon côté ».

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

50/50... non. Comme j'ai beaucoup pratiqué... Il faut séparer les résultats objectifs, certes, mais on sait que le langage est un élément psycho-affectif important. Très vite je me pose des questions sur son désir et sur sa personnalité, je pense que je suis capable de me dire « là ça va être un plus, là non ». On ne peut pas se fier aux écarts-type seulement. On sent très vite. Maintenant je me trompe rarement. Donc je prends en compte en fait, avec l'expérience. Mon appréciation des choses est très importante et positive. Etant que dans le psy, en institution, on parlait beaucoup du psy et presque plus du langage. J'ai éprouvé le besoin de me former sur les tests objectifs. On peut apprécier le langage. Mais la clinique est fondamentale. J'ai trouvé un bon équilibre entre les deux. Je prends beaucoup beaucoup de notes, grâce aux bilans informatisés qui permettent de prendre plein de notes, pendant le bilan.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?

Avant de penser à la rééducation, on est dans le cadre d'un échange humain, et donc je crois qu'on porte énormément le travail qu'on peut faire. La passion qu'on peut avoir. J'aime tout ce qui est artistique, et la littérature, et j'ai pu convertir cette passion en outil thérapeutique, et c'est cette personnalité qui me permet de transmettre beaucoup. L'enthousiasme est communicatif. J'ai pas une grande diversité de pathos, mais ce que je fais, je le fais bien. Quand je découvre un truc qui me passionne, qui m'intéresse, je le fais partager. Donc je pense que ça porte et ça apporte beaucoup. Ça suscite des choses qu'on nous apprenait pas beaucoup dans les écoles d'orthophonie. Si ça ne convient pas à certains patients, donc il faut changer d'ortho, ça peut ne pas correspondre à la personnalité de l'enfant ou du patient.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Pas fondamentalement. Je ne prends que des enfants. Je m'investis autant pour chaque pathologie.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le média que vous lui proposez ?

Ça dépend de mon état. En général je me pose des questions. Je peux changer de média, si c'est une entrave à la prise en charge, j'essaie de trouver d'autres choses. Quand ça pose un gros problème à l'enfant, ça arrive de changer complètement mon fusil d'épaule. Si ça ne trouve jamais d'adhésion, je propose un arrêt de la prise en charge.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

J'ai eu des ados dont le problème était qu'ils n'étaient pas dans le désir de prise en charge. Il y avait une très forte opposition, et agressivité. Certaines ont été réglées et d'autres non. Donc il y a interruption de la prise en charge, parce qu'il y avait hostilité, pas de connivence. A la longue, en retour, ça provoquait la même chose chez moi. Ça m'est surtout arrivé avec des ados. Et avec un enfant de primaire, c'était impossible de le mobiliser ou de l'intéresser, donc je l'ai pas repris en septembre. Ça ce sont les impasses. Les autres, y a beaucoup de choses qui se dénouent au fil du temps. Et des fois, j'engueule des enfants. Il faut mettre les pendules à l'heure, sans agressivité, mais avec fermeté, en argumentant, pourquoi ce sentiment de ras-le-bol et de colère, et en général ça marche très bien.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

Des fois la relation ne se passe pas avec certains enfants. Des fois il y a des enfants qui vous encadrent pas, des fois, c'est des enfants avec lesquels on a du mal à s'investir. Et des fois c'est la situation de rééducation qui provoque des conflits. Ça peut venir tout à fait des deux. Les plus grosses difficultés rencontrées, c'est quand des enfants s'investissent pas. Quand il y a pas d'affinités, c'est difficile. L'enfant est un être humain, et ça marche pas toujours.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

Des fois une confrontation peut suffire. Des fois, c'est un arrêt de la prise en charge.

La relation avec les parents est très importante aussi et manque à ce questionnaire. J'essaie le plus possible de travailler avec les enfants. Il manque les tiers dans ce questionnaire (parents, grand-parents, nounou, enseignants...) Les parents peuvent faire beaucoup entrave au travail. Toutes les projections des parents sur nous, ou de nous sur les parents, c'est très difficile à gérer, pour ne pas reporter sur l'enfant. Avec mes ados, je tiens au courant les parents, mais c'est un point à évoquer. J'ai interrompu des prises en charge à cause des parents, parce que j'avais pas de marge de manœuvre. Je voulais pas lâcher l'enfant brutalement, donc j'ai progressivement amené à consulter un psy, de façon à ne pas les laisser sans prise en charge. Parce qu'il y a manipulation et mensonges des parents. Je fais beaucoup de guidance. La relation avec les parents est très importante. Il y en a qui adhèrent, d'autres qui s'opposent. Il y a des problèmes linguistiques aussi, quand c'est des parents étrangers. Donc des fois, l'enfant traduit et fait le lien entre le parent et l'ortho, ce qui est très valorisant aussi pour lui.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

Déjà le temps, qui est un acteur important. Il faut se situer, se projeter dans un temps très différent du temps scolaire et de la pression, toujours en informer les parents et les enfants. Il y a aussi l'évolution personnelle du thérapeute, et de l'enfant. On grandit, on change, par rapport à l'exploration de ce qu'on peut leur apporter. On peut avoir compris des choses sur l'enfant. Même des fois les engueulades ! Par exemple, avec une petite fille, ça s'est nettement amélioré. Aussi le fait de parler d'autre chose, de pas rester centré sur l'orthophonie, de s'intéresser à eux pour d'autres choses, le faire sincèrement, donc ne pas se forcer.

Souvent dans les discussions informelles, quelque chose s'est passé dans la relation. Il y a une remise en question et une réadaptation permanente, et c'est très subtil. J'en ai eu plusieurs récemment qui se sont débloqués. Une, par exemple, je me suis rendue compte qu'elle avait un problème à l'œil, et donc on en a parlé, et suite à ça, elle m'a parlé spontanément, alors qu'elle me faisait la gueule depuis deux ans ! Je lui ai dit que moi aussi je faisais une rééducation pour l'œil, et le fait qu'elle voit que moi aussi, j'étais rééduquée, était très important. Leur dire qu'on est pas des robots, qu'on a rencontré des échecs, des difficultés scolaires, sans rentrer dans les détails. Ce qui n'est pas toléré dans l'institution. Je veux bien être bienveillante mais pas toujours être neutre.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Déjà évidemment les pathologies qui s'estompent, pas forcément complètement, mais quand on sent que l'enfant peut en faire quelque chose. Je pense pas que ça disparaît totalement, ça fait aussi partie de l'enfant. Quand j'estime qu'ils ont acquis un niveau suffisant pour s'en sortir, et surtout qu'ils sont capables de faire avec ce qui fait partie d'eux, et qu'ils manifestent un désir d'autonomie. Ça se fait en général de part et d'autre. Sachant que certains ont du mal à l'accepter. Donc on fait progressivement. Il y a des facteurs langagiers et des facteurs psy. Et j'explique aux enfants que leur trouble fait aussi partie d'eux. Il y a une notion de fatigabilité chez les dyslexiques, donc je leur explique comment gérer ça. De gérer selon les situations (liste de courses, école...), on s'autorise nous aussi des fautes, mais aux bons moments. A la fin, je leur propose leurs dossiers, ils me demandent eux-mêmes des fois, parce que ça les aide. Y en a beaucoup pour lesquels c'est pas évident, c'est angoissant. Une petite m'a demandé de lâcher, mais j'ai pas senti que c'est le moment.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

De moins en moins avec l'expérience. Quand j'étais débutante, j'arrivais pas évaluer les limites. De comprendre qu'un dyslexique aura toujours des petites choses. Alors que maintenant je dis qu'on apprend à vivre avec des imperfections. Pour certains, c'est important de garder ça aussi, c'est leur petite différence, il faut qu'ils la cultivent aussi. On se construit par rapport à nos atouts, et nos points faibles, nos difficultés. Quand l'enfant est prêt et désireux, si j'estime que la route commune est sur le point de s'arrêter, et qu'il a assez en main.

De toutes façons y a une évolution naturelle et personnelle de l'enfant, qu'il continuera. On est importante mais on est pas non plus tout.

Remarques ou commentaires ?

Ça fait du bien de se poser ces questions sans parler de transfert et de contre-transfert.

Témoignage (11)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

A Nice, en 2007.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

J'ai fait un bac ES, et deux années de prépa.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Alors, une sur Alzheimer, sur l'orthographe et la lecture par le jeu. En ce moment, je participe à un petit groupe pluridisciplinaire (avec un infirmier, un kiné, un psycho, un médecin...) sur la maladie d'Alzheimer, une fois tous les deux mois. Ce sont des échanges sur des patients que l'on a en commun. C'est pas vraiment une formation. J'ai fait aussi une formation sur le Bilan de langage oral. Je me spécialise dans Alzheimer.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Les deux. Je fais un mi-temps (un peu moins) au SESSAD, pour les enfants handicapés moteurs (c'est des prises en charge en école, à domicile, et au Sessad).

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Oui. Parce que les deux sont tellement complémentaires. Au cabinet on est un peu seul, on fait sa petite thérapie, sa petite rééduc... on rame pour parler avec d'autres, l'institution m'apporte le point de vue de mes collègues, en plus pour des enfants en grosses difficulté, avec beaucoup de troubles associés. C'est important pour moi de prendre en compte le point de vue de chacun, du psy, de l'éduc. Ça paie pas quand on est seul..

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Les enseignements de l'école d'ortho. Après, c'est des contacts avec telle ou telle ortho spécialisée, tel livre...

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Donc, le groupe Alzheimer. J'ai pas eu recours à une supervision avec un psy. Mais disons que j'ai une supervision amicale de mes collègues et amies orthophonistes, avec qui je partage régulièrement des cas où c'est compliqué, où je trouve pas d'issue. C'est au détour d'un resto... ou j'appelle expressément une copine qui est plus spécialisée. Pour l'instant j'éprouve pas le besoin d'une supervision.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Aucun.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui, évidemment. Mais après on va pas être dans la séduction. On y est attentif parce que l'enfant doit sentir un thérapeute attentif, chaleureux pour que la relation naisse. Tout en restant neutre quand même.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Souvent je fais le bilan en deux fois. Je fais l'entretien avec les parents et l'enfant. En premier lieu je m'intéresse à eux, à leur vie, à leur parcours, parce que ça me paraît vraiment important. J'insiste beaucoup sur les détails. Si j'ai un enfant qui me regarde pas, qui se met dans un coin de la pièce, qui touche à tout, qui bouge dans tous les sens, forcément.... enfin non, pas forcément, parce que par exemple, un enfant un peu timide, au départ, va s'ouvrir. Donc il faut pas se cantonner à la première impression. Maintenant des fois tu te dis qu'il y a certainement plus qu'un trouble du langage. Et donc dans ma conduite, forcément un enfant pas trop à l'aise, je vais essayer de le mettre à l'aise, ou de cadrer un enfant qui part dans tous les sens. Faut quand même pas se fier à la première impression parce qu'ils sont dans un lieu inconnu....

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Pour moi c'est vraiment un élément à prendre en compte. Parce que ça va influencer sur tout le reste. Si dès la première fois ça se passe pas bien, si y a un mauvais transfert ou un mauvais contre-transfert, on va peut-être orienter autre part, vers quelqu'un qui conviendra mieux.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?

Évidemment. Oui. Parce que l'enfant va réagir par rapport à moi. Oui, parce que tout va être en réaction à ce que moi je lui renvoie ou insuffle. Moi je suis plutôt quelqu'un de tenace, donc un enfant qui lâche l'affaire, je vais avoir envie de lui insuffler ça.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Non. Je dirais non, mais dans certaines pathologies ils s'appuient plus sur ça. Par exemple, un adulte qui a eu un AVC, il va investir beaucoup plus la relation qu'un enfant, par exemple. Même un malade d'Alzheimer peut investir beaucoup la relation, trop parfois.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?

En fait au début je le prenais très mal, je le prenais contre moi, j'avais l'impression que c'était ma pratique qu'il remettait en cause. Et puis je me suis rendue compte que c'était pas du tout ça. Juste soit le media ne lui convient pas, soit il est en échec, soit il pense que c'est pour les bébés (pour un Alzheimer). Par exemple, pour un Parkinson, quand on fait des praxies et que le patient dit « vous me faites faire des grimaces, etc... » je suis un peu embêtée, et parfois j'envoie vers d'autres.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Évidemment. Je pense au cas d'un enfant du Sessad avec qui j'ai des difficultés relationnelles en ce moment. Il est certainement psychotique. Il a 12 ans, très obsessionnel, très pervers, il transfère sa sœur sur moi ou quelque chose d'approchant, parce que je ressemble à la sœur. Et il en veut beaucoup à sa sœur parce qu'elle est partie de la maison. Donc il me fait vivre l'enfer, et il met en échec tout ce que je lui propose, il guette sans cesse mes réactions, en me disant « Ça t'énerve ? Ça t'énerve ? » C'est sa pathologie qui fait ça.

Donc pour son bien-être et le mien, nous avons suspendu les séances, car il en retirait aucun bienfait à part me faire du mal à moi et pas à sa sœur ! Je pouvais plus.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

À lui et à moi. A sa pathologie en premier, qui est vraiment carabinée ! Et à moi qui n'arrive pas à mettre la distance nécessaire, et une orthophoniste plus expérimentée y arriverait plus. Là je peux pas. On a tous nos limites.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)
Au départ j'ai mis beaucoup de moyens en œuvre. J'ai essayé de changer le media dans un premier temps, puis ensuite j'ai écouté uniquement ses demandes sans plus rien lui imposer. Ensuite on a eu des médiations par la psy, par son éducatrice, qui n'ont rien changé. J'ai adopté plusieurs attitudes avec lui : l'humour, le laxisme, la rigidité. Rien n'y a fait. Donc après deux mois de pérégrinations nous avons suspendu les séances.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

À énormément de choses : à son environnement, à son bien-être psychique, à quelque chose qui s'est débloqué à l'école ou dans la famille. On est contente que ça arrive, mais c'est assez inexplicable.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Soit le patient qui demande l'arrêt, au meilleur des cas. Soit c'est un Alzhemimer qui vient plus à ses rendez-vous, ou qui se perd en venant.... soit c'est moi qui met fin à la prise en charge parce qu'il y a plus de nécessité, même si le patient demande pas, et qu'il faut couper le cordon parce que tu sens qu'un cordon s'est créé et ça devrait pas. Si quelque chose fonctionne pas, dans la relation ; ou bien un déménagement, je peux orienter ailleurs. Si le bilan de renouvellement est bon et que la proposition d'arrêt est entendue et acceptée par le patient.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Oui. Forcément. On est humain, la neutralité bienveillante, c'est beau, on essaie de la mettre en pratique le plus possible. Mais y a certains patients qui nous renvoient de l'affectif forcément. Donc j'ai déjà eu des difficultés. Mais ça se fait de toutes façons. Soit parce que toi t'as une prise de conscience, et tu sais que tu peux plus continuer, soit l'enfant dit qu'il a plus besoin de toi. Tant mieux pour lui.

Témoignage (12)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

Nice. 2005

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Donc, le bac, évidemment. Puis j'ai fait une année de sciences du langage, et une prépa de trois mois à Paris. Et puis j'ai fait des petits boulots.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

2 ans de TA. Là je suis dans ma 2^{ème} année de PRL. J'ai fait un an de DNP. Une formation sur Alzheimer, et sur l'aphasie.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Uniquement libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non j'ai fait du mixte avant, et j'ai travaillé en CMP. Je fais presque plus que des domiciles. Ça faisait un an que je voulais prendre du recul avec mon travail avec les enfants. Je voulais m'intéresser aux troubles neuro très atteints. J'ai monté un groupe de parole dans une maison de retraite. Et pour des raisons familiales.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Beaucoup. Toutes les théories linguistiques : Jakobson, Benveniste. Les théories psychanalytiques, notamment Lacan. Le développement de l'enfant : Dolto, Piaget, Freud. Surtout ces deux domaines, linguistique et psychanalyse. Et surtout la PRL, la relation, le transfert, le statut de l'orthophoniste....

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Oui, au sein de la TA et de la PRL. Les deux formatrices nous font de la supervision et c'est utile !

Q8 Êtes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Je ne suis plus syndiquée. J'étais à la FNO et ça me plaisait pas, j'étais pas trop d'accord avec leur système. L'ITECC.

Q9 Êtes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

C'est compliqué comme question. Pour moi c'est tout. Si je vois que le contact avec la personne ou l'enfant est compliqué, je vais orienter ma prise en charge en fonction de ça, je vais mettre beaucoup de temps à mettre en

place un contact, avant même d'aborder des choses ortho. Ça fonde toute ma prise en charge. Ça fait partie intégrante du travail avec la personne. J'ai même pas de contre-exemple.

Q11 *Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?*

Non. C'est quelque chose que je prends en compte. J'estime que mon ressenti fait partie intégrante du travail que je propose. Je peux pas travailler sans ce ressenti. Je vais essayer de travailler là-dessus, tout ce qui est transfert, contre-transfert, préjugés, pour que ça influence pas, mais je travaille avec.

Q12 *Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?*

Oui. Parce que je travaille avec ce que je suis, je peux pas m'extraire de ma propre personne quand je travaille. Je me sers de ma sensibilité pour travailler. Ça permet parfois de mettre en place une relation, de faciliter un contact. Toutes proportions gardées. On se laisse pas bouffer non plus par sa personnalité. Mais on travaille avec ce qu'on est, surtout dans ce genre de métier. Ça m'arrive de dire à quelqu'un « tu vois aujourd'hui, je suis fatiguée, je suis pas bien, aujourd'hui j'y arrive pas.... »

Q13 *Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?*

Non. Selon la population que tu as en face de toi, la relation est toujours très importante mais a peut-être plus ou moins d'impact sur le travail. J'ai jamais travaillé sans cette relation, même pour des pathologies très techniques.

Q14 *Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?*

Je le prends en compte. J'essaie de savoir pourquoi. Ça vient juste de m'arriver. Je suis arrivée avec des petits jeux, et ma patiente Alzheimer a pas supporté, elle s'est sentie en échec. Je l'ai senti au bout de cinq minutes et j'ai arrêté ça. Pour un enfant, c'est lui qui apporte son média. J'attends son initiative, et qu'il me fasse comprendre ce qu'il veut comme media.

Q15 *Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.*

Oui. Un monsieur d'un certain âge, qui venait pour troubles de la mémoire, d'environ 70 ans. Il vivait seul chez lui. Il était extrêmement misogyne et raciste (mais bon je m'en fous), mais du coup il me cherchait. Il essayait de me mettre en échec. Ça a été assez difficile. Je me sentais plus capable, j'étais parasitée par sa personnalité. J'ai donné la main à quelqu'un d'autre. Après c'est quand même assez rare. J'essaie de mettre de côté certains défauts ou traits de personnalité qui peuvent m'exaspérer. Mais si je sens que c'est trop difficile, je passe la main.

Q16 *Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?*

Aux deux. Parce que moi j'étais pas capable d'assumer.

Q17 *Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)*
Soit l'arrêt, soit, si y a d'autres choses derrière, j'en parle dans ma supervision, et d'en parler me permet d'avoir d'autres points de vue, et je peux rebondir dans ma prise en charge. J'en parle aussi avec le patient. Y a un ado au cabinet, qui est toujours en retard, et il martyrise les stagiaires. J'en ai parlé avec lui, j'ai essayé de comprendre pourquoi. On a mis les choses au clair.

Q18 *Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?*

À plusieurs choses. C'est un peu au cas par cas. D'abord le temps. Je travaille beaucoup comme ça, je travaille lentement, je prends beaucoup de temps pour la prise en charge. Je laisse beaucoup le patient prendre son temps avec moi, avec lui-même, avec son trouble. Donc c'est lié au temps et à l'évolution propre du patient.

Q19 *Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?*

C'est compliqué comme question. Parfois j'arrête quand moi je me sens plus capable. Ça m'arrive d'arrêter des séances parce que j'ai l'impression que ça bouge pas. J'en parle et j'essaie de contacter une collègue pour savoir si elle pourrait reprendre. Souvent c'est aussi parce que le patient ne vient plus sans prévenir. Des gens qui se démotivent. C'est assez courant en libéral. Ça m'arrive assez rarement de dire « t'es guéri, tu peux t'en aller ». Surtout pour des jeunes bègues, ça m'est arrivé. J'ai changé deux fois de lieu de travail donc aussi, je n'ai jamais été confrontée encore à des fins de rééducation. Le bilan est pas du tout un élément de fin de prise en charge. Un enfant que je vois depuis des années, objectivement il pourrait, mais j'arrête pas d'abord parce qu'il veut pas, et plein d'à-côtés me font dire que non, j'arrête pas.

Q20 *Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?*

Oui, je pense. (Réflexion)... c'est pas que j'ai du mal, c'est que dans mes cas, j'ai eu peu de cas où je me le suis dit. Les seules fois, c'était à cause de problèmes relationnels, pour des pathologies particulières comme la voix et le bégaiement, parce qu'il y a plus de repères objectifs. Pour les enfants, j'ai beaucoup de grands dysorthographiques, c'est tellement long à rééduquer, donc je n'en ai encore jamais arrêté. J'ai aussi beaucoup de cas de maladies neuro-dégénératives, donc la fin est avec la mort du patient.

Remarques ou commentaires ?

Je pense qu'il faut pas avoir peur de faire avec ce qu'on est. Ça rend notre métier plus difficile, ça prend plus de temps, parce que plus de réflexion. Mais c'est la meilleure façon d'aider nos patients. C'est des gens qui passent beaucoup de temps avec toi, et c'est très important dans leur vie. Malgré toi, t'occupes une place importante. Aussi, c'est très important d'écouter la demande du patient. Dans le bilan, il peut ne rien apparaître. Par exemple, un enfant que j'ai eu en bilan pour dysgraphie. Il n'est pas dysgraphique, mais il dit qu'il a mal quand il écrit. Donc je vais le prendre. C'est l'élément fondamental dans la prise en charge, c'est la demande.

Témoignage (13)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

A Nice, en 1989.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

J'ai fait un Deug ACL, option danse.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

La PRL, la TA, Osteovoy cursus M.T.C., et Bégaiement

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Oui, pour l'autonomie.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Je déteste embrasser une chapelle et être coincée à droite ou à gauche. C'est quand même beaucoup Chassagny, Kopel, et puis mes lectures perso.... j'ai souvent davantage d'attraction vers les approches psy que cognitives, mais de moins en moins en vieillissant. Parce qu'aujourd'hui j'ai plus besoin de me forcer, je suis convaincue que c'est avant tout la relation, avant d'instaurer quoique ce soit. La relation est nécessaire.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

La PRL a même changé des choses dans ma vie personnelle. Ça m'a réconciliée avec un métier que je trouvais difficile à aborder. A un moment j'étais en doute par rapport à l'approche scolaire. L'aspect relationnel m'a permis de trouver la voie sans me sentir le cul entre deux chaises : prof, rééducatrice ?.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Non.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui. Et pas seulement la première. Ça se rejoue à chaque fois. Le premier contact est important car il se passe ou il ne se passe pas quelque chose. Aussi c'est bien au niveau de l'enfant ou des parents, quand ça se passe, ça va plus vite, sinon il faut travailler à ce que ça se passe. Il faut qu'il y ait un mouvement de l'un vers l'autre, il doit y avoir une rencontre, une attente, une reconnaissance dans les deux sens, de l'individu et du thérapeute, sinon on peut pas avancer.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Pour le diagnostic, dans la mesure où on travaille autour de la communication, la relation à l'autre est fondamentale : comment la personne a envie de communiquer, quelle part prend sa pathologie dans sa communication ? Comment vit-elle avec son trouble, quelle place a ce trouble dans sa vie ? Un petit moins pour mettre une étiquette sur le trouble, mais ça permet de savoir comment il vit avec. La relation est au centre de toute prise en charge de communication.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

À prendre en compte, et c'est parfois même indication précieuse. Vis à vis des psychotiques, pour moi, c'est presque viscéral, c'est physique, je sais que je me sens mal avec cette personne, et après je me rends compte qu'effectivement y a un problème profond psychique. Je sens qu'il y a quelque chose d'étrange. Je me trompe rarement. Ça n'exclut pas des épreuves objectives.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?

Oui c'est fondamental. Je pense que oui. Je le constate avec l'expérience, et je me rends compte que, forcément, on est plus posé au bout de 23 ans, la manière dont je me transforme fait que les gens se confient beaucoup plus facilement. Ne serait-ce qu'être à l'écoute, les gens sont très sensibles à ça, ils en ont besoin, ils le demandent et si on leur donne pas, ils le réclament. Je pense que c'est vraiment un lieu d'écoute qu'ils recherchent aussi. Des fois ça clash. Mais je pense que c'est important d'être soi-même, de dire quand et pourquoi on est énervé. Mais ça a toujours été efficace, ça fait avancer les choses. Il faut être dans le vrai. C'est souvent les enfants qui sont plus dans le masque, et si on leur demande d'être vrai, il faut l'être aussi. Il faut jouer juste.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Dans une pathologie avec un mauvais pronostic, la relation est vraiment très importante. En plus on les suit sur de longues périodes. C'est peut-être moins important pour un petit trouble d'articulation. C'est plus une question de personnes que de pathologies. Certains viennent juste chercher un petit quelque chose, et d'autres viennent d'abord chercher un soutien humain. On leur donnera des aides techniques, mais c'est grâce à la relation qu'ils l'acquerront. Après, aussi, le bégaiement est très important. Finalement c'est toujours important (rires) ! La relation est toujours fondamentale. C'est pas vrai que pour l'orthophonie, ça marche aussi pour la médecine chinoise.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le média que vous lui proposez ?

Je lui demande pourquoi et j'essaie d'en discuter. Est-ce qu'il le refuse tout le temps ? Occasionnellement ? Dans ce domaine-là ? Si c'est pas absolument nécessaire, on le contourne, si c'est vraiment nécessaire, on travaille à ce qu'il l'accepte. Cela dit, ça arrive pas souvent.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Je ne sais pas si c'est des difficultés relationnelles ou professionnelles, parce que ça avançait pas. Donc moi j'étais mal à l'aise, en me disant qu'il devait pas me crédibiliser... donc il m'est arrivé d'être obligée de recadrer. Donc j'essaie de pas suivre mes penchants, qui seraient d'avoir envie de les mettre dehors. En général je prends un bon moment de réflexion, et quand je pense avoir compris ce qui se passait, je mets tout sur la table, en disant « j'ai l'impression que vous n'avancez pas, moi je me sens fatiguée. Pensez-vous que je doive modifier mon comportement, etc... ? Ça m'arrive parfois avec des parents aussi, très anxieux, qui viennent systématiquement vous demander « bon alors il a pas avancé ? » Là aussi, faut leur dire « soit vous me faites confiance et vous me harcelez pas, et vous me laissez faire, soit vous pensez que ça avance pas, et vous allez voir quelqu'un d'autre. » En général ça les calme...

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

Par exemple, un petit garçon. Je connais la maman, j'ai eu la grande sœur, et l'instit dit qu'il avance pas. Je suis convaincue qu'il a un grand potentiel intellectuel mais ses performances sont pas bien. La demande, c'est pour une DL-DO. Mais l'enfant était toujours en retrait. Et quoique je fasse, j'arrivais pas à avoir d'étincelle, même si il venait volontiers. Et puis rien ne bouge, jamais une initiative, jamais un mot. Jusqu'à ce que l'instit me dise « ça bouge pas, est-ce que chez vous ça bouge ? » Donc on a mobilisé les parents, donc on leur a conseillé d'aller voir un psy, et ça a marché, il est maintenant acteur, sujet de sa rééducation.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

Ça peut être de convoquer les parents, pour voir si il y a un problème particulier en ce moment, des problèmes avec les frères et sœurs, etc... On met tout ça à plat. Je convoque les personnes en question. Sinon, je vais aller à l'école. Je suis allée voir le maître pour un autre enfant. On peut sortir du cadre de la prise en charge pour aller voir ce qui se passe.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

Je m'en fous un peu du moment que ça s'est déblocué. Chacun y met du sien, c'est un peu la faute à tout le monde ! (rires)

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Déjà, si l'un des deux s'ennuie. Enfin, si je m'ennuie et que l'enfant avance, je vais continuer, mais en général si je m'ennuie, c'est que quelque chose ne va pas. Aussi, si on a éradiqué le trouble. Si ça dure trop longtemps et que ça bouge pas, on arrête pas, mais on transfère. Le plus difficile, c'est d'arriver à arrêter quand l'enfant a encore un trouble, mais si ça va mieux, et qu'il peut se débrouiller tout seul. Des fois il a un peu peur d'arrêter. Et il continue à s'accrocher à des petits trucs. Des fois il faut arrêter avant que le trouble soit complètement évacué et qu'il prenne trop de place dans la relation, ce qui n'est pas le but non plus !

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Des fois on a un peu du mal à les convaincre qu'il peuvent se passer de nous, mais ça fait partie de notre boulot qu'ils aient suffisamment confiance en eux pour qu'ils puissent s'en aller. C'est très difficile avec les aphasiques, parce qu'il y a un moment où on arrive sur un plateau, mais eux ont du mal à accepter. La relation avec orthose est un appui qui leur permet d'assumer leur trouble à l'extérieur. Je suis le seul lieu (c'est ce qu'ils disent) ou la seule personne avec qui il peuvent s'exprimer, parce que personne d'autre n'a la patience. Donc on va les aider à évoluer, pas dans leur trouble, mais dans leur personne, en espérant qu'ils arriveront à se passer de moi. Y a des patients que je garde depuis très longtemps. Et je me demande si je peux leur enlever cette béquille ou non. Avec les adultes aphasiques c'est pas facile. Avec les enfants, on met des paliers quand même. De mon côté j'arrive à garder une distance suffisante, il n'y a pas trop d'affects.

Témoignage (14)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

Nice. 2002.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

J'ai fait des études de Sciences du langage et de Lettres modernes (une licence de sciences du langage, et un deug de lettres modernes).

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Des petites formations pour les bilans de langage écrit (Touzin). Pour les bilans langage oral. Des formations plus longues : la TA . Une formation en gestion mentale. Des séminaires de psychanalyse à Lenval, ouverts à tout le monde. Puis des études de psycho (presque la licence), en même temps que le cabinet.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Mixte.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non, au début je faisais que l'hôpital. J'ai commencé en gériatrie. Puis j'ai augmenté mon temps. Je sentais que la gériatrie était pas faite pour moi. Donc on a échangé les mi-temps avec une autre ortho. Donc pendant un an, j'étais en gériatrie et en neuro. Pendant un an et demi. J'étais en train de me restreindre complètement, donc j'ai ouvert mon cabinet pour retrouver la diversité de la pathologie, avec une copine de promo. Elle était déjà installée. Je voulais pas devoir rendre des comptes, donc j'ai payé un loyer progressif. Donc j'ai fait ma patientèle au fur et à mesure.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

J'ai toujours fonctionné comme ça : je vais dans un domaine, et quand je suis bien dedans, je vais voir à l'opposé de ce domaine. J'essaie de voir tous les domaines : neuro, linguistique, psycho, pour avoir la vision la plus large possible. Dès que je me sens à l'aise dans un domaine. Donc comme j'ai fait beaucoup de neuro, je me suis inscrite à la TA. Parce que je voulais aller voir l'inverse. C'est pareil pour mes études de psycho. Donc j'ai découvert Jung y a pas longtemps, donc j'ai acheté le bouquin sur la vie de Jung, je bouffe aussi de la neuro et de la neuropsy pour préparer les cours. J'essaie de dire aux étudiantes que la neuropsy n'est pas la réponse à tout. Le patient dans son système m'intéresse énormément, la systémie, le rôle du patient dans les familles. Ce qui m'a poussé vers la psycho, c'est des choses qui se sont passées dans mon cabinet. Après le bilan, des gamins savaient lire alors qu'avant non. Deux enfants savaient pas lire, et au bout de quelques semaines, ils savaient lire.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Non. Un copain art-thérapeute m'avait proposé une supervision, j'aimerais bien le faire. Y a les staff à l'hôpital, mais c'est pas vraiment ça. Y avait un côté supervision dans la formation TA. Un autre copain me proposait un truc pluri-disciplinaire, et ça j'aimerais beaucoup.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Au début, je voulais adhérer au syndicat. Mais je m'y suis pas retrouvée.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Je note mes observations, et souvent c'est corroboré par l'ensemble du bilan et de la prise en charge. Je souligne des choses, et je vois dans la suite si ça s'avère être vrai. C'est plus des hypothèses, des questionnements. J'essaie de m'adapter au patient et à sa demande. A la première rencontre, je laisse libre choix au patient. Je laisse libre aux tiers d'assister. Si c'est un problème de séparation à l'origine du trouble, par contre, j'adapte. J'essaie de voir la relation que l'enfant a avec moi et avec ses parents, ses frères et sœurs, la place qu'il va avoir et qu'on lui laisse avoir. Donc ça influence mon diagnostic, parce que tous ces problèmes relationnels, ou toutes les projections.. et puis j'en tiens compte dans l'analyse du bilan. Je fais pas le bilan en une seule fois. Quand le patient en a marre il s'arrête. Quand le bilan dure deux, trois, quatre séances, j'essaie de faire une séance avec, et une séance sans les parents, pour voir les différences de comportement. Donc ça influe, parce que la manière dont on fait passer le test joue énormément. Avec tout le monde, j'explique ce qu'on va faire, pourquoi, à quoi ça sert, et j'essaie de mettre la personne le plus à l'aise. Quand je vois qu'il y a un problème, je laisse tomber le test et on sort de la situation de bilan. Si il y a un échec à ce moment-là, ça peut foutre en l'air tout un début de prise en charge. Souvent la situation de bilan renvoie les adultes dyslexiques à des traumatismes dus à l'échec scolaire. Des fois, y a un bilan, puis des annulations des rendez-vous pendant un temps, ça a du mal à s'amorcer. Ça renvoie à trop de souffrance. Je laisse le temps au patient d'en arriver à l'investissement nécessaire. J'essaie d'écouter, si il y a agressivité, à quoi elle renvoie... je prends beaucoup de temps. J'explique chaque item et je fais les liens à chaque moment du bilan pour qu'il comprenne les objectifs. Je veux jamais qu'un patient adulte puisse avoir l'impression qu'il est au CP. Donc j'explique beaucoup. La première séance, je reprends tout le bilan avec les résultats, j'explique au patient son trouble, comment il s'actualise dans le langage oral et écrit, quels sont les liens dus à son trouble.... je vais dans des détails même neuro et précis, même avec les petits. Ça permet un bon investissement par la suite. Une fois, j'ai pas eu le temps de le faire, j'ai fait le bilan et on a commencé tout de suite, et j'ai senti qu'un truc se passait pas, et en fait j'avais pas pris le temps. Donc j'ai tout arrêté et j'ai expliqué, et c'est reparti bien.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Je suis plus à l'écoute de ce que de l'agressivité veut dire derrière. Qu'est-ce que je représente, qu'est-ce que la situation représente. Donc je prends en compte. Donc j'essaie de comprendre le langage au sens large.

Par exemple, j'avais un enfant en opposition complète avec le système scolaire, un père schizo. Une attitude assez méprisante. De prime abord, tu te dis que c'est un prétentieux parce qu'il est précoce. Il avait une très bonne attention-concentration, il intégrait bien certains cours. En fait il était un peu feignant ! On en a parlé, et il a pris conscience que c'était plus lui qui avait des attentes différentes.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?

Pourquoi et comment ?

Oui évidemment. Si on met le patient à l'aise. La personnalité joue énormément. Suivant l'attitude qu'on a il va pas du tout y avoir le même résultat. Que ce soit chez l'enfant qui a besoin de plaire à quelqu'un pour avancer, ou avec un adulte qui a frôlé la mort, il y a une blessure narcissique importante, la personnalité va avoir un impact important. Si on est encourageant, ils rebondissent bien. Par exemple, un enfant que je revalorisais (personne ne le faisait), donc il a pu intégrer les informations scolaires. Quand je suis fatiguée, les patients réussissent moins bien. Le patient sent que vous vous investissez, ça lui donne envie de continuer.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Non, pour toutes formes de pathologies, c'est un rapport humain, donc la relation est importante. Elle joue beaucoup plus que ce qu'on peut imaginer quand on apprend la technique. C'est au moins 50%. Je le vois avec les étudiantes.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le média que vous lui proposez ?

Quand ça leur plaît pas je propose autre chose. Ça m'arrive pas souvent parce que j'explique toujours pourquoi, comment... j'ai commencé en fonctionnel avec que des adultes, donc au début je travaillais qu'avec des photos, parce que les dessins étaient trop infantilisants, mais je pouvais pas travailler qu'avec des photos. Donc ce que je faisais et fais, c'est que j'explique beaucoup la lésion, où c'est, à quoi ça va servir, pourquoi j'utilise ce matériel. Je donne des explications en fonction de la demande du patient. Moi j'aime bien comprendre quand je vais chez le médecin, donc je fais avec les patients ce que j'aime bien qu'on fasse avec moi. C'est rare que les médias soient refusés. Ça m'est arrivé une fois à l'hôpital, avec un gars d'une soixantaine d'années. J'avais utilisé un truc pour les enfants, le patient l'a vu et il a pas voulu. Avec les enfants, ça dépend parce que souvent je leur demande « avec quoi tu veux jouer ? » ou « qu'est-ce que tu veux qu'on fasse ? » Quand je suis pas d'accord, je lui redemande « tu sais pourquoi tu viens me voir ? » Je leur demande de choisir un truc en rapport avec leur difficulté. Y en a, ça les rassure de faire tout le temps la même chose. Donc je propose autre chose au bout d'un moment. Y a des gamins qui sont toujours dans le jeu, faut aussi un peu les cadrer, je dis « ben non, je te propose tel, tel, tel support parce qu'on doit travailler l'écriture », et donc c'est rare qu'ils refusent. C'est rare qu'ils refusent. Ça dépend des raisons pour lesquelles ils refusent, je leur demande pourquoi. J'essaie de comprendre pourquoi, et si je veux imposer mon choix, j'explique pourquoi, et sinon je propose autre chose. Quand c'est la fin de journée, avec des gamins qui ont bossé sur des trucs difficiles, je propose un jeu qui leur plaît à la fin. Je m'adapte à la séance. C'est rare qu'ils refusent, ou des fois c'est des problèmes de relation, ils refusent la séance, parce qu'il se joue autre chose.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Dans différents domaines. Des enfants en opposition avec leur mère, souvent c'est la mère qui voulait les amener en rééducation, et eux ils voulaient pas. J'ai eu deux cas comme ça, une qui avait le même prénom que moi, ça se passait super bien, et elle était toujours dysphonique en arrivant ici, je comprenais pas pourquoi. Et j'ai appris qu'elle hurlait quand sa mère voulait l'amener, mais pas avec sa grand-mère, etc....

y avait un problème avec la mère (une anorexique) et la gamine était en conflit avec elle. Une autre petite, ça m'a donné envie de me tourner vers la psycho, parce que je comprenais pas ce qui se passait. Au début, elle était hyper investie (elle venait pour un retard à l'école, une suspicion de DL-DO). Elle était hyper investie au bilan. La deuxième fois qu'elle vient, pour le bilan, je lui explique ce qu'on va faire, etc... et à partir de là, ça a été super difficile, à des moments elle était hyper investie, et d'autres où elle était complètement en opposition. Elle avait un regard violent et gênant. J'ai appris que le frère aîné était schizo. Que ça avait beaucoup perturbé la petite. La mère était très angoissée et culpabilisée. La mère voulait que je lui répare sa fille. J'en avais parlé avec deux ortho, un peu psy. On a fait une douzaine de séances. Elle était très opposante. Donc je me suis dit que j'allais essayer de mettre en place une relation. Des fois j'imposais, des fois non, des fois je cadrais mais ça l'angoissait, ça l'énervait, elle parlait plus. J'ai essayé pas mal d'approches différentes. Donc je lui ai parlé, je lui ai dit qu'on perdait notre temps. J'ai parlé seule avec la mère. En lui disant que la petite n'était pas prête et ne comprenait pas pourquoi elle venait. Je lui ai proposé d'aller voir quelqu'un d'autre, ou qu'elle me rappelle (la petite, mais pas la mère!). 3-4 mois après, j'ai un appel de Valentina qui me dit « je voudrais revenir ». Donc ça a commencé à se mettre en place, j'ai commencé à avoir des résultats, mais dès que ça lui demandait de l'investissement, dès que c'était pas très ludique, elle refusait de travailler. C'était une petite fille qui était très gâtée par sa maman, elle est très infantile. Elle avait pas envie de grandir. J'ai demandé à la mère qu'elle voie un psy. Finalement une psychanalyste bilingue leur a plu, et donc la mère a commencé un travail intéressant, et moi j'avais quelqu'un avec qui parler de cette situation compliquée. Elle était dans une école publique, et la mère a trouvé une école pour enfants dyslexiques (ou précoces) privée, très chère. Donc j'étais un peu hésitante, parce qu'en plus j'étais en contact avec la maîtresse qui était très investie. Mais je pense qu'il y avait autre chose que juste la DL-DO. Des choses m'ont laissé entendre que Valentina aurait subi un traumatisme d'ordre sexuel. La psychanalyste a travaillé là-dessus avec elle. La mère avait besoin d'un diagnostic, elle avait un besoin de réparation, et le fait de donner de l'argent dans une école, ça répondait à ça. Donc elle avait tendance à beaucoup gâter Valentina. Du coup elle avait vraiment besoin d'un cadre. Donc c'était pas évident. J'aurais bien aimé être en institution pour travailler avec elle. On a fait des pauses thérapeutiques mais elle a eu du mal à surmonter ces difficultés. Elle trouvait ça injuste de devoir travailler plus que les autres, parce qu'elle était en difficultés. Je savais pas trop comment la prendre. En institution ça aurait été intéressant de bosser. C'était un cas compliqué. Elle était en plus feignante et capricieuse, donc fallait jouer avec ça aussi. C'était intéressant et compliqué. Quand elle s'opposait, elle se fermait et faisait la tête. La mère lui passait tout.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

Le contexte était compliqué, y avait à la fois le problème de DL-DO, mais à la fois le caractère de Valentina, et la relation avec la mère. Et puis je sais pas, dans notre relation à toutes les deux, ce qu'il aurait fallu que je fasse et que j'ai pas fait. Deux orthos m'ont donné des pistes, mais je sais pas ce que j'ai pas fait... J'ai même essayé de dire que je m'ennuyais.

Je me suis dit qu'il faut que je montre aussi que j'ai des limites, qu'elle voit qu'elle est aussi avec une personne, qui a ses propres limites, c'était important qu'elle entende ça. Très vite, j'ai compris qu'on était pas dans la rapidité. Finalement à la fin, quand la prise en charge s'est arrêtée elle avait réussi l'écrit, elle était fière de ses notes. J'ai beaucoup douté sur ce que je faisais. Si ça se trouve, elle serait tombée sur quelqu'un qui réfléchissait pas trop, et qui l'avait cadrée, ça aurait peut-être marché.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)
J'en ai parlé autour de moi, j'ai changé les supports. Elle était très scolaire dans sa demande au bilan, alors qu'en rééducation, dès que c'était technique, elle lâchait complètement. Il fallait que ce soit du jeu. Elle était pas dans l'effort, et que dans l'instant présent. Elle était très immature, même à la fin de la prise en charge.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

Ça dépend. J'en sais rien. Pour Valentina, par exemple, y a eu un premier déblocage quand je lui ai dit de m'appeler elle... J'ai d'autres exemples : Vanessa, avec qui on a stagné pendant longtemps. Elle venait parce qu'elle avait trop de problèmes avec un père qui la séquestrait quand elle était petite. Le père a eu la garde, il l'a déscolarisé... la gamine est pas du tout prête pour les apprentissages. Son esprit était pas du tout sur ce qu'on est en train de faire. Elle me parlait à moi, mais pas aux pédopsys. Elle parlait qu'à moi. J'avais la sensation de patauger, mais parce que j'étais pas la bonne personne qu'elle devait aller voir. Elle me servait ce qu'elle pensait que j'attendais d'elle. Elle était beaucoup dans la séduction avec les adultes. On en a parlé à un moment, qu'elle était pas là pour moi... etc. Et quelques semaines après elle m'a beaucoup parlé de son père, etc... Donc y a eu des petites avancées, mais je sais pas si on peut appeler ça des déblocages.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Souvent, c'est le patient qui le manifeste. Avec les enfants, c'est très difficile de dire quand ça va s'arrêter. Des fois, j'en ai, j'ai l'impression qu'ils vont bien, mais ils veulent pas lâcher, donc je peux pas arrêter. Des fois, quand les enfants vont mieux dans l'écriture, ils se détachent petit à petit. Les enfants de 6-8 ans hyperinvestissent. Un enfant que la mère voulait préparer à l'arrêt, elle lui a dit qu'un jour avec moi ça s'arrêterait, et il a dit que non, il continuerait de venir avec moi. Et j'ai dit à la mère que c'était pas la peine de faire un conflit, parce que quand il le sentirait, il déciderait de lui-même. Et effectivement, quelques mois plus tard, il a arrêté.

Pour les adultes à l'hôpital, en général, les patients partent. Une fois, une aphasique m'a dit qu'elle voulait arrêter (je la suivais depuis 5 ans), donc on a arrêté progressivement. Y a une adulte aphasique qui vient depuis un an, alors qu'elle aurait plus besoin. Elle avait un manque du mot persistant. Elle veut pas arrêter, parce qu'elle a recréé des relations sociales très artificielles. Quand elle a fait son AVC, elle a rompu tous les liens qu'elle voulait plus. Donc elle a créé une relation avec son ortho et sa psy. Quand je commence à parler de fin, dans les quelques mois qui suivent, ils oublient, ils annulent... donc pour mon aphasique qui veut pas arrêter... Donc j'essaie de faire en sorte qu'une fois par semaine, elle crée de nouvelles relations : on a essayé la peinture, mais ça allait pas à cause du prof ; puis l'aquagym mais ça lui donnait de l'eczéma, etc... rien n'allait.

J'essaie de mettre ça en place mais c'est pas évident. C'est vital pour elle, elle dit qu'elle veut pas du tout arrêter. On peut toujours travailler le langage sur des choses plus complexes. Mais elle a parfaitement récupéré. Mais les choses sont claires. Je me dis, si elle arrête peut-être qu'elle va faire une dépression, c'est pas mieux qu'elle vienne ?

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Par exemple avec cette patiente, oui c'est compliqué. Je sens que si elle arrête elle ira pas bien du tout. Mais sinon quand je sens que ça a besoin de terminer.... Après quand c'est des patients qu'on a suivi longtemps, ça fait un manque, c'est un certain manque. Mais en même temps je suis plutôt contente. Y en a qui me remercient. Y en a avec qui le travail est super intéressant. Quand on a des patients motivés, investis... forcément on est contente, mais on espère que leur remplaçant sera aussi motivé et investi !

Témoignage (15)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

Paris. 2009.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Un deug Sciences de la vie.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

J'ai pas pu en faire, parce que j'ai fait que des remplacements et du salariat. Je vais pouvoir en faire maintenant. Par exemple, en logico-math, on est quasiment pas formés là-dessus à Paris.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Mixte, jusque dans un mois, après je serai seulement en libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non, j'ai commencé en remplacement en clinique avec des AVC, puis j'ai fait du libéral, puis j'ai travaillé au Sessad, puis j'ai fait Sessad + clinique, et maintenant c'est du mixte, puis je ferai du libéral seulement !

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

À Paris on est pas du tout psychanalytiques, donc je fais avec nos cours. Et les bouquins, et les magazines ortho.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Non.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Réseau SLA à l'Archet.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

C'est important de regarder les rapports entre les parents et les enfants, et au besoin pouvoir donner des conseils aux parents. Surtout avec les tous petits, on voit si ils ont pas du tout envie. Le diagnostic est influencé surtout pour le rapport enfants-parents. Pour la prise en charge, on va voir si le gamin est plutôt timide, ou si il sort tout...

Q11 *Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?*

Je le prends en compte. Y a moyen aussi de se remettre en question derrière. C'est important à prendre en compte, même si ça peut être infirmé.

Q12 *Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?*

Oui, dans le sens où avec les ados, j'aime bien blaguer avec eux, donc ça les met en confiance, ils sont plus détendus, donc plus motivés.

Q13 *Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?*

Non, je pense que pour toutes les pathos, la relation est hyper importante, on met pas en place une rééducation si on s'entend pas avec la personne. Même si c'est juste une déglutition, y a quand même une implication derrière, dans le travail à la maison, donc il faut leur donner envie dès ici.

Q14 *Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?*

Si c'est des enfants, ou surtout des ados, d'une façon générale, j'essaie d'expliquer les tenants et les aboutissants. Pour les adultes aussi. Pour les petits, je me prends pas la tête, je change, comme ça ils sont pas contrariés. Et les ados, je pense qu'ils sont en âge de comprendre. On peut changer aussi, si ils sont vraiment butés. Pour les Alzheimer aussi, je veux pas leur imposer.

Q15 *Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.*

Oui. Deux adultes hyper autoritaires, dont un militaire. Ils avaient eu des AVC, donc des grosses dysarthries. Ils voulaient diriger la rééducation. En plus, j'étais une petite jeune, je me suis pris la tête avec eux, je leur ai dit ce que je pensais, ils sont revenus quand même. Un, à la fin il m'a dit « finalement j'étais content de travailler avec vous ». Et l'autre, ça s'est jamais amélioré. Et l'ortho que je remplaçais avait aussi des problèmes avec lui.

Q16 *Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?*

Avec le militaire, c'était surtout de sa part, parce qu'au début j'ai essayé comme toutes les autres orthos, mais ça marchait pas. Après, des fois, le contact passe mal avec certains enfants, et je pense que des fois c'est des traits qui m'énervent un peu.

Q17 *Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)*
L'adulte, je lui ai dit ma façon de penser, sur le coup, ça l'a énervé mais après il s'est calmé.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

J'espère que c'est la rééducation qui a marché ! Mais ça peut être aussi environnemental : il peut être rentré dans une assoc, etc... c'est vraiment multifactoriel. Y a toujours des phases de paliers en rééducation, c'est jamais ascendant. Des fois, il y a aussi le fait de changer complètement d'orientation, pour qu'on s'aère tous les deux, parce que le patient et le thérapeute en ont marre, et si nous on en a marre, ça doit être pire pour le patient.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Si ça fait vraiment longtemps qu'il y a pas d'évolution, j'essaie d'expliquer. C'est pas évident, notamment pour les adultes, notamment les AVC. Je leur explique que l'AVC, y a un certain temps de récupération après, et qu'au bout d'un certain temps, ça sert plus à rien. Pour les enfants, les dyslexies, ou les troubles de langage, si ils ont bien progressé, j'explique aux parents... Et si il y a des troubles du langage écrit après, je leur dis qu'ils peuvent revenir, parce que c'est fréquent que les troubles de langage oral soient suivis par des troubles du langage écrit. Si ça passe vraiment pas, j'arrête aussi. Y a pas non assistance à personne en danger.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Ça va dépendre aussi, y a des adultes qui veulent pas s'arrêter parce qu'ils sont contents que l'ortho vienne les voir et qui pensent qu'ils vont encore pouvoir progresser, donc c'est dur d'expliquer. Et pour les petits, c'est dur pour expliquer aux parents, parce qu'ils veulent qu'ils continuent, pour qu'ils continuent à progresser, même si il y a plus de trouble. Donc ça peut être difficile que de leur montrer que leur enfant a progressé et qu'il a plus besoin. Donc on y va en douceur, on fait un arrêt progressif.

Témoignage (16)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

Nice. 1976.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Seulement un bac de lettres classiques.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Alors, j'ai fait une analyse personnelle de longue durée, suivie d'une supervision régulière en contrôle de cas, des séminaires psy. Un de mes filtres c'est la psychanalyse, mais je suis pas fermée. Je ne considère pas que c'est la seule voie d'accès, la seule écoute et la seule manière d'écouter les choses. J'ai une référence à l'inconscient certaine, mais je ne travaille pas qu'avec ça. Je travaille beaucoup avec ça. Mais je ne suis pas figée.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

En libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

J'ai démarré en salarié, dans l'enfance inadaptée, pendant 3 ans à temps plein. J'avais même pas 21 ans, je me suis retrouvée à prendre ce poste, parce que j'avais besoin d'un travail où j'avais un salaire régulier, je savais que je devais partir de la région, j'avais pas le temps d'ouvrir un cabinet. J'étais convaincue qu'il fallait d'abord que je bosse en équipe, que je me façonne avant de prendre la responsabilité du libéral. Puis je suis partie et j'ai travaillé encore en salarié, avec des enfants aveugles et des amblyopes, et des enfants IMC, avant de revenir ici et de m'installer. J'ai bien fait de m'installer.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

La psychanalyse. Essentiellement, mais pas seulement.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Oui pour la supervision et pour le groupe de réflexion.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

La FNO. J'aime bien les idées de la FOF, mais on a intérêt à se regrouper.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Éminemment. A tel point que je suis prête à séparer l'entretien des parents, et le fait de recevoir l'enfant pour la première fois. Je le fais de façon systématique. Parce que les situations familiales des enfants qu'on reçoit sont de plus en plus compliquées, et qu'il y a des parents qui ne diront pas le quart dans la présence de l'enfant.

Je pense que pour l'enfant, c'est très désagréable d'entendre parler d'eux comme un objet, avec parfois des choses

très négatives sur eux, sur le parent divorcé,. En plus, le temps est long pour l'enfant. Donc je reçois le parent qui demande. Quand je reçois l'enfant, je vais pas me jeter sur lui pour lui faire passer des épreuves. Je pars déjà de la subjectivité du symptôme amené.

Je le vérifierai ensuite tranquillement, une fois que le contact, la rencontre, aura eu lieu, et que l'enfant aura pu loger un désir de revenir pour faire un certain parcours.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Ça me permet de faire, au sens étymologique du mot, le bilan des points qui vont aider, favoriser et peser comme des handicaps sur le plan relationnel, sur la prise en charge. Si on voit un enfant fermé, qui s'oppose à sa mère.... ou un tout petit de maternelle, qui a de grandes difficultés de langage, mais qui s'intéresse beaucoup aux lettres, aux livres, qui va me montrer d'emblée des jeux, des centres d'intérêt. Ça va montrer un fil d'Ariane.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Je m'en fous de l'objectivité du bilan. Totalement, je prends en compte ! J'aurais pas pu dire ça y a 20 ans ! Je bouffais des bilans, des cotations, des quartiles, des centiles, etc... je me disais qu'il fallait que je reste dans l'axe de ce qu'on m'a appris. D'emblée quand j'ai travaillé avec des enfants handicapés mentaux, psychotiques, déficients sévères, je me suis dit « il y a aucune technique possible ». Avec un enfant qui parle pas, qui se roule par terre et qui crie, y a qu'une chose, c'est inventer. Ça a été une expérience très dure pour moi, ça me frustrait énormément, en entendant mes copines de libéral qui me racontaient leurs cas, et moi, à côté, je pataugeais avec mes déficients moyens-profonds. Après-coup, je me suis dit que j'aurais jamais pu avoir meilleure formation, professionnellement, et dans ma future vie de maman. Ça m'a préparée à relativiser tout un tas de choses. Le contact avec la folie est inimaginable. C'est une preuve que c'est pas la technique qui fait le travail.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?

Oui, évidemment, pas forcément positif, mais totalement. Je me base aussi sur mon expérience personnelle, quand moi je me trouve en situation de patient, mon ressenti de la personne va compter énormément dans la confiance. Mais c'est totalement subjectif.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Je l'ai pensé, mais je ne le pense plus. Un exemple, si je reçois un enfant qui a une déglutition primaire, on m'avait appris que c'était technique, alors que je me suis aperçue qu'il y a des histoires un peu particulières dans le sevrage du nourrisson. Ce trouble, même mineur, est à manipuler avec autant de doigté relationnel qu'un autre trouble qui semblerait beaucoup plus psy. Y compris le travail de voix. Là aussi j'ai fait une expérience, avec une dysphonie infantile, qui m'a complètement fait changer d'opinion par rapport à ce type de pathologie, et ça m'a permis d'élaborer théoriquement et donc pratiquement. Par exemple, j'ai eu un enfant de 8-9 ans, qui avait été opéré des cordes vocales, au laser, par un ORL que je connaissais bien. Il avait des nodules très importants. On ne pouvait pas le réopérer, donc j'avais pas le droit à l'erreur. Je partais avec l'idée des cours, que 9 fois sur 10, ça loupe.

Donc j'ai commencé un travail classique. Et puis un jour je le vois arriver après l'école, avec du gel, tout bien habillé, un garçon cadennassé. En fait, la mère le faisait se laver et tout, avant qu'il vienne. Et il commençait à me raconter qu'elle l'embêtait, parce qu'elle était assez maniaque et assez obsessionnelle. A un moment il sort un gros mot, et il met la main devant la bouche. Je lui explique que c'est un mot aussi. Et il m'a demandé si il pouvait en dire un autre. Et il s'est lâché ! Et on a bifurqué sur un travail plus thérapeutique et vocal. J'avais un peu la trouille. Au bout d'une quinzaine de séances, je le renvoie à l'ORL. Et l'ORL m'a dit que ses cordes vocales étaient nickel. On a fait en tout une trentaine de séances. Donc c'était pas au long cours. Toute la famille était chez cet ORL. Donc j'ai continué pendant 2 ans à suivre le cas, une fois que je ne voyais plus l'enfant. Il voulait continuer la prise en charge pour un problème de calcul, mais les parents ont pas voulu. Mais ses cordes vocales n'ont jamais plus eu de nodules. La voix, c'est l' « être au monde ». La relation entre mon être impalpable et ce que je donne à voir . Tous les gens que je recevais en dysphonie, il y avait une blessure à un niveau relationnel. En fait, j'avais deux instits, elles étaient dysphoniques, alors qu'elles avaient des problèmes avec leur mari. Donc si on cherche pas ça, on va faire une conduite fonctionnelle. Je travaille beaucoup avec Le Huche, donc la relaxation. Et du coup, les patients se mettent à parler de la raison de leur symptôme.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?

Je propose de moins en moins, sauf avec les adultes... J'essaie toujours de partir de ce que l'enfant a. Si c'est un adulte, je leur demande pourquoi ça convient pas, et je leur demande ce qu'il veulent faire. Je pars du principe que c'est pas moi qui fait le travail, j'accompagne. Bien sûr, je conduis le travail thérapeutique, il faut qu'il y ait un fil conducteur, mais jamais en imposant. Je suis de moins en moins directive. Je vais « perdre du temps » par rapport au symptôme présenté, mais si c'est l'enfant qui arrive à y consentir à un moment, ça va très très vite après. Par exemple, un enfant qui vient pour un problème de lecture, je vais voir qu'il s'éloigne le plus possible du coin livres, et je vais laisser faire, même si il vient pour la lecture, et je vais voir ce qu'il a envie de faire. Maintenant si c'est un enfant qui a entre 6 et 8 ans qui vient pour la lecture, et qui me demande systématiquement de jouer à la dînette, je vais proposer autre chose, ou alors je vais écrire pendant qu'il joue, et ça va marcher... Je vais essayer de l'amener de lui-même, je force jamais. Pour une raison très précise, car j'estime que tout ce qu'il présente sont des symptômes, donc je vais éviter de forcer le symptôme, jusqu'à ce qu'il aie plus besoin de le manifester.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Par exemple, une dame Alzheimer, où les tests étaient apparemment en hausse.... Je vais donner un contre-exemple. Une petite fille trisomique de 2ans et demi, c'était une intervention précoce, pour éveiller un maximum. A cette époque, ma fille aînée était enceinte, et à la première échographie, l'échographe a parlé de nuque claire... c'était une grossesse inespérée, donc on n'a pas fait d'amniocentèse, ils ont décidé d'attendre sept mois et demi pour faire l'amniocentèse, et dans ce cas une décision serait à prendre. Et cette petite, quand je la suivais, je projetais que peut-être, ce serait bientôt ma petite-fille et c'était une horreur. Cette petite fille était très fermée au niveau du langage, très opposante. A partir du moment où j'ai su, à l'échographie, qu'il y avait pas de problème pour le bébé de ma fille, mon attitude a du changer, et elle a progressé de façon extraordinaire. Ça m'a interpellée. Je dis pas qu'il y avait que ça, il y avait peut-être d'autres faits. Je pense vraiment que le contre-transfert négatif a joué beaucoup. Je me suis pas non plus sentie de passer la prise en charge.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

J'ai supposé que c'était dû à mon contre-transfert. Mais elle refusait de parler. (elle est prise maintenant par l'association Trisomie 21). Le médecin a ordonné un bilan auditif. Mais sa façon de refuser de vocaliser, de parler... maintenant c'est bon j'entends le son de sa voix. Il y a un bilinguisme arabe-français qui complique aussi les choses. Mais maintenant, elle est entrée dans la relation. Aussi peut-être, c'était nouveau pour elle. Elle a changé d'ortho aussi, avant moi. Mais à part ça, la prise en charge était assez nouvelle.

Quand j'ai un malaise ou une répulsion pour un patient, je suis persuadée que ça va pas aller dans le sens d'une ouverture rapide du symptôme. C'est à moi de faire avec, et on choisit pas ses patients, pas plus que ses collègues, ses parents...

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

J'essaie de faire un travail sur moi d'ouverture, d'acceptation de l'autre tel qu'il est, c'est pas toujours facile.

J'essaie de dépasser mes rejets, mes réticences, mes agacements. D'une manière assez personnelle. Je vous donne un autre exemple, un petit garçon. Les parents sont graves : le papa me tutoie même si je continue à le vouvoyer. Ils sont frustrés. Basiques. Le gamin a un comportement niant-nain, il évolue à son rythme. Je travaille le plus possible avec les parents quand c'est des enfants. Parce que j'ai un présupposé : le symptôme s'adresse toujours aux parents de façon inconsciente. C'est leur enfant, et je suis pas le garagiste du coin, à qui on laisse la voiture, et à qui on peut dire « je repasserai quand elle sera réparée ». C'est important que les parents se réapproprient leur enfant, et qu'ils prennent conscience. Souvent au premier entretien, ils sont pas loin d'avoir conscience que leur gamin a un problème de relation à l'autre, par le biais du langage. Ils ont l'intuition qu'il y a une blessure symbolique derrière ça. Ils en prennent conscience en parlant avec l'ortho. Je vois mon rôle comme ça, qu'ils puissent se rendre compte du motif sous-jacent au symptôme. Et qu'à partir de là, ils puissent se déplacer pour que l'enfant puisse se déplacer aussi, et qu'il n'ait plus besoin de son symptôme.

Mais ça prend du temps, et il faut beaucoup de prudence, notamment par rapport au petit gamin dysphonique. Je savais que j'étais pas non plus chargée de lui faire une thérapie. Je me suis rendue compte que, quand je travaillais plus sur le symptôme, par exemple l'articulation ou une confusion de sons, je m'autorisais pas à faire autre chose que tenter de régler le problème pour lequel la demande avait été faite. Donc ça a marché pas mal, mais j'ai eu l'impression au bout d'un moment, que je mettais une béquille, une prothèse, mais que le symptôme était toujours là. Par exemple, on me disait « ça va beaucoup mieux, il confond presque plus, mais quand il est contrarié, fatigué, ça ressort, ça ressort... » Une autre exemple que je vous donne. Un enfant de 4 ans que je reçois pour un problème de langage oral. Ça évolue bien, donc on interrompt la prise en charge. Puis je reçois un coup de fil, un an, deux ans plus tard : « je vous rappelle parce que la lecture se passe mal, etc.. », ou alors je reçois plus jamais de nouvelles. Alors je me suis dit « c'est quoi mon boulot, est-ce que je suis un déplaceur de symptôme ? » est-ce qu'il invente un autre symptôme de son âge ? Y a tous ceux aussi dont le symptôme se sera déplacé, dans un domaine encore plus grave, dans la personnalité, et je le saurai jamais.

Quand j'ai vu aussi des gens m'amener leur aîné, leur deuxième, troisième, je me suis dit qu'ils sont porteurs d'un symptôme, parce que je suis pas du tout persuadée que ce soit génétique. Je me suis dit, donc, qu'il y a quelque chose à faire avec les parents, parce que le symptôme s'adresse sûrement pas à la société, ou à l'institut, mais plutôt aux parents. Pourquoi les orthos sont autant débordés aujourd'hui ?

Y a une telle angoisse des parents sur la réussite scolaire. En générant un symptôme scolaire, ils sont sûrs que les parents feront quelque chose.

Tout ce qui est scolaire fais réagir les parents. Donc l'enfant sait pas quel type d'aide on va lui proposer, mais il fait bouger.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

Je l'attribue pas forcément. Je peux avoir une hypothèse, une intuition, mais je vais pas aller plus loin, en tranchant. Je peux me dire « c'est mon faite », parce qu'aurai un peu travaillé sur ce qui fait que ce patient-là bouge pas, ou parce que j'aurai demandé à rencontrer les parents, pour faire un point pour savoir où on en est, et essayer de comprendre ce qui se passe. Ça peut venir aussi du patient. Mais j'ai pas d'autre solution que de travailler avec ce que je ressens. Mais je peux être amenée à en parler avec le patient.

Par exemple, si j'ai un Alzheimer âgé, et que je sens que ça va de plus en plus mal, je vais pas mettre le doigt dessus... je vais éviter, je vais essayer d'être délicate. Mais je vais constater certaines choses, je vais accueillir la parole de la personne qui va me dire « c'est incroyable, j'imprime plus... »...

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Là aussi, j'essaie de mettre un beuf sur ma propre subjectivité, mais quand je sens que c'est dans le domaine du possible, que le patient pourrait voler de ses propres ailes... Si c'est un enfant, je lui dis « quand tu penses que ça sera plus nécessaire, parce que maintenant tu sens que tu voles de tes propres ailes, tu me le diras ».

Au début de mon exercice, j'avais une gamine qui avait un gros symptôme de lecture. C'était une famille très frustré. Le but était qu'elle puisse trouver sa place, la meilleure pour elle, dans ce monde. Mais y avait un blocage, des confusions de sons partout. Une mère alcoolique grave. Je m'en suis rendue compte assez vite (elle puait le vin). C'était une de mes premières patientes. On avait fait deux fois trente séances, sur une année et quelques. Donc toute l'année de CP. Elle était en mi-CE1. Je prends aussi en compte la lassitude des parents d'amener un gamin une ou deux fois par semaine. Donc la mère me dit que Mélissa, ça y est, ça va très bien, et moi je lui dis, à la gamine : « ben c'est super, je pense que tu en a plus besoin ». Une semaine après, la mère m'a rappelée, catastrophée, parce que tout était revenu. Je ne dis plus jamais à l'enfant qu'il n'a plus besoin. Je dis que c'est eux qui me diront quand ils seront prêts. Alors des fois, ils disent « dans trois fois ce sera bon ». Des fois ils dépassent un peu le délai qu'ils s'étaient fixé. J'explique aux parents pourquoi j'agis comme ça, à l'écart de l'enfant. Pourquoi je laisse des séances qui sont pas indispensables, mais qui permettent de couper le cordon, qu'il vaut mieux ça plutôt qu'il revienne après, parce que l'enfant le vit comme une régression, un échec. Je préfère faire un peu durer, pour que ça soit une vraie coupure. Qu'on se doive plus rien. Aujourd'hui, je fais des prises en charge beaucoup plus longues qu'en début d'exercice. Je me disais qu'il faut que je sois efficace, parce que j'avais peur qu'on mette un doute sur la nécessité de poursuivre. Maintenant je me sens beaucoup plus libre, parce que je sais pourquoi j'agis comme ça, et je l'explique clairement aux parents. Dans son imaginaire, il est pas encore prêt à couper, mais on va faire en sorte qu'il puisse s'envoler et prendre confiance.

On progresse, on évolue beaucoup plus de ses échecs que de ses réussites. Parce que les réussites, c'est facile et narcissique. C'est les cas difficiles et enquiquinants qui permettent d'évoluer.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Non. Dans la mesure où c'est pas moi qui prend la décision de façon unilatérale. J'ai pas mal travaillé là-dessus avec mon psy. C'est toujours un adieu (c'est mieux pour le patient qu'un au-revoir). Il y a une place vide après, et on va vers l'inconnu. D'un autre coté, y a des patients au long cours, où quand ça prend fin, je me dis « de l'oxygène ! ». En cabinet, un handicapé mental, il te lâche jamais. J'en ai eu un qui est venu pendant 19 ans. C'était épuisant, ça n'avait pas de fin. Et quand c'est comme ça, tu peux pas mettre fin, parce qu'ils le prennent comme un rejet. Ils ont trouvé là un lieu où on les accepte, donc ils ont pas envie de s'en aller. Même si ils progressent pas.

Si demain la sécu nous met des contrôles de séances, ça sera dommage, parce que cet handicapé n'évoluera pas pour le langage, mais pour lui, oui.

Remarques ou commentaires ?

Si on n'est pas convaincu que notre parole a un impact, un poids, on peut aller planter des choux en Creuse !

Mais on ne peut pas le mesurer. On a aucune prise sur l'inconscient qu'il y a derrière nos paroles.

La subjectivité du trouble par le patient est très importante. Même si c'est un truc mineur, si c'est une grosse gêne pour le patient, c'est absolument à prendre en compte. Des fois, y a des gens qui viennent consulter pour un tout petit truc, mais qui génère une immense angoisse. Je ne tiens pas compte de ce que je pense moi, mais je tiens compte de la demande, et je réponds.

Donc je travaille avec ma subjectivité, mais je tiens éminemment compte de la subjectivité du patient. Dans les écoles, on forme des techniciens, des gens qui font passer des bilans que je sais même pas faire passer moi-même. Ça me sert à rien. On essaie de mettre en premier plan l'objectivité du trouble, et je pense qu'on fait totalement fausse route. Dans la sphère humaine, l'objectivité n'existe pas. Tout cet aspect relationnel, de notre entrée en contact par le langage, c'est totalement subjectif. Donc si on ne prend pas en compte la subjectivité, on fait fausse route. Au début de mon exercice, j'aurais dit que 80 %, c'est de la relation. Aujourd'hui, je dirais que 99,2 % c'est la relation.

L'ortho qui obtient des résultats, c'est celle qui est en accord avec ce qu'elle pense. L'important est d'être en cohérence avec ce qui m'intéresse, avec ce que je suis. On voit la même réalité, mais d'un point de vue différent. Moi, mon point de vue est très tranché. Ce que je dis aujourd'hui, c'est le fruit de mon expérience. Au départ, je savais pas ce que je voulais être ; c'est à force de trouver ce que je voulais pas faire, que je me suis trouvée.

J'avais aussi peu confiance en moi, dû notamment à mon jeune âge. Notamment avec les parents, particulièrement d'enfants handicapés. Je me suis longtemps pas autorisée à sortir du sillon de l'orthodoxie orthophonique. Quand j'ai commencé, j'avais l'impression d'être dans un désert matériel, mais finalement c'est le plus beau cadeau qu'on ait pu me faire, parce que j'ai pu inventer. Les bilans mettent en cage les symptômes, on les emprisonne. C'est important de savoir combien l'enfant a d'années de retard par rapport à un âge moyen, de le situer globalement. Mais l'extrême rigourosité n'est pas importante.

Témoignage (17)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

Alors moi j'ai fait mes études à Nancy, et j'ai obtenu mon diplôme en 2005.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Une fac de bio.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Rien.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Mixte.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non, j'ai fait du temps plein dans les deux avant.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Plus cognitiviste, mais depuis que je travaille en CMP, j'ai ouvert la place à la psycho. Mais à la base, cognitiviste seulement.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Une supervision, une ou deux fois, en contrôle.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

A la FNO.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Ça peut compléter la prise en charge, avec un psy, en psychomot...

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Ça dépend des fois.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?

Pourquoi et comment ?

Moi je pense que oui. Dans le dynamisme, la créativité, dans l'humour qui permet des fois de se décaler, dans la rigidité... et tant mieux pour les patients, qu'ils aient le choix.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Non. Pas de hiérarchie, puisque dans tous les cas, que ça nous paraisse à nous plus ou moins important, ça a toujours de l'importance pour les parents.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?

Je peux changer, ça c'est sûr... Majoritairement, je vais repasser par pourquoi il vient... Avec les adultes, ça arrive jamais!... qu'on est pas là pour jouer, etc.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Deux. Une prise en charge sur un enfant polyhandicapé. Il avait un problème d'oralité ++++. Devant mon insistance à travailler en psy, ils ont fini par aller voir une ortho spécialiste de la dysoralité. Le deuxième, c'était sur un bilan que j'ai même pas pu terminer, sur un ado. Les premières conclusions que j'ai formulées ont été trop douloureuses à entendre pour la famille.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

Pour le polyhandicapé, c'est plus du côté des parents, et du côté de l'ortho, elle aurait pu passer un petit coup de fil. Par contre pour l'ado, c'est moi qui aurait du attendre que le transfert se mette en place, avant de leur pointer la gravité des difficultés de leur gamin. Et ça m'a servi de leçon d'ailleurs.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

L'arrêt de la prise en charge, sûr. En parler avec des collègues surtout ; la supervision, j'ai la chance d'en faire aussi. L'entretien avec la famille aussi. Et des fois, aussi, mettre la prise en charge sur pause, pour permettre une fenêtre thérapeutique, et permettre de mettre des distances.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

Pour moi, au gamin. J'ai pas de blocage avec les adultes... parce que ça peut être son évolution de famille ou d'école, et il se décale, et donc il me décale aussi. Je suis pas sûre que ce soit mon action directe, je crois pas.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

L'absentéisme en premier ! Si l'enfant signifie.... Si moi aussi j'appréhende, j'ai peur, si ça devient trop envahissant pour moi. Et si il a vraiment progressé, et que le retard n'apparaît plus au niveau du bilan

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Non. Parce que je crois que c'est important que l'orthophonie ne devienne pas indispensable dans le parcours de l'enfant.

Remarques ou commentaires ?

Je crois que c'est aussi une limite de l'orthophonie, entre un travail psychothérapeutique et l'orthophonie, de travailler avec ce qu'on est, avec ce qu'ils sont.. c'est là où il y a les dépassements de frontière. On a une casquette de paramédical.

Témoignage (18)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

A Nice, en 1994.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Donc, il y a eu le bac. Puis j'ai fait une école d'assistante sociale, puis 10 ans d'exercice. Et après, le diplôme d'orthophonie.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Alors, PRL. Alzheimer. Baruch pour les mathématiques. Et la DNP.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non, j'ai travaillé en IME. Aussi parce que ça me faisait des sous. Le travail en équipe me manque.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Tous les grands classiques de l'orthophonie : Borel, Le Huche, etc.... + Chassagny.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

En PRL.

Q8 Êtes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

J'étais à la FNO jusqu'à cette année, j'étais même au bureau, et j'ai démissionné.

Q9 Êtes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui. Je suis attentive que à ça. Plus que oui ! Tant que j'ai pas ça je bosse pas, je le recherche. Je cherche la relation, que quelque chose se passe durant toutes les premières séances. Je recherche le plaisir d'écrire, à quoi ça sert d'écrire. Un patient, au bout de deux ans de prise en charge, m'a amené récemment une recette de cuisine, et il m'a appris quelque chose. Donc faut un peu abattre de soi quand on est ortho.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Il y a deux façons en relation ou en orthophonie : soit on est direct dans un échange, donc on peut poser certaines questions qui vont affiner le diagnostic, si les gens sont en confiance. Dans ce cas-là, on pose des questions, et les gens apportent. Il y a les tests, et les choses que les gens vous amènent. Ils amènent leur histoire. Par exemple, y avait un gamin avec une légère dyslexie, en fait il avait déjà eu une maladie cardiaque grave.

En PRL, il faut être sujet soi-même. Et tant que l'enfant est objet de sa mère, il peut pas être extérieur à lui-même. Les personnes qui sont en retrait et qui ont des choses, on avance à tous petits pas, on aura le diagnostic qu'après. Je suis très inquiète quand les gens parlent tout de suite, la désinhibition totale est inquiétante. Et quand y a pas de regard, c'est tout aussi inquiétant. Un enfant qui se jette à votre cou, au début de carrière on trouve ça super sympa, et puis après on se méfie.

Q11 *Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?*

Certes. C'est obligé, la personne qui travaille avec de l'humain est obligée. Par contre, la corollaire, c'est que je me connais, je sais comment je suis, et je me méfie de mon propre ressenti. Est-ce qu'on connaît bien ses ressentis ?

Q12 *Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?*

Oui. Sûr sûr sûr. J'avais une associée, c'était un enchantement, d'un enthousiasme extraordinaire. Elle débutait, mais j'avais des retours extraordinaires sur elle. Et c'était sa personnalité, elle fédérait la terre entière. Une autre ortho avait castré un patient, et sa voix ne s'était pas amélioré. Il y a la personnalité, et la façon d'utiliser le média, ça c'est de la technique.

Q13 *Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?*

Une importance différente selon les personnalités, pas selon les pathologies. Y a des gens avec lesquels on doit rester en retrait. Maintenant quand on a un Alzheimer, il faut l'enrober plus. Mais la relation est de toutes façons importante.

Q14 *Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le média que vous lui proposez ?*

Je fais marche arrière. Je me justifie de lui avoir proposé ça et éventuellement je m'excuse de l'avoir heurté, même si elle a tort, et surtout si elle a tort. Je lui explique quand même ce que lui apporterait le média. Parce qu'on si on la brime, vous êtes dans une relation pédagogique, mais pas dans la relation. Au début y avait des Alzheimer qui m'envoyait beigner parce que je proposais des choses trop angoissantes pour eux. Maintenant je leur propose quelque chose qui leur convient.

Q15 *Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.*

Oui, les enfants qui veulent pas écrire, ils vous jettent parce que vous êtes dans l'écriture. Mais c'est normal parce qu'on appuie là où ça fait mal. Il faut savoir qu'on est dans la douleur. Et moi je parle du contrat. Mais on peut pas obliger à écrire. Donc là des fois je vais au conflit, de même pour les enfants qui ont pas de cadre, en général, c'est « ou tu ranges ou tu t'en vas ». C'est pas de la colère, c'est un conflit choisi. Et l'enfant après, est en sécurité. C'est du travail, c'est du cadre, alors qu'au début je voulais pas le faire.

Une fille que j'ai renvoyé chez X, parce que je n'allais pas. Ou c'est moi, ou c'est l'orthophonie. Ou c'est qu'elle gère pas sa pathologie. Ou qu'elle recherchait un type de relation plus distanciée. Elle se sentait peut-être envahie.

Elle voulait moins d'intimité. Et moi, j'ai du mal à faire sans un peu d'intimité. Je suis jamais fâchée avec les patients.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

Au trouble du patient. À leur douleur à l'écriture.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

Un superviseur en PRL, j'y suis allée exprès pour ça. Arrêt ou passation : une fois. Sinon, tout le reste aussi, et patience, patience, patience... des discussions avec l'enfant, les parents, et une remise en question personnelle.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

À l'entourage. A notre connaissance et notre confiance réciproque, et à des évolutions spontanées, parce que c'est le moment pour la personne.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Quand le patient le ressent, si on lui laisse la place de le dire. Quand les visites s'espacent : quelqu'un qui oublie trois fois de suite sa visite, quand l'entourage signale que ça va mieux. Le bilan n'est jamais une indication. Un gamin qui m'était adressé n'était pas dyslexique, mais je l'ai gardé, parce qu'il avait plein de problèmes à côté, et aussi parce que c'est un espace où il souffle. Il est juste surmené. Des patients, j'ai essayé d'arrêter, mais ils voulaient pas. Ils ont fait une rechute et sont revenus avec une ordonnance ! Il faut dire aux gens qu'il peuvent partir, il faut les autoriser à partir dès le début de la prise en charge.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Non, plus maintenant parce que c'est une victoire pour moi. Parce que je fais tout ce que je peux pour les retenir (rires). Je suis ravie.

Témoignage (19)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

Nice. En 1999.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Une prépa.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Un DU Alzheimer.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Mixte.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Quasiment oui.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Une orthophonie cosmopolite sur les courants.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Non, à part les reprises en CMP.

Q8 Êtes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

FNO.

Q9 Êtes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Ça participe au diagnostic, ça peut même orienter, sur une fin de bilan, pour une autre prise en charge. Si il y a un contact particulier qui évoquerait quelque chose de la psychose.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Ça dépend du type de ressenti. Le type clinique, c'est à prendre en compte. Si c'est un ressenti personnel, c'est à ne pas prendre en compte.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?

Pourquoi et comment ?

Forcément, ce qu'on est ça passe, si on est plus obsessionnel, si on est bon en dessin, si on est bon en musique. Quelqu'un aura besoin de quelqu'un de plus maternel, ou de plus à distance, etc....

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Oui. Entre quelqu'un qu'on va voir trois fois semaine pour une aphasie, on va rentrer dans son intimité ; ça va être différent pour une déglutition sur 10 séances. Quoiqu'il en soit, l'aspect relationnel ou transférentiel est primordial, mais moins pour la déglutition que pour la voix, le bégaiement, etc.... la relation est très importante.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?

Ça dépend de l'enfant. Soit c'est un enfant qui est systématiquement dans l'opposition et qu'il faut frustrer un peu, soit je rebondis et je propose autre chose. Si c'est une gamine de 7 ans qui chouine toutes les trente secondes, je vais essayer de tenir, de lui expliquer. J'explique toujours. J'essaie de m'adapter tout le temps à leur demande, sauf si c'est une opposition systématique, j'essaie de tenir un peu. Mais j'explique toujours à quoi ça va nous servir dans la prise en charge.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Ça a du m'arriver, ça c'est sûr (réflexion). J'en ai eu deux. Un, je crois que les parents ne m'accordaient pas de crédibilité ou de confiance. En tous cas je sentais pas de confiance, je sais pas si c'était dans mon travail ou dans ma relation. Je pense que ça passait pas au niveau de la relation. Dans le cadre, dans la personnalité, dans le travail, je crois que ça accrochait pas bien. Donc c'était très bien d'arrêter. Une autre fois, j'avais proposé de manière récurrente et insistante un suivi psy, et les parents n'ont pas suivi et entendu, donc ils ont arrêté.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

A personne en particulier, on travaille avec la relation, avec des êtres humains, donc y a des choses qui passent, imperceptibles, et parfois ça accroche ou ça accroche pas, et c'est ça qui fait la richesse aussi de ce travail. Et parfois ça peut être aussi des gens qui sont en souffrance, qui viennent demander des réponses, et parfois le diagnostic est douloureux à entendre....

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

Y a des prises en charge qui ont abouti à une rupture. Les deux que j'ai citées, c'était ça. Si je bloque sur le côté relationnel... y avait un enfant avec lequel j'avais fait tout ce que j'avais pu, il a pas d'affects, il laisse jamais passer, comme dans sa famille. Donc j'en parle beaucoup avec la psy du CMP et ma collègue. Souvent, on échange beaucoup, sur « qu'est-ce que tu ferais, qu'est-ce que tu en penses ?... » avec la psy, c'est des échanges plus psy... je peux aussi recevoir les parent,s pour faire un point sur les difficultés. C'est très fréquent.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

Au dialogue, à la discussion qu'on a pu avoir, avec soit une personne extérieure à la prise en charge, ou à la discussion avec l'enfant et/ou sa famille. D'avoir eu l'espace d'en parler me permet d'aborder la séance avec moins d'appréhension. Des enfants avec qui la relation est devenue compliquée, on appréhende un peu les séances. Ces discussions m'ont décalées moi aussi.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Si l'enfant signifie clairement qu'il a pas ou plus envie de venir. Parce que aussi ça stagne, ça évolue pas depuis très longtemps, comme par exemple, un enfant avec retard de langage, puis avec qui on fait une pause, puis il revient avec une DL-DO, etc. Ces patients au long cours, pour lesquels on sait plus quoi proposer. Notamment j'ai dit que j'allais arrêter à la fin de l'année, en expliquant aux parents qu'il serait intéressant de changer d'ortho parce que j'arrive au bout de mes possibilités. Et si le bilan est bon.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Moi ça a du m'arriver avec des adultes. Sur des rééducations d'aphasiques ou non-aphasiques, ou pour des troubles mnésiques. Donc des prises en charge longues. Donc quelque chose stagne au bout d'un moment, dans les progrès possibles, et je trouve ça compliqué d'arrêter quand on sait que les zones de suppléances sont au bout de leurs possibilités. Mais l'intérêt de la personne à venir, et l'écoute de sa parole déformée, qui n'est plus entendue ailleurs, c'est très compliqué pour moi, parce que j'entends qu'on a aussi un rôle à jouer dans la communication et dans le sujet communiquant. Je sais que je sers quand même à quelque chose pour cette personne-là. J'entends sa parole, sa souffrance.

Remarques ou commentaires ?

On a choisi ce métier-là, en ce qui me concerne en tous cas, parce que le fait d'être un être de langage, communiquant, c'est la base de notre métier. Dès qu'on parle c'est adressé à l'autre, donc la relation est primordiale, et donc il y a des choses qui se jouent qu'on ne maîtrise pas, et c'est ça qui est fabuleux dans notre travail. Tout ce qui est verbal et para-verbal.

Ça dépend de ce qu'on met derrière « relation ». Tu mets pas la même chose selon ton orientation de travail.

Témoignage (20)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

A Nice, en 87.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Avant j'avais fait deux P1.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Aucune.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Mixte.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non, au début j'étais seulement salarié. Pour la variété et pour le travail en équipe.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

À la fois des référents pédagogiques et thérapeutiques, il faut essayer de trouver un juste milieu entre les deux. J'essaie de m'adapter au plus près à l'enfant et à ses difficultés, en essayant de piocher dans différentes méthodes.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Une supervision, dans le cadre de l'hôpital.

Q8 Êtes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

J'étais à la FNO.

Q9 Êtes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Ça influence forcément sur toute la conduite thérapeutique, on s'adapte à ses traits de caractère et à ses goûts. Dans le choix des méthodes. La qualité du contact entre dans un diagnostic plus global, donc dans une appréhension plus globale de l'enfant. On peut aussi orienter vers d'autres professionnels.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Comme un élément à prendre en compte.

*Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?
Pourquoi et comment ?*

Oui, sûrement. Ça interagit dans le transfert qu'on a avec l'enfant. Ce qu'on est transparaît forcément dans la dualité de la relation qu'on peut avoir avec l'enfant. C'est plus une rencontre entre deux personnes, c'est pas unilatéral, c'est bilatéral.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Non. C'est toujours important, que ce soit avec des maladies dégénératives, je pense même que c'est primordial, plus que la technique.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?

C'est plus les enfants qui attaquent, les adultes c'est plus rare, quoique... j'essaie de comprendre pourquoi. J'essaie d'en discuter avec lui. De négocier quelque chose avec lui à travers ce media, et si ça marche pas, je change, quitte à le réutiliser une autre fois après en avoir rediscuté.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Style opposition passive ou marquée, chez certains enfants. Mais ça a jamais été des difficultés relationnelles au long cours. Ponctuellement. J'appellerais même pas ça des difficultés relationnelles, c'est plus lié à la pathologie ou à l'état psychologique de l'enfant à ce moment-là. C'est arrivé qu'il y ait une opposition passive, jusqu'au mutisme. Sans que ça ait perduré.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

A l'état psychique ou à un événement de sa vie.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

C'est variable suivant le pourquoi de la difficulté : ça peut être la rencontre avec les parents. Ça peut être le dialogue, les dessins....

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

C'est variable, selon la situation. À quoi ou à qui (réflexion) les échanges qu'on peut avoir avec l'enfant, ou avec les différents professionnels qui s'occupent de l'enfant, les échanges avec les parents, un changement de situation dans la vie de l'enfant... c'est jamais aussi tranché.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

En général le bilan. Il peut y avoir d'autres facteurs qui entrent en jeu. La lassitude de l'enfant... mais en général, même si il y a une lassitude, c'est quand même le bilan qui va dire si on arrête ou pas la prise en charge.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Non.

Remarques ou commentaires ?

C'est peut-être l'élément primordial. C'est sûrement la qualité de la relation, qui permet l'évolution de l'enfant. Si il y a pas une relation positive, je pense pas qu'il puisse y avoir évolution favorable de l'enfant. De même avec l'adulte. Je pense notamment aux Alzheimer, qui sont parfois un peu réticents et du coup, ça marche moins bien.

Témoignage (21)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

A Nice, et j'ai eu mon diplôme en 2008.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Une maîtrise de droit, et puis j'ai travaillé un an, avec des petits boulots.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Alors, oui, en déglutition. Une pour les bilans des maladies neuro-dégénératives.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non, j'avais un petit temps dans un accueil de jour Alzheimer pendant deux ans.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Aucun. Je me cherche encore dans ma pratique. C'est pas l'école, mais plein de choses différentes selon ma personne...

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Non.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Non.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

J'essaie que ça influence pas trop, parce que ça peut être faussé la première fois, mais ça l'influence quand même un peu, forcément. Ça influence sur moi, si le contact est moyen. Du coup les premières séances, je vais être un peu sur la réserve, alors que si ça passe bien, je serai plus libérée.

Q11 *Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?*

Les deux. C'est à prendre en compte, parce que quand on fait ce métier, faut quand même faire attention à ce qu'on ressent, même si c'est pas toujours juste. Mais des fois ça contrarie parce qu'on a des idées reçues sur les patients. Mais on s'en rend vite compte, ça se rétablit au bout d'une ou deux séances.

Q12 *Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?*

Oui. Je pense surtout aux adultes, aux personnes âgées, dans les pathologies dégénératives, qui ont pas le moral tout le temps. Je pense être assez dynamique, donc ça booste. Pour un enfant, ça influence aussi, mais je me rends moins compte de comment.

Q13 *Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?*

Oui. Par exemple, pour une déglutition atypique, je pense que la relation, là, est pas énormément. Après tout le reste, ça a plus d'importance.

Q14 *Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?*

Pendant quelques secondes, j'essaie de le motiver quand même, et sinon je change, je m'obstine pas.

Q15 *Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.*

Un enfant. Au tout début, je le suivais. Il avait des problèmes psy un peu, pas forcément, psychiatriques... Ça a été très dur, il me renvoyait des choses moyennes, j'essayais de le cadrer, trop, puis d'être cool, ça marchait pas. Donc j'apprenais à l'avance les séances.

Q16 *Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?*

À la fois à moi, parce qu'en tant que professionnelle c'est à moi de gérer ça, et en même temps, c'est une histoire de rencontre de deux personnalités.

Q17 *Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)*

J'en ai parlé à ma collègue ortho, pour essayer de voir autre chose, d'autres façons de faire. Avec lui ça a pas trop aidé, mais avec d'autres oui.

Q18 *Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?*

C'est dur, parce que je me rends pas compte du déblocage au moment où il a lieu. Je m'en rends compte quelques mois après... il y a des deux, c'est vraiment une relation. Je peux pas attribuer à un truc précis.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Le comportement de l'enfant. Avec les adultes, c'est des choses concrètes. Pour les enfants : soit au bout de quelques séances, y a plus du tout de motivation. Donc on fait soit une pause, soit un arrêt complet. Soit quand je vois que ça va mieux, et que l'enfant commence à se lasser parce que ça va mieux. Quand j'arrive plus à donner de sens à ce que je fais, c'est souvent qu'on arrive à la fin. Le bilan aide. Mais parfois y a des bons bilans, et pour autant on continue un peu la prise en charge, parce que l'enfant est pas prêt à arrêter. C'est pas le bilan qui va déterminer si on arrête ou pas.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Non, pas trop. J'ai peur d'avoir des difficultés, et en fait j'en ai pas. J'appréhende un peu avant, mais en fait ça va. Je le fais pas de façon arbitraire, je décide pas moi toute seule que je vais arrêter. J'en parle avec les parents, je les laisse faire le chemin. Mais aborder le sujet de l'arrêt n'est pas difficile.

Remarques ou commentaires ?

On transmet pas que des choses positives, mais c'est forcément une histoire de rencontre.

Témoignage (22)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

J'ai eu mon diplôme en 1971, à Rennes. J'ai commencé à Nantes, mais c'était trop mécanique. A Rennes, il y avait Chassagny.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

J'ai fait psycho, et le Certificat de rééducation des enfants dyslexiques en même temps. A Rennes, y avait le courant Chassagny et Borel.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

J'ai fait un diplôme de linguistique à Nice, et une maîtrise de psycho à Nice. La PRL. Et j'ai été animatrice et enseignante depuis 1986.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non, avant j'étais en mixte. J'ai tout fait : CMP, IMP, Foyer de l'enfance. J'étais à trois quarts salariée. J'ai arrêté à la retraite !

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

La théorie analytique, les théories linguistique : Jakobson, Benveniste, Chomsky.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

J'en ai plusieurs dans toutes la France. Je suis supervisée par quelqu'un d'autre. Oui, dans ce cadre là, bien sûr.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

ITECC. FOF, depuis cette année, avant c'était la FNO.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

C'est le fondement même de mon éthique.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Tout ce qui vient de l'écoute, du regard, de l'autre, et de l'a priori que nul, mieux que le patient, ne peut trouver comment il peut se rééduquer. Donc c'est à nous de créer l'espace transitionnel où il va pouvoir être sécurisé et exprimer des choses. C'est le premier temps du bilan, donc bien sûr, c'est capital pour le diagnostic.

Q11 *Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?*

Si le contre-transfert est correctement analysé, plus ou moins, si on est à peu près au clair, forcément le contre-transfert, le ressenti fait partie de l'élaboration clinique. C'est difficile de cliver l'écoute du patient et le ressenti. Ça dépend du matériau que donne le patient à la première rencontre, si il se contente des signes cliniques, mécaniques, ou s'il exprime autre chose. Si lui, il met des relations de cause à effet entre sa propre histoire et celle de son gamin, les difficultés de son enfant et les siennes.

Q12 *Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?*

C'est capital. Par exemple, quand on travaille en CMP, les médecins qui voient les enfants savent tout de suite à qui il faut adresser les enfants « ah celui là il est pour un tel... » Donc la partie personnelle interfère. C'est pas que la compétence purement technique. C'est la personne elle-même de l'orthophoniste, toute sa personne (technique, personnalité, considération de l'enfant, etc...) qui permet au patient d'avancer.

Q13 *Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?*

C'est pas la même. Mais je vois pas dans quelle pathologie elle peut avoir moins d'impact. Alzheimer, il en faut beaucoup. Peut-être dans les troubles de la déglutition, et encore, il faut quand même sentir si l'autre est prêt à faire certains exercices.

Q14 *Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?*

Ça veut dire qu'il est pas prêt, qu'on a mal fait notre boulot. C'est pas que je change de media, c'est lui qui change. Au départ on demande à l'enfant pourquoi il est là, est-ce qu'il souffre ? Y en a qui souffrent pas. Si un gamin est phobique de l'écriture, ça se retournera forcément contre le media, donc il faut faire autre chose.

Q15 *Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.*

Y en a eu plusieurs. Quand j'ai eu une trop grande résonance dans ma propre histoire : le décès d'un enfant, puis d'un mari... quand ça pouvait m'arriver à moi aussi dans l'histoire du patient. Après le décès de mon mari, j'ai fait en sorte d'éviter certaines situations familiales. J'ai failli avoir des problèmes avec des intégristes catho. J'ai eu une histoire fantastique avec ce gamin et ses parents. Il a écrit beaucoup de choses, alors que je prenais la table pour pas réagir à ses textes épouvantables sur la contraception et d'autres questions brûlantes (Henri il s'appelle). Il a vachement évolué. Je me suis un peu rapproché de sa mère (le père était vraiment fou, y avait pas moyen). La mère a un peu évolué. Le gamin a réussi à se distancier un peu de sa famille. Je l'ai eu en deux temps : à la fin CM1 jusqu'en CM2, puis en 5ème. C'était parfois très très limite avec lui, il me faisait chier, je me demandais qu'est-ce que je foutais, etc... il a pas voulu reconnaître que son jugement était un peu trop entier, mais j'en ai encore des nouvelles. Il est compagnon du Tour de France en ébénisterie. Sa famille, c'est une grande famille niçoise, et de dyslexiques. La mère est dyslexique. Elle était touchante, car elle m'a rapporté les textes de son père et les siens. On a pu travailler sur l'histoire de la dyslexie du grand-père, qui rêvait encore à 70 ans qu'il allait passer son bac. Ça m'a fait beaucoup de bien de travailler avec ce gamin-là.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

À mon histoire personnelle. Moi j'étais dans les écoles catho, j'ai eu du mal à m'en débarrasser. Maintenant c'est les intégristes islamiques qui me donnent beaucoup de mal. Je pourrais pas m'occuper d'une enfant en tchador par exemple. Je me connais, j'essaierai même pas.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)
J'ai beaucoup discuté en dehors de. J'en ai parlé aux étudiantes (c'est un bon moyen d'expliquer !). Tout ça c'est des gosses qui écrivent.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

Je retournerais la question. Tout blocage vient de la personne qui s'occupe du gamin. C'est mon grand principe de base. C'est tellement vrai que maintenant, j'ai plus de blocage. J'ai des histoires magnifiques qui s'enchaînent, je sais pas pourquoi ! Une petite juive, je me disais « celle-là va avoir du mal ». Je suis allée voir la maîtresse de CP, qui était catastrophée. Je suis allée voir la maîtresse. Des choses se passaient... et puis là, elle a réussi à vraiment rentrer dans la lecture. Rapidement ! A une dictée, elle a eu 10 sur 10 ! elle était très dans le désir de plaire, la petite princesse, qui n'avait aucune parole personnelle. Elle a commencé à faire ses crises à la maison, j'ai dit à ses parents que c'était normal. Je l'ai frustrée un maximum ici, elle faisait toujours des cœurs, je lui disais que j'en voulais pas, en expliquant... une autre aussi, pleine de tocs, qui ont disparu, grâce à l'orthophonie ! Une autre va devenir écrivain ! Elle va faire des nouvelles. Quand tu considères l'enfant comme une histoire qui s'écrit à deux, forcément ça a des résultats. Je suis le starter. Y a toute une élaboration d'une séance à l'autre, et c'est ce qui compte, parce qu'il y a eu transfert ; et entre les premières séances, on voit si on a réveillé quelque chose chez l'autre. Entre les premières rencontres... La petite juive, on a fait le bilan en décembre, mais les parents étaient pas trop inquiets. Chaque personne a sa grammaire implicite de la langue, donc à nous de la découvrir avec eux.

Avec les adultes aussi c'est intéressant.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

C'est eux qui les donnent, ça c'est génial. Par exemple, ils commencent à feuilleter leur dossier pour la stagiaire « avant je faisais ça, après, etc.... » c'est déjà un signe. C'est eux qui disent. Le bilan c'est pour se faire plaisir à nous. Ou alors c'est eux qui demandent à repasser un bilan ! C'est eux qui demandent, ils comparent.... parce qu'ils peuvent très bien faire un bilan extraordinaire avec nous, et que ce soit catastrophique à l'école, donc c'est pas suffisant.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Ça arrive. J'en ai un là. Un petit, il était d'abord suivi par une ortho, puis il a du partir en Amérique latine. Un gosse très difficile, je pense qu'il était plutôt psychotique, il en est sorti miraculeusement. Et je l'adore ! Et alors le problème, c'est que ça fait un moment que je lui dis « tu as plus besoin de venir ici, regarde comme tu travailles bien, tu lis impeccable ». Alors il me regarde et me dit « moi je m'en fous de mes résultats scolaires ».

Il va chez un psy, parce que les parents veulent pas le ritaliniser. Chez moi il est d'un calme !! il va partir trois semaines dans un centre de cure, parce qu'il est gravement allergique. Son frère aussi. Alors je lui dis « on a qu'à en profiter pour ne plus se voir, tu me donneras de tes nouvelles ! » et lui : « non non non » Donc je pense que ça vient un peu de moi. Parce qu'il bosse ! Il écrit, il fait pas rien. La mère en a besoin, c'est le seul endroit où on lui dit, à sa mère, qu'il est bien. Tous les mercredis, elle dit « et voilà, on m'a encore dit ça, etc... ». Il a une forme de sensibilité exacerbée, donc il est très sujet à la distraction, à tout ce qui vient de l'environnement, alors il part en live. Hier, il me dit : « mon frère est beaucoup trop concentré. Il est comme sourd. Moi c'est le contraire ! ». J'adore l'espagnol, et il m'a apporté son trésor : ses premières histoires écrites en espagnol, et on a travaillé ses confusions à partir de ses textes en espagnol.

Témoignage (23)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

En 1970, à Paris.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Rien.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Aucune.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Je suis salariée.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Oui. Parce que j'ai besoin de travailler en équipe. Dans ma boîte toute seule, c'est pas mon truc. Je me suis spécialisée très tôt en pédopsy, et aujourd'hui, j'aurais des difficultés en neuro ou en ORL.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Ici, en pédopsy, ça veut dire qu'il y a la formation ortho et derrière, les référents sont psychanalytiques.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Supervision non, un groupe de travail oui.

Q8 Êtes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Non.

Q9 Êtes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

C'est l'essentiel. Vous faites votre diagnostic pratiquement sur votre premier contact, quand on a un peu d'expérience.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Comme une information à prendre en compte.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?

Pourquoi et comment ?

Oui. Sachant que, normalement, on est censé professionnellement avoir une distance. Parce qu'il émane forcément quelque chose de moi qui est ressenti en face, c'est l'interaction relationnelle. Tout le travail personnel fait qu'il faut quand même une distance, mais ma personnalité rentre en ligne de compte. On n'est pas des robots.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Non. Elle est toute aussi importante.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le média que vous lui proposez ?

On parle d'enfants ici. Y a des enfants avec qui vous allez devoir être directifs, les enfants-roi, intolérants à la frustration ; et d'autres, les inhibitions majeures, vous allez l'amener à choisir. Tout dépend du patient qu'on a en face, et de ce pour quoi il vient.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Pas vraiment, même ceux qui parlent pas, ils parlent avec moi. Peut-être si je remontais dans le temps je trouverais, mais a priori... non.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

Par exemple, si c'est un enfant qui veut pas rentrer avec moi, qui veut pas se séparer de ses parents, je vais faire entrer ses parents... C'est par un système d'empathie, d'accompagnement qu'on va y arriver. Je peux démarrer une séance dans la salle d'attente pendant un quart d'heure.. je suis pas rigide du tout ! À nous de faire en sorte que le contact s'établisse, et de faire naître le plaisir. Une fois que le plaisir dépasse chez l'enfant les règles qu'il met devant lui, on a gagné.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

Sans réponse.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

À lui. À ce qu'il a fait de la relation avec le thérapeute. Mais c'est lui qui fait le boulot !

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

C'est compliqué, parce que c'est justement là où intervient le transfert. Moi ça s'arrête jamais comme ça. Y a toujours une postcure : j'espace les séances, je peux maintenir le lien une fois par mois ou par trimestre, je maintiens ça longtemps, pour les enfants placés, ils peuvent venir quand ils veulent. Je laisse l'enfant être en demande de revenir ou pas. Il faut que la fin soit vécue par l'enfant comme une promotion, il prend en charge son existence. Quand un enfant veut se débrouiller, tout ça, même si on pense que lui il est un peu jeune, il faut l'entendre, cette démarche d'autonomie et de prise en compte de leur vie, là on a gagné quelque chose.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Moi non, c'est uniquement par rapport au gamin. Heureusement que je ne m'accroche pas.

Remarques ou commentaires ?

On travaille avec le DESIR et le PLAISIR et que ça ! Notre boulot à nous va être que d'un coup la porte s'ouvre, et que toutes les informations qui vont leur arriver, ils vont en faire quelque chose. Je dis souvent au gamin : tout est dans ta tête mais je suis sûre que c'est comme ton tiroir à chaussettes. Souvent ça l'amuse, et je lui dis qu'on va ranger . J'ai pas de désir pour l'enfant, je fais mon boulot, je l'accompagne. Je leur dis d'ailleurs que moi je suis payée pour les aider, mais que s'ils ont pas envie, c'est pas mon problème. Par contre, je l'accompagne pour lui insuffler le désir et l'envie. C'est un travail d'étayer la demande, on va travailler à étayer cette demande, alors là on pourra travailler, mais ça prend du temps.

C'est des métiers où on se soigne. Il vaut mieux affronter une équipe, que de se renfermer avec ses propres problèmes. La rencontre avec un patient malade fait émerger des choses.

Témoignage (24)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

Nice, et 2010.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

J'ai fait deux années de licence en Sciences du Langage.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Une formation d'ostéo-équin.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

J'étais salariée l'an dernier, et que libéral maintenant.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non, mixte. J'ai arrêté pour le salaire.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Mes cours. La Planète des Alphas.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Avec deux copines, on se retrouve pour manger tous les jeudis soirs, et on parle aussi de nos cas. Pas de supervision.

Q8 Êtes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

La FNO.

Q9 Êtes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Si le courant passe pas, j'hésite pas à dire aux parents que la relation est importante pour la prise en charge. Si ça passe pas, il faut avoir l'objectivité de changer de thérapeute. C'est très difficile d'arrêter une thérapie en disant que la relation passe pas.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

À prendre en compte, mais c'est juste une information supplémentaire, et ça se modifie avec le temps et l'expérience, à mon avis, le ressenti donne de plus en plus d'infos.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?

Pourquoi et comment ?

Parce qu'on n'est pas des machines, ce qu'on est va amener quelque chose de supplémentaire dans la thérapie, peut-être parce qu'il y a un investissement différent du thérapeute, et du coup de l'enfant.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Oui, par exemple, en déglutition, la relation (moue...). En déglutition, y a pas de transfert c'est tellement technique.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?

Je me défends. Il vient me consulter, c'est moi qui ai raison. Je lui explique. Des fois c'est les parents qui veulent pas.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Alors, un ado. Il avait plus envie de venir en séance car c'était long. J'ai tout essayé avec lui, le prendre par les sentiments, l'autorité, relâcher la pression, le cadrer... Il mentait pour pas venir en séance, du coup il a arrêté.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

À la crise d'ado. Peut-être le fait que la relation pouvait pas se faire, parce qu'on était trop en conflit. C'est multifactoriel. J'ai pris le dossier de l'ortho avant moi...j'ai pas pu en parler de vive voix avec celle d'avant, je sais pas comment ça se passait avec elle.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

J'ai essayé beaucoup d'angles d'attaque différents, j'ai cherché ce qui pouvait l'intéresser, le stimuler, mais il était dans une période où rien l'intéressait, vraiment le bon ado.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

À la communication avec la famille, avec l'entourage, avec l'école. Si tu prends la vision du papa, de la maman, de la maîtresse, tu comprends. Le patient évolue avec toute sa problématique. Toi, t'as envie juste de faire de l'orthophonie au début. C'est difficile.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Quand l'enfant commence à s'ennuyer en séance. Évidemment, le bilan pour objectiver. Mais subjectivement, quand tu butes plus sur rien, ou quand je sais plus quoi leur faire faire.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Ça dépend des patients, de l'investissement affectif que tu as. Mais globalement non, parce qu'on a tellement de boulot que....

Témoignage (25)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

A Nice, en 2010.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Une Licence de Biologie des organismes.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Non.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Oui. Parce qu'il y a beaucoup de patients en cabinet. Donc j'ai pas de temps. Et parce que je fais beaucoup de domiciles.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Les cours. Aussi les dîners entre amies.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Pas encore, c'est en cours. Sinon, mes dîners entre amies, comme je disais. Pas de supervision.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Je suis à la FNO.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oh oui ! D'ailleurs ça me fait toujours flipper un peu, parce que tu sais pas à qui tu vas avoir affaire. Et ici, c'est des gens très bourgeois, donc faut toujours faire celle qui sait. C'est aussi excitant. C'est très important. Pas tout se joue, mais une bonne part de la relation se fait au premier contact. Y a des gens avec qui ça passe pas du tout, tu le sens. Y a des gens, au premier contact, c'était électrique, et après, ça s'est avéré que ça passait pas.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Faut vraiment adapter la rééducation par rapport à ça. C'est sûr que c'est très important. Comment tu approches le patient ? Y a des gens qui, tout de suite, vont être très familiers... Je fais pas la bise à mes patients, sauf un monsieur que je vois quatre fois par semaine, un aphasique. Au niveau du contact, à domicile, c'est très différent du cabinet.

A domicile, on te dit « et vous voulez un café ? »... ils connaissent beaucoup de ma vie ! Y en a un qui me dit « vous faites partie de la famille ». Tu fais partie vraiment de la vie de ces gens-là. Donc par rapport au contact, tout se joue. Plus t'es proche, meilleure est la rééducation. Attention, faut toujours respecter le cadre, mais j'ai beaucoup d'adultes, et y en a qui sont toujours sur la réserve, et ça marche beaucoup moins, je les aide beaucoup moins. Alors que, quand tu peux être plus proche, plus intime, je pense que ça marche mieux, tu es plus efficace, et les patients sont plus réceptifs. Il y a une notion de confiance qui peut être importante. Pourquoi créer une bonne relation ? Parce qu'il y a confiance. Parfois un patient peut venir te voir par rapport à un truc psy. Quand le patient te fait confiance, t'arrive beaucoup plus à savoir, et comprendre beaucoup mieux d'où vient le problème, ou en tous cas le facteur aggravant ou accompagnateur. Tu vas partir sur du mécanique, alors qu'il faudrait que t'aille aussi sur du psychologique, si le patient te parle pas.

Des fois on a du mal à se positionner « est-ce que là je vais trop loin ? Est-ce que là je fais pas de la psychothérapie sauvage ? » mais je crois pas. Peut-être que je fais pas que de l'orthophonie, mais c'est pas grave. Je crois que la différence, c'est que j'agis pas comme un psy. J'écoute, je dis ce que je pense, plus qu'un psy. Je le fais réfléchir sur des trucs. Par exemple, j'ai un ado dyslexique avec qui je fais presque que parler. Si t'es trop proche, c'est très dangereux... Je suis interpellée par le fait que des petits me vouvoient. Je pense qu'il y a une part d'éducation. Ça me met mal à l'aise, ça me plaît pas. Donc je leur dis de me tutoyer. Mais certains ont quand même du mal !

Q11 *Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?*

Je crois que ça aide. Un peu des deux. Il faut pas se fier qu'à son propre ressenti. Mais comment rester impartial ? Tu fais de l'orthophonie avec ce que t'es. C'est plus oui que non.

Q12 *Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?*

Complètement oui ! Parce que d'une, j'ai ma façon de voir l'orthophonie, qui est unique, on a toutes les mêmes cours, mais le point de vue change. La question du point de vue est super importante en orthophonie. C'est un des trucs les plus importants en rééducation, dans tout, le point de vue. Et je fais par rapport à mon vécu professionnel et surtout personnel, franchement. Y a toujours des échos entre les patients. J'utilise beaucoup la même chose avec plein de patients, mais différemment.

Q13 *Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?*

Franchement non. Que ce soit très mécanique, comme la déglutition primaire... qu'est-ce que je fais comme psychologie avec une déglutition primaire ! Il faut soigner l'aspect relationnel plus qu'un autre. Si le patient est pas convaincu de ce qu'il doit faire, il le fera pas. Je leur explique toujours tout. Pour la déglutition primaire, j'utilise beaucoup le conditionnement de Pavlov ; et si ils comprennent pas, pourquoi ils le feraient ? Tu vas demander au patient de réfléchir sur lui, donc faut vachement lui expliquer, y a pas que du technique. Faut vraiment utiliser les deux personnalités.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?

Ça me déstabilise, mais faut savoir rebondir, donc j'essaie de proposer autre chose. Surtout je lui demande ce qu'il voudrait que je lui propose, voir s'il a mieux.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

L'année dernière, j'ai eu une patiente qui a eu un AVC (70 ans environ). Une personne très élevée au niveau social, très coquette, elle a travaillé dans des maisons de haute couture, elle habitait dans une maison art-déco... je me sentais déjà pas bien dans cet appartement. J'ai pas su rentrer en contact avec elle. J'y suis allée deux trois fois. Elle avait une aphasie de Wernicke en plus, ce qui est compliqué. C'était mon premier cas, je me sentais pas efficace, j'ai essayé de prendre des renseignements à droite à gauche. Elle refusait la rééducation, avec la kiné et moi. Nous étions toutes les deux des jeunes femmes. Son mari était complètement barge.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

Elle pouvait pas me voir, ma façon d'être ne lui allait pas, je pense. Et elle aussi, elle avait un caractère de merde. Peut-être qu'elle m'a pas sentie efficace.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

Je passais une soirée entière à découper des logos Chanel, Dior, juste pour qu'elle les reconnaisse. J'ai essayé de m'adapter à ses centres d'intérêts. Ce que je lui ai proposé ne l'intéressait pas. Elle se sentait dévalorisée au maximum. Au contraire ça a du même, lui rappeler qu'avant elle était capable de tout ça, et maintenant non. Donc j'ai raté. Je l'ai orientée vers une autre ortho. Elle était prise en charge par l'HAD.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

Oh ben à tout. Par exemple, le patient peut un jour décider qu'il va faire tout pour s'en sortir. Il décide parce que je fais que lui répéter. Ça m'est arrivé y a pas longtemps. Le patient se décide un jour. Après, la rééducation en elle-même aussi.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

J'en sais rien ! Je sais pas arrêter, ou j'ai du mal à arrêter une rééducation. Une DL-DO, y aura toujours des éléments. J'ai beaucoup de mal à arrêter. Y a beaucoup de patients... Pour moi, c'est problématique de savoir quand arrêter. C'est une des choses les plus difficiles pour moi. Quand ça fait des mois que ça avance pas par exemple... y a une notion d'abandon qu'il faudrait que je travaille, je me demande toujours « est-ce que j'ai tout fait, est-ce que j'ai fait assez, est-ce que je peux plus rien apporter ? »

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Oui. Je suis pas sûre d'avoir tout apporté, c'est ça le truc. En fait j'ai des scrupules. Mais heureusement que je doute de moi. Je trouve ça bien de jamais être sûre de moi à 100%, sinon tu réfléchis plus.

C'est pas la notion d'attachement. J'ai eu beaucoup de décès parmi mes patients, donc je sais qu'il faut faire

attention à l'attachement, il faut aussi se protéger. Et c'est pas facile. Mais j'ai pas l'impression que je me retiens de m'impliquer. Je mets des limites naturellement.

Témoignage (26)

supprimé pour garantir l'anonymat de l'orthophoniste

Témoignage (27)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

A Nice, en 1977.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Aucun. Juste un bac S.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Psychanalyste.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Salariée pour le côté ortho, et en libéral pour la psychanalyse.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Non, parce que j'étais intéressée par d'autres choses : la psychiatrie, la neuro, etc.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

C'est plutôt la psychanalyse lacanienne et freudienne. Mais dolto aussi.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Oui les deux. Le groupe de travail, c'est les cartel.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Syndicat non.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui +++.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Bien sûr que ça influence, c'est dans l'analyse du transfert et du contre transfert. Si je vous détaille, ça dure 3 jours. La fin d'un bilan, on peut voir si l'enfant est demandeur ou pas, et là on a déjà au moins 50% de réussite au moins.

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

Les deux. Je prends en compte, mais je me méfie. Je sais qu'il faut l'analyser, je me fie pas rien qu'à mon ressenti.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?

Pourquoi et comment ?

Oui. Pourquoi et comment ? C'est impossible à répondre, je suis pas à la place des patients. Mais ça a aussi à voir avec le transfert et le contre-transfert, c'est variable d'un sujet à l'autre. La personnalité, c'est le style, donc ça joue forcément. Mais comment ? C'est variable. Et en plus on peut pas maîtriser comment ça joue.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Essentiellement d'abord, selon le sujet, et ensuite selon la pathologie. Je pense qu'un autiste ou un psychotique, la relation est autre, c'est plus difficile.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le média que vous lui proposez ?

J'écoute quand même ce qu'il me dit, je prends en compte. J'insiste pas plus que ça, ou je détourne en proposant à l'enfant de me dire en quoi, et on adapte.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

Oui, avec des gamins qui sont beaucoup plus déficitaires. Après, quand je suis obligée, parce que je peux pas réadresser... Je fais une analyse de mon contre-transfert pour m'aider. Parce que sinon c'est intenable, ou je passe aux étudiantes. Parfois je fais ça, même souvent. Mais avec les pathologies déficitaires.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

Les difficultés viennent de l'interrelation, mais je suis l'adulte soignant responsable, donc faut que j'analyse mon contre-transfert négatif, et de rester tant que possible thérapeutique.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

L'analyse du contre-transfert. Et en même temps aussi parfois, pas avec tous les enfants, en parlant avec l'enfant, en expliquant à l'enfant les difficultés que je rencontre dans mon travail et en réfléchissant sur ce qu'on peut mettre en place pour se sortir un peu de ça.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

Forcément aux deux puisqu'on est dans une interrelation. Après j'ai noté de temps en temps, dans l'après coup, que c'est lorsque j'ai lâché prise sur quelque chose, qu'il y a un déblocage. Je dis pas que c'est systématique, mais quand même, c'est peut-être ce qui me surprend le plus. Je me le suis pas imposé, c'est inconsciemment, je laisse tomber parce que j'y crois plus. Mais je me suis pas dit avant « je vais laisser tomber », parce que ça ça marche pas, c'est vraiment dans l'inconscient, c'est pour ça que je dis « dans l'après-coup ». Après il doit y avoir plein d'autres raisons. Ça tient aussi parfois à l'enfant, suivant ce qu'il traverse, on n'est pas seuls au monde, il est inclus dans une mini-société qui est sa famille, et une société plus grande. Donc y a tous les éléments environnementaux qui font que ça se passe mieux, ou moins bien. Donc je m'informe, surtout que l'enfant le dit pas forcément.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Plusieurs. D'abord, si le symptôme a « disparu », s'il a diminué et qu'il ne s'est pas déplacé. Mais aussi en préparant ça avec le sujet, parce que ça se prépare, si le sujet est prêt à lâcher progressivement. Parce que je pense qu'il faut pas que l'orthophonie soit l'équivalent d'une prothèse thérapeutique. Donc c'est important de travailler aussi la fin de prise en charge, pour que l'enfant puisse aussi continuer un peu tout seul. Il faut se requestionner en tant que thérapeute, sur l'idéal d'une fin de prise en charge, ne pas rester dans l'idéalisation, faut pas rester dans l'idéal. Mes outils sont pas étalonnés. Je tiens compte du relationnel, si l'enfant est prêt. Notamment, j'ai une petite, pour un retard de langage, et puis DL-DO, aujourd'hui, elle va beaucoup mieux, ça fait 4 ans qu'elle est prise en charge. On n'a pas apporté que des outils de langage, mais aussi des tas d'autres choses, ce qui a permis à cet enfant d'investir la connaissance, l'apprentissage, de s'informer seule. Il va falloir travailler la séparation, même pour moi, parce qu'elle me renvoie quelque chose de narcissique, qui me plaît, et cette année je travaille son autonomie à elle. Sachant qu'on ferme jamais totalement la porte non plus.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Ben, là aux deux niveaux. Avec les enfants non. Je suis contente, du côté d'avoir participé un peu pour part au fait qu'un enfant ait un peu de plaisir. Le fait que les gens puissent devenir autonomes par rapport à la prise en charge. C'est sûrement lié à mon histoire perso, l'autonomie est un truc très important. Je reviens sur les enfants, je laisse toujours la possibilité à l'enfant de dire « si tu as besoin tu peux rappeler », ça fait que l'arrêt est pas brutal. Je suis quand même contente, même si j'aime bien l'enfant. Le fait de l'avoir amené à une certaine autonomie. Par contre, j'ai plus de mal quand les parents arrêtent la prise en charge, du jour au lendemain sans rien vous dire. Il a rien pour dire à l'enfant sur la fin. Donc là il reste un sentiment qui n'est pas dû à l'enfant, et qui est dû à la famille, sur des cas sociaux. Un sentiment un peu d'inachevé. Après on peut toujours se poser la question : « est-ce que j'ai suffisamment bien travaillé avec la famille ? », et parfois faut admettre aussi qu'on a fait que ce qu'on a pu et que tout dépend pas de nous uniquement. La difficulté est qu'ils sont aussi dépendants des adultes responsables, ça fait travailler avec beaucoup de monde. On fait avec la famille qu'il y a, donc on essaie d'orienter le travail autrement, avec l'enfant, en tenant compte que la famille s'investit pas. En CMP, on a souvent affaire à des familles aux cas lourds : la psychose, etc...en CMP, on s'adapte. Par exemple, j'ai trois enfants de la même famille. Le travail avec la famille est quand même très important, alors qu'un adulte DL-DO est déjà demandeur. A part avec personnes âgées. On a intérêt à travailler avec l'autre du couple. À tenir compte. Avec les enfants, y a des moments où les gens s'investissent absolument pas sur le CMP. Donc on travaille autrement. J'aime bien les premières consultations pour ça, souvent on voit un membre de la famille, parfois les deux, mais donc on demande à rencontrer l'autre parent, mais déjà à la fin de la première consultation, vous voyez, c'est déjà joué. Après ça peut prendre plus de temps. C'est pour ça que le type de relation est très important, mais ça bouge aussi au cours de la prise en charge, c'est pas instauré une fois pour toutes. Pour adresser à quelqu'un d'autres, en CMP, on peut pas trop parce que c'est sectorisé. Et en même temps, en tant que psychanalyste, ça m'intéresse de savoir pourquoi ça passe pas. Si il m'exaspère, qu'est-ce qu'il vient toucher chez moi ? Je sais que chez moi le déficit intellectuel et la lenteur, j'ai du mal, et dans ma vie aussi, donc j'ai été largement obligée de prendre ça en compte. Du coup j'ai du aussi plus travailler sur comment les aider. D'abord parce que ça l'aide pas si il sent que ça m'énerve, et ça m'aide pas non plus.

Donc je cherche à savoir où il en est, pourquoi l'enfant bute ? On lui a collé un sens, au gamin, il en est là, il doit savoir ça... d'où l'importance d'analyser son contre-transfert, donc faut lâcher, et ça permet de remonter là où ça bloque. Je pense qu'on a intérêt à chaque fois à réfléchir à ça, à chaque cas particulier.

Faut prendre en compte aussi l'importance du narcissisme : entre je suis nulle et je suis Dieu, y a un entre deux.

Témoignage (28)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

A Nice, en 2008.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Une année de prépa à Marseille, une année de sciences du langage à Nice.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Des journées de formations diverses.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

En libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Oui. Parce qu'on s'est associées avec ma collègue, on savait pas trop ce qu'on cherchait, y avait une reprise d'un cabinet. L'occasion. Le salariat c'est pour plus tard.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Essentiellement les cours, et des recherches perso sur la maladie de Parkinson, les démences, etc. Mais essentiellement les cours.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Des soirées entre ortho. Groupes de travail non, à part en lien avec le pédagogique.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

La FNO.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui, mais pas forcément de manière définitive, j'essaie de pas rester sur les ressentis du moment parce que ça peut être biaisé par plein de choses. Oui c'est important, mais pas que. Même au téléphone, tu sens déjà si on va avoir du mal.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Normalement ça doit pas influencer. Normalement t'essaie de prendre ça en compte comme des facteurs favorisants, mais ça a rien à voir avec le diagnostic. A part dans le cas d'un truc très ciblé comme une fente....

Q11 *Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?*

Qui contrarie c'est un peu fort, qui rentre en prise de compte, mais pas forcément qui va influencer.

Q12 *Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ?*

Pourquoi et comment ?

Heureusement oui, j'espère. Je pense que les gens ont souvent confiance en moi parce que j'essaie d'être sûre de moi, de donner des choses précises, d'être rassurante, de les orienter quand ils sont un peu perdus, pour les parents. Et avec l'enfant, je pense qu'ils aiment bien déjà que je sois jeune. Ils sont intéressés. Ils se sentent moins loin qu'avec une personne plus âgée. Avec les adultes, ça peut jouer en ma défaveur, l'âge, surtout avec les hommes. Y a toujours ce rapport un peu ambigu, ils te voient comme la petite jeune à qui il vont raconter leur vie, c'est un peu gênant parfois avec les hommes, et sinon avec les femmes adultes.. Y a plus de sympathie. Parce qu'on écoute et qu'on n'apporte pas de jugement, donc ils se livrent facilement.

Q13 *Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?*

Oui. C'est toujours important, mais sur une échelle normative, c'est plus important pour un bégaiement, une voix, une démence, que pour un trouble d'articulation isolé, ou une déglutition fonctionnelle ou physiologique, car c'est très technique. Ça compte quand même, mais moins je pense.

Q14 *Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?*

J'essaie de changer, je lui demande ce qui lui convient pas, et je propose autre chose. Pour un enfant, j'essaie de lui faire terminer, si c'est un objectif suivi précis, on essaie quand même d'aller au bout. Si c'est vraiment un enfant avec des problèmes de limite, faut qu'il comprenne que c'est pas lui qui va décider. Avec les adultes, faut plus être dans le plaisir, et leur donner envie de revenir. Les enfants, surtout avant 6 ans, autour de 5-8 ans, qui viennent pas forcément avec plaisir, faut leur faire comprendre pourquoi ils sont là.

Q15 *Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.*

Par exemple, une mère très particulière, elle est toujours en train de courir, mais elle y arrive pas, et elle est toujours en train de t'accuser et d'accuser le contexte, les autres... elle est assez mal adaptée avec son gamin. J'attends le jour où ça va vraiment péter, et où elle reviendra pas.

Outre les gens qui reviennent pas, sans expliquer. Avec un adulte qui venait pour du bégaiement sévère, qui était trop jeune et qui a trop investi la relation, il était vraiment très ambigu, et il dépassait un peu les limites : il m'a offert fleurs, des chocolats, et avec tout ce qui va avec le bégaiement : la paranoïa...

Q16 *Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?*

Je pense que c'est sa personnalité, c'est intrinsèque, c'est vraiment des troubles associés d'une pathologie. Il avait ce besoin d'aller chercher du contact, mais en même temps il était très renfermé, ça faisait un peu psychotique. Je pense que c'est vraiment des troubles associés.

Q17 *Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)*

J'ai appelé la prof de bégaiement. En plus c'était ma première année. Il est parti du jour au lendemain, il est pas revenu, je l'ai appelé. Il m'a dit que j'étais raciste, et que j'avais dit qu'il méritait pas d'être français. Parce qu'on avait parlé de ses papiers... je suis restée un peu bête. J'ai appelé quelqu'un qui avait plus d'expérience, et je l'ai envoyé vers une autre ortho qui, en ayant vu le personnage, l'a renvoyée chez une autre ortho, spécialiste du bégaiement. C'était un mec trop bizarre. Après je pense qu'il avait un besoin de revendication, et d'accuser tout le monde de son mal-être.

La personne qui m'a conseillé, m'a dit de faire une lettre au médecin, pour faire l'arrêt de la prise en charge.

Q18 *Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?*

Je sais pas si ça a vraiment lieu. Ou alors parfois ça s'est jamais débloquent, y a des enfants de marbre. Et finalement, ça se finit, parce que le trouble est pas net, et qu'il y a pas vraiment de progrès. Alors ça s'étale, ils te recontactent pas, mais c'est pas vraiment handicapant non plus. Mais c'est vraiment des enfant avec des problèmes familiaux, très inhibés. Et là tu peux un peu rien faire. Soit ça se débloquent tout de suite, soit ça se débloquent pas, je trouve.

Q19 *Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?*

La progression, les résultats concrets, les choses que tu peux cibler. Une pathologie qui se réduit, une progression un peu globale, et une maturité, une autonomie, les choses qu'on peut pointer aux parents, où on peut dire « la c'est, bon il peut faire seul ». Après c'est difficile de savoir si tu arrêtes, si tu attends jusqu'à ce que ça soit parfait. Y en a, ça peut durer très très longtemps, si les parents sont motivés derrière. D'autres, tu sens que l'enfant évolue bien, et qu'il est capable de progresser tout seul. Tu expliques aux parents comment surveiller... et ça se compense tout seul. Ça dépend de l'intelligence du gamin, du degré de pathologie, de son appétence au travail. Globalement on arrête quand on est sûr que tout va bien. Ou alors, quand on réoriente vers quelqu'un. Quand on sait qu'on peut rien faire, et qu'on se dit « il faut que j'oriente », ça m'est arrivé une fois. C'était un enfant très psy, avec une dyslexie de base, réactionnelle.. Je l'ai redirigée vers X. Les parents voulaient tellement des progrès que ça te bloque un peu. La mère a déménagé, et je lui avais donné des noms. Y en a qui décident eux d'arrêter, les parents en général, et tu sais jamais pour quelle raison, parce que tu n'es pas au courant. Ce qui m'oblige maintenant à demander l'adresse postale, la carte vitale, et les numéros pour être payée. Y en a qui te raccrochent au nez. Y a deux catégories de parents. Parfois ils viennent ici sans comprendre l'intérêt, soit la démarche. Les parents vont donc un peu te traiter comme un intervenant, ils mettent rien dans la relation, alors que d'autres te confient tout et comprennent que c'est important. Les autres cherchent pas plus à comprendre. Et ça tu peux le sentir dès le bilan, tu sens si la personne va investir la rééducation ou pas. Donc en général, c'est ces types de personnes qui arrêtent sans même penser qu'on a besoin d'être payé. Des trucs vraiment aberrants. Nous on investit quelque chose dès la rencontre, et eux pas forcément.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Non. C'est même plaisant. Déjà, c'est gratifiant. Et tu sais que ça laisse la place pour quelqu'un d'autre qui en aura aussi besoin. Au bout d'un moment faut vraiment valoriser l'autonomie, des gamins c'est bien de leur montrer qu'il peuvent continuer tous seuls. Je m'attache pas plus que ça. Chacun continue sa vie, je suis contente d'avoir pu les aider....

Remarques ou commentaires ?

Pour les arrêts de prise en charge des adultes, ça m'est arrivé deux ou trois fois, dans le cas d'une maladie de Parkinson, de démence un peu inconnue... ils viennent plus parce qu'ils sont déçus, parce qu'ils pensaient qu'il y aurait du progrès, et là on se dit que j'ai pas été assez claire. C'est souvent après l'été, ça se fait naturellement si tu les rappelles pas. Il faut bien leur faire comprendre qu'il y aura pas de progression. Une dame notamment assez autonome... elle a voulu arrêter la prise en charge. C'est difficile pour le patient de faire face au trouble sévère, surtout dégénératif.

La mort, ça c'est pas terrible.

De toutes façons, dès qu'on reçoit quelqu'un, même si une mère est super, on se dit tout le temps qu'il faut garder des frontières, pour se protéger aussi. La diversité des patients permet aussi de relativiser. Y a des gamins des fois qui t'adorent, et pourtant qui te crispent, et qui t'envahissent, et toi tu fais un contre-transfert... c'est des gamins qui ont trop d'attentes, tu sens que t'es pas juste l'ortho, ils aimeraient que tu sois un peu tout. C'est trop investi. Et ça met une distance. Avec des gamins comme ça, je suis pas du tout dans la relation, je suis très technique et c'est ma manière de mettre une distance. C'est des gamins qui ont pas forcément d'attentes. Plus je suis distante, plus ils réclament. Est-ce qu'ils ont pas juste besoin de ces limites ? D'autorité ? C'est vraiment bizarre. Mais je pense pas qu'il sentent la distance. Y en a pour lesquels je pense que ça fait partie d'un trouble. Mais y en a non. J'en ai pas beaucoup. J'en ai plein aussi qui surinvestissent, parce qu'ils ont des parcours difficiles, mais c'est pas pareil. Les enfants avec beaucoup d'attentes ont pas forcément une pathologie très nette, mais on dirait qu'ils se maintiennent dans le trouble pour continuer à venir, c'est bizarre ! Y en a d'autres, pour qui juste le relationnel fonctionne. Y en a, au bout de deux séances, la maîtresse a dit qu'il s'était transformé ... alors qu'est-ce que ça peut être, si ce n'est un blocage relationnel ? Y a quelque chose qui se joue dès le début. Ils sentent que ça aide les choses. Dès le bilan parfois. Souvent c'est des gamins qui sont entre deux niveaux, et qui ont pas compris qu'il fallait se mettre à bosser. Et qui se retrouvent largués, parce qu'ils sont un peu immatures. Mais c'est pas forcément des pathologies très graves. Dès le début, on me dit « il est transformé ».... Ça dépend aussi beaucoup de l'inhibition du gamin pendant le bilan.

Témoignage (29)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

J'ai eu mon diplôme à Nice, en 1989.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

J'avais fait une fac de lettres, et j'ai été prof d'histoire-géo et prof de lettres modernes. Puis j'ai été auxiliaire médicale, en tant que secrétaire.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Avant le diplôme, j'avais fait la DNP. Et j'ai fait la PRL, du temps où c'était six ans. Aussi Senssonème méthode. Puis j'ai fait des formations de Mme Koppel, avec Sadek Khalil. Et la langue des signes et le LPC. Et aussi des ateliers d'écriture.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Mixte.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Oui, à un an près. Elles se complètent, j'aime bien l'aspect indépendant, et aussi la richesse du travail en équipe. Parce qu'on est un peu isolé en cabinet. Et parce que la surdité ma passionnait.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

La PRL, Benveniste, ... et pas mal de psyho, grâce à la PRL.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Plus actuellement, mais pendant 10 ans, j'ai participé à des groupes liés à la PRL. On avait deux référents.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

La DNP, l'ITECC, et la FNO.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Fondamental. Oui, c'est pour ça que quand on me dit « faites passer un bilan sans prendre en charge » je dis non, parce que c'est indissociable. Ça permet de voir la façon dont l'enfant s'y prend. Y a tout dans le contact, faudrait faire trois pages : comment l'enfant se comporte, la relation qui s'établit, les parents par rapport à l'enfant. Je dirais plutôt les premières rencontres.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Je pars de ce que l'enfant et la famille apportent. La conduite thérapeutique est fonction du bilan, et de tout ce que j'ai vu autour, ou tout ce que j'ai pas vu. Notre désir, c'est de faire entrer l'enfant dans le symbolique. Je fais une série d'investigation au bilan, aussi pour les grands, déjà pour déconditionner de l'école. À partir de ce que je vois ou de ce qu'on a pu se dire, je me demande « Est-ce que je peux entrer tout de suite dans leur symptôme ? Est-ce que je me mets en retrait ? »

Q11 Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?

À prendre en compte, tout en mettant distance et réflexion. Je le prends en compte, sans que ça influence forcément. Ça donne pas forcément une direction à ce que je vais faire avec l'enfant. Dans un bilan y a une part de subjectivité et d'objectivité, on peut jamais être entièrement objectif. Je prends surtout en compte l'altérité qui va se mettre en place. J'ai fait une recherche avec un psy pour essayer de mettre à distance mes émotions. Par contre, mon ressenti de certains blocages va forcément induire ce que je vais faire. Qu'est-ce que les gens me donnent à voir de leur mal-être ? Pour que je vois un peu intuitivement ce que je vais mener. C'est un problème de sentir ce qui se joue là, dans le dit ou le non dit, pour trouver la voie pour toucher l'enfant.

Q12 Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?

Oui. Y a un « je » et un « tu ». Y a forcément toujours un transfert et contre-transfert à gérer. Il se met toujours des choses en jeu entre le patient et moi. On est tellement là pour donner confiance à l'enfant que c'est forcément notre personnalité, notre bienveillance, qui va jouer. Faut essayer de déconditionner de l'échec, de l'école. Forcément si on est un peu sympa, rigolote, il faut être à la fois ferme, et en même temps assez créatif, donc ça a un impact. Après ça dépend de ce que l'on aime. Donc forcément ça induit la prise en charge. On ne donne bien que ce que l'on ressent profondément.

Q13 Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?

Y a quelques pathologies moins importantes. Par exemple, une déglutition primaire. Et encore, parce que si on arrive à lui donner envie, il va quand même donner plus de lui. Un retard de langage et de parole va être plus fragile. Même en surdité. Donc oui, ms il faut quand même une base de confiance réciproque.

Q14 Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?

Y a des dizaines de réponses. Tout dépend de l'attaque. En début de prise en charge, jusqu'en 6ème, j'explique le bilan, on regarde un peu des jeux, et si je vois qu'ils sont opposants, et je leur fais signer un contrat. Ça dépend, si son attaque est justifiée parce que c'est trop haut, etc.... j'entends, je temporise et je change. J'en ai eu deux qui m'ont vraiment attaqué : on a arrêté la séance, j'ai parlé avec les parents. Ça m'est arrivé que deux fois d'arrêter en quelques années. Si il attaque, ça dépend, on peut construire ! Je cherche à savoir pourquoi on attaque. S'il est grossier j'arrête. Je DISCUTE. On peut avancer là-dessus. Faut voir quelle est l'angoisse qui est derrière, si c'est juste de l'agressivité. Aujourd'hui y en a qui sont un peu mal élevés.

Q15 Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.

C'est rare, deux trois enfants. Un, E. , que j'ai eu du CP jusqu'au CM2. Il était dans le transfert et le contre-transfert permanent : envie de me séduire et envie de me détruire. Il avait un grand contexte d'angoisse, et il pouvait être vraiment agressif. Les lettres étaient très dévorantes, il a pu accéder à l'écrit en passant par son agressivité. On a construit sur sa destruction. A l'époque, heureusement, j'avais un suivi en PRL. J'ai eu un grand aussi, limite psychotique, il attachait tout, et là aussi, merci le suivi PRL, parce qu'il rejetait tout ce qui venait de moi. Il avait été violé pendant un camp, donc tout ce qui venait de l'adulte, il l'attaquait. Là, sans suivi, j'aurais pas pu, pour les deux. Quand ils parlaient j'étais vidée. Ça vous pompe de l'énergie. Ces trois cas m'ont été lourds, et en même temps très riches, mais j'aurais pas pu les faire toute seule.

Q16 Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?

Plutôt aux troubles psys, pour E. et J. D'autres, c'est parce qu'ils ont pas d'éducation.

Q17 Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)

Un des deux a décidé d'arrêter, parce qu'il avait plus envie. Sinon, les entretiens avec les parents. Le suivi en PRL aussi, donc forcément la remise en question. Ou alors je les envoie voir un psychiatre, je me fais aider !

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

A la confiance en lui-même et en moi-même. Je pense qu'on a trouvé quelque chose qui faisait que les mots n'avaient pas de sens pour lui. Quand il accepte de rentrer dans l'écrit qui a du sens. Quand il accepte de grandir, je crois. Un enfant m'a dit : « je parlerai bien quand j'aurai tel âge », et quand elle a eu cet âge, elle a bien parlé ! Un autre enfant a jeté tout seul son biberon. Il était « amoureux » de moi. Et du coup il voulait m' « offrir » son symptôme. Un autre, aussi, au CP, c'était impossible de rentrer dans la lecture. Jusqu'à ce qu'un jour, il me dise « ma grand mère est morte » et que « lire, c'est grandir », donc si j'apprends pas à lire, je grandirai pas, donc je mourrai pas. C'est un cadeau, parce qu'ils ont envie de l'abandonner, mais d'autres non. Donc notre regard a changé leur regard sur eux-même.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

Le ronron ou l'ennui, soit parce que l'enfant est là depuis deux-trois ans et qu'on sent qu'on ronronne. Soit il a bien progressé, et il veut pas partir parce qu'il a très peur de me quitter. Quand les progrès sont là. Quand on a épuisé notre imaginaire. Déjà je leur propose un bilan quand il y a des progrès, et si ils refusent, j'insiste pas. Parce que par exemple, avant, j'étais trop rapide, et du coup la séance d'après, il y avait une rechute totale ! Donc si l'enfant s'ennuie. Je dis « on pourrait arrêter » ou « tu voudrais arrêter ? »... si lui, il veut arrêter, et que les parents veulent pas, je prends un bilan et j'en parle avec les parents. Soit on continue, soit on arrête, soit on fait une pause d'un mois ou deux.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Il faut ne pas arrêter trop vite, en discuter, préparer. Moi j'ai pas de difficultés, avec l'âge, la pratique. Le tout, c'est que ce soit bien préparé ou discuté. J'ai plutôt des soucis de le faire trop tôt.

Remarques ou commentaires ?

Les enfants viennent avec du plaisir chez moi. Souvent, c'est aussi parce que nos personnalités se correspondent. Y a aussi toute cette question d'atomes crochus. Faut vraiment essayer d'éviter l'ennui, il faut essayer de rebondir. Y a forcément des choses de nous, qui transparaissent de nous, sans qu'on le veuille. Jouer avec le transfert et le contre-transfert, c'est très riche mais c'est pas facile.

Notre technique est pas une fin en soi, ce qui va se jouer c'est le « je » et le « tu ». D'ailleurs je dis aux parents que si l'enfant a pas envie, c'est pas la peine de commencer. C'est un lieu pour eux. Mais en même temps, c'est pas une relation d'amour, donc ils auront envie de faire les choses, parce que y a pas d'enjeux de perte d'amour ou de gain d'amour.

On est chacune là, avec notre propre histoire, notre vécu. Pourquoi ça marche avec une ortho et pas avec une autre ? Je pense que c'est 30% au moins, si c'est pas plus. C'est important de voir ce que l'enfant voit, quand il dit tel mot...

Témoignage (30)

Q1 Où avez-vous fait vos études et à quelle date avez-vous obtenu votre diplôme ?

J'ai eu mon diplôme à Nice, en 1978.

Q2 Quel était votre parcours étudiant ou professionnel avant d'entrer en école d'orthophonie ?

Deux P1.

Q3 Quelles sont vos formations complémentaires depuis l'obtention de votre diplôme ?

Depuis, j'ai fait un DESS de psychologie.

Q4 Quelle est votre situation professionnelle : travaillez-vous en salarié ? En libéral ? Les deux ?

Libéral.

Q5 Avez-vous toujours travaillé dans cette configuration ? Pourquoi ?

Oui. Au départ, y avait pas de place en salarié, et une fois en cabinet, j'ai pas ressenti le besoin de trouver ailleurs.

Q6 Quels sont les référents théoriques qui fondent votre pratique ?

Multiples. Bien sûr, les techniques utilisées et enseignées dans les écoles. Donc le DESS de psycho aussi, parce que je pensais justement que l'aspect relationnel était au cœur de notre pratique, donc je me base beaucoup là-dessus. Les théories humanistes et psychanalytiques.

Q7 Participez-vous à un groupe de réflexion ou de travail ? Avez-vous déjà eu recours à une supervision ?

Non.

Q8 Etes-vous affilié à une ou plusieurs associations professionnelles ? Si oui, lesquelles ?

Plus.

Q9 Etes-vous attentif à la qualité du contact lors de la première rencontre ?

Oui, c'est essentiel. L'établissement de la relation avec le patient et sa famille, par la suite, la relation, c'est vraiment le centre de la relation. On joue beaucoup beaucoup sur les transferts en orthophonie.

Q10 Comment ces observations influencent-elles votre diagnostic et/ou votre conduite thérapeutique ?

Pour le diagnostic, le contact n'influe que dans des cas graves : l'autisme, la dysphasie, etc... sinon le contact est relativement secondaire pour le diagnostic, parce que c'est surtout par le bilan. Ensuite, c'est plutôt du côté pronostic que le premier contact peut avoir un intérêt.

Q11 *Considérez-vous votre propre ressenti comme une information à prendre en compte, ou bien comme un élément qui contrarie l'objectivité du bilan et/ou de la prise en charge ?*

C'est à prendre en compte. Maintenant tout le travail, c'est de gérer nos propres transferts positifs ou négatifs, et de prendre un peu de recul par rapport à ça.

Q12 *Pensez-vous que votre personnalité – ce que vous êtes – puisse avoir un impact thérapeutique ? Pourquoi et comment ?*

Oui, je pense. Bien sûr on n'est pas entièrement nous-même dans la relation thérapeutique. Il faut veiller à maîtriser ses transferts, ses réactions, mais cette capacité à gérer, ça joue dans la relation thérapeutique.

Q13 *Pensez-vous que la relation ait une importance différente selon les pathologies ?*

C'est ce que je pensais au début de ma pratique, et avec le temps de moins en moins. Même celles qui sont de très courte durée, comme la déglutition atypique. Et c'est donc très important, et même plus important sur les relations courtes, parce qu'il faut établir une bonne relation tout de suite.

Q14 *Comment réagissez-vous lorsqu'un patient attaque le media que vous lui proposez ?*

Ça m'est arrivé de temps en temps, surtout chez les enfants en longue durée, par exemple pour un dyslexique. Donc il faut veiller à varier beaucoup les pratiques, parce que c'est sur plusieurs années. Et donc ça m'arrive de pas être trop attentif à ce genre de choses, donc le patient me le fait savoir, donc je remets en cause ma pratique, je modifie ma façon de faire.

Q15 *Avez-vous déjà rencontré des difficultés relationnelles avec un patient ? Décrivez.*

C'était y a pas très longtemps, j'ai arrêté la prise en charge y a un mois. C'est la deuxième fois de ma carrière que ça m'arrive d'arrêter une prise en charge. C'était un enfant caractériel, jeune - 5 ans - j'arrivais pas du tout, du tout à le canaliser. Il était violent, il cassait des objets, il me tapait dessus quand je lui tendais la main à l'entrée. Je l'ai vu pendant deux mois, et comme j'essayais par tous les moyens de le canaliser, il m'a donné un coup de poing là où j'avais mal, parce que j'ai eu un double ulcère à l'estomac. C'était au-dessus de mes forces, je pouvais pas. Donc je l'ai dit à la mère.

Q16 *Si c'est le cas, à quoi ou à qui attribuez-vous ces difficultés ?*

C'est un peu les deux, y a d'autres thérapeutes qui peuvent prendre en charge ce genre d'enfant, moi ça m'a posé un problème. Voilà.

Q17 *Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter ces difficultés ? (recours à un superviseur, arrêt ou passation de la prise en charge, entretiens avec le patient à ce propos, remise en question personnelle, etc)*

Au départ, simplement la verbalisation de ce qui se passe, que ce qu'il fait n'est pas acceptable, que moi ça me déplaît, etc. Tout en restant serein. Et comme ça n'a pas eu d'effet, on a arrêté la prise en charge.

Q18 Lorsque, chez un patient, vous observez un déblocage après une longue période de stagnation, dans sa relation avec vous ou dans son trouble, à quoi ou à qui attribuez-vous ce déblocage ?

C'est très variable. Y a un déblocage qui m'a toujours sidéré, et que je retrouve très régulièrement, c'est la puberté. A l'adolescence, y a souvent une évolution fulgurante, surtout chez les dyslexiques, sur un patient sur deux ça arrive. J'associe à un phénomène purement physiologique, et il doit y avoir, sur l'effet des hormones, un déblocage au niveau du système nerveux central. Sinon, quand il y a une évolution dans la relation, je trouve que ça se fait assez vite. En général, la relation est sympathique, quand il y a un blocage, ça se débloque en quelques semaines, c'est pas vraiment un déblocage, c'est une évolution de la relation. En vrai déblocage, c'est l'évolution à la puberté ou à la pré-puberté.

Q19 Quels sont les éléments qui vous indiquent qu'une prise en charge doit prendre fin ?

D'abord la disparition ou l'amenuisement des symptômes, un niveau correct. Je mets fin à la relation. Je fais attention à prévenir un peu à l'avance, parce que parfois c'est difficile à assumer aussi bien pour le thérapeute que pour le patient. Donc je leur montre le côté absolument positif à ce qui s'est passé. Je reste entièrement à leur disposition. Ça m'arrive assez souvent d'avoir des patients qui viennent me voir. J'en ai même un qui m'a ramené son enfant ! En général ça se passe bien. Y a des cas un peu touchants, notamment un enfant qui avait un retard de parole et de langage, que j'ai suivi 2 ans. Il a fondu en larmes au moment de partir. Il me téléphone une fois par semaine pour me faire un bisou ! C'est sympa.

Q20 Avez-vous des difficultés à mettre fin à une prise en charge ? Pourquoi ?

Difficile non, mais quand on s'attache à un patient, enfant ou adulte, c'est toujours un peu émouvant de quitter quelqu'un. C'est pas toujours très agréable, mais on est content en même temps, parce qu'on a l'impression d'avoir fait son travail. Y a aussi malheureusement les fins de prise en charge à cause d'un décès, donc là, c'est difficile.

Remarques ou commentaires ?

Je pense que la relation est le centre de la relation thérapeutique, et c'est un des moyens les plus puissants pour faire évoluer le patient. Moi j'ai à récupérer les patients d'autres confrères ou consœurs, qui étaient un peu dégoûtés parce que ça se passait mal, pensant que c'était un truc scolaire, on les prenait pour des objets, c'était souvent tendu, ils se faisaient engueuler par les ortho, donc en arrivant ici, c'est en traînant les pieds. On prend pas en charge un symptôme, mais une personne ! Y a pas une seule séance où je pars pas de la personne globale, je pars de son environnement. J'essaie d'utiliser sa vie en rééducation... par exemple en dyslexie je les fais beaucoup écrire.

Le contre-transfert, faut veiller au grain sur ce sujet, ça peut dégénérer. Ça m'est arrivé en début de carrière, avec les petits, d'être trop en pouponnage, on arrive à une relation déséquilibrée. Ça les rend tyranniques d'être comme ça. Faut éviter. Faut essayer d'être bienveillant, très bienveillant, mais rester assez neutre quand même, pour ne pas verser dans l'hypersentimentalité. Faut se servir de ça, mais avoir un recul par rapport à ça.