

UNIVERSITE DE NANTES

---

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE

“ MÉDECINE ET TECHNIQUES MÉDICALES ”

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2001/2002

MÉMOIRE

POUR L'OBTENTION DU

DIPLÔME DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

PRÉSENTÉ PAR

MAËLLE BEGUIN

## **Orthophonie et psychothérapie**

questions et limites dans la pratique libérale

PRÉSIDENTE DU JURY : MADAME PRÉVERT

MEMBRES DU JURY : MONSIEUR QUENTEL

MADAME DAIGNEAU

**JE REMERCIE :**

**MADAME PREVERT, ORTHOPHONISTE,**

**CHARGÉE DE COURS À L'ECOLE D'ORTHOPHONIE DE NANTES,**

**QUI M'A FAIT L'HONNEUR D'ACCEPTER DE PRÉSIDER LE JURY DE CE MÉMOIRE.**

**MONSIEUR QUENTEL, PSYCHOLOGUE CLINICIEN,**

**PROFESSEUR À L'UNIVERSITÉ DE RENNES 2, AU DÉPARTEMENT DES SCIENCES DU**

**LANGAGE,**

**FORMATEUR À L'ECOLE D'ORTHOPHONIE DE NANTES,**

**POUR AVOIR ACCEPTÉ LA DIRECTION DE CE MÉMOIRE, POUR SON AIDE ET SES CONSEILS**

**DANS SA RÉALISATION.**

**MADAME DAIGNEAU, ORTHOPHONISTE,**

**FORMATRICE À L'ECOLE D'ORTHOPHONIE DE NANTES,**

**POUR AVOIR ACCEPTÉ DE PARTICIPER À CE JURY,**

**ET POUR LES ÉCHANGES À PROPOS DE CE TRAVAIL AU COURS DU STAGE.**

**JE REMERCIE :**

**LES ORTHOPHONISTES QUI M'ONT ACCUEILLIE POUR DES STAGES,  
TÉMOIGNANT D'UNE GRANDE DISPONIBILITÉ ET D'UNE CONFIANCE  
EN ME FAISANT PARTAGER LEUR EXPÉRIENCE.**

**LES PATIENTS, ADULTES ET ENFANTS,  
QUI ONT ACCEPTÉ MA PRÉSENCE AU COURS DE LEURS SÉANCES.**

**JE REMERCIE PARTICULIÈREMENT :**

**MME MICHAUD, MME FOUASSIER,  
POUR LEUR ACCUEIL ET LES ÉCHANGES AU COURS DES STAGES.**

**JE REMERCIE ÉGALEMENT LES ORTHOPHONISTES  
QUI ONT ACCEPTÉ DE ME RECEVOIR  
POUR PARTAGER LEUR EXPÉRIENCE DE LA PRATIQUE EN LIBÉRAL  
EN RÉPONDANT À MON QUESTIONNAIRE.**

**“ PAR DÉLIBÉRATION DU CONSEIL DU CONSEIL EN DATE DU 7 MARS 1962, LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SERONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEURS AUTEURS ET QU’ELLE N’ENTEND LEUR DONNER AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION ”.**

**“ CE QUE LE PATIENT DOIT DÉCOUVRIR,**

**CE N’EST PAS L’AUTRE,**

**MAIS QUE QUELQUE CHOSE EN LUI**

**EST POSSIBLE. ”**

**RENE DIATKINE**

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>A- DEUX THÉORIES DE RÉÉDUCATION FONDÉES SUR LA DYNAMIQUE DE LA RELATION .....</b>	<b>12</b>
1) LA PÉDAGOGIE RELATIONNELLE DU LANGAGE (PRL) .....	12
<i>Définition</i> .....	13
<i>Déroulement</i> .....	14
2) LA THÉRAPIE DU LANGAGE ET DE LA COMMUNICATION (TLC) .....	16
<i>Le symptôme porteur de sens</i> .....	17
<i>La relation thérapeutique</i> .....	17
<i>Les supports théoriques</i> .....	18
L'apport de Lacan .....	19
L'apport de Winnicott .....	19
3) RÉFLEXIONS SUR CES DEUX THÉORIES .....	21
<b>B- LA PART DE "PSYCHOLOGIE" DANS TOUTE PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE.....</b>	<b>24</b>
1) LE LANGAGE A UNE COMPOSANTE PSYCHIQUE .....	24
<i>Le langage sous l'angle de la théorie de la médiation</i> .....	25
Présentation de la théorie .....	25
Les quatre plans du langage .....	27
<i>La notion de symptôme</i> .....	30
Définition générale .....	30
Le symptôme langagier .....	32
Les bénéfices du symptôme .....	33
2) LES MÉCANISMES PSYCHOLOGIQUES EN JEU DANS LA RELATION SOIGNANT/SOIGNÉ .....	35
<i>Le transfert, le contre transfert et la relation d'empathie</i> .....	35
<i>La détention du savoir</i> .....	39

Le savoir du professionnel.....	39
Le savoir des parents .....	42
Le savoir de l'enfant .....	42
3) ORTHOPHONIE ET PSYCHOTHÉRAPIE, DES LIMITES THÉORIQUES .....	43
<b>C- SUR LE TERRAIN, UN MÉTIER SE DÉFINIT PAR SES VOISINS.....</b>	<b>46</b>
Présentation du questionnaire .....	46
Introduction .....	47
1) LES ORTHOPHONISTES EN LIBÉRAL ET LES AUTRES PROFESSIONNELS .....	48
<i>Les multiples définitions de l'orthophoniste .....</i>	<i>48</i>
<i>Les relations avec les psychothérapeutes et les définitions du travail du psychothérapeute .....</i>	<i>51</i>
2) LA GESTION CONCRÈTE DE LA FRONTIÈRE AVEC LA PSYCHOTHÉRAPIE .....	54
<i>Des indices sur lesquels s'appuyer .....</i>	<i>55</i>
<i>L'aisance du professionnel comme repère.....</i>	<i>56</i>
<i>Un bagage technique de l'orthophonie comme sécurité.....</i>	<i>58</i>
3) L'ORTHOPHONISTE TEND À SE SINGULARISER, AU SEIN DE SA PROFESSION .....	59
<i>Une approche personnelle.....</i>	<i>59</i>
<i>L'adhésion à un métier.....</i>	<i>60</i>
<b>D- L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FAMILLE (DES PARENTS, DE L'ENFANT).....</b>	<b>62</b>
1) LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.....	63
<i>L'ambition de vouloir répondre à la demande.....</i>	<i>63</i>
<i>Une certaine peur de la psychothérapie.....</i>	<i>64</i>
2) LA PROPOSITION DE PSYCHOTHÉRAPIE.....	65
<i>La perception de l'annonce par les parents .....</i>	<i>66</i>
<i>Les points essentiels de l'accompagnement .....</i>	<i>67</i>
Déculpabiliser.....	67
Expliquer, et impliquer les parents.....	68
3) LA PROPOSITION D'ORTHOPHONIE.....	69
<i>Les doubles prises en charge.....</i>	<i>70</i>
<i>L'orthophonie « en attendant » .....</i>	<i>70</i>
4) D'AUTRES PROPOSITIONS .....	71

<i>L'intervention d'un autre professionnel.....</i>	71
<i>L'arrêt de toute prise en charge.....</i>	72
<b>E- LES LIEUX DE RÉFLEXION DE L'ORTHOPHONISTE EN LIBÉRAL .....</b>	<b>74</b>
<i>Se questionner et s'enrichir dans ses compétences.....</i>	75
Les autres orthophonistes .....	75
Les groupes de travail, de recherche .....	76
Les formations .....	76
<i>Se questionner et s'enrichir sur le plan éthique.....</i>	77
Les groupes Balint.....	77
Les groupes de contrôle.....	78
Le contrôle de cas .....	78
Un travail sur soi.....	79
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>80</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>83</b>
OUVRAGES .....	83
DICTIONNAIRES ET RECUEILS DE NOTIONS.....	83
MÉMOIRES D'ORTHOPHONIE.....	84
<b>ANNEXES .....</b>	<b>85</b>
ANNEXE 1: LE QUESTIONNAIRE.....	86
ANNEXE 2: LES INTERVIEWS.....	87
• RETRANSCRIPTION D'APRÈS ENREGISTREMENT AUDIOPHONIQUE .....	87
<i>Témoignage 1:</i> .....	87
<i>Témoignage 2</i> .....	89
<i>Témoignage 3</i> .....	91
<i>Témoignage 4</i> .....	95
<i>Témoignage 5</i> .....	97
<i>Témoignage 6</i> .....	99
• RETRANSCRIPTION D'APRÈS UNE PRISE DE NOTES (À LA DEMANDE DES ORTHOPHONISTES NE SOUHAITANT PAS ÊTRE ENREGISTRÉS) .....	102



<i>Témoignage 7</i> .....	102
<i>Témoignage 8</i> .....	103
<i>Témoignage 9</i> .....	103
<i>Témoignage 10</i> .....	104
<i>Témoignage 11</i> .....	105

# Introduction

Depuis le début de nos stages, nous sommes intriguée par l'approche de la Pédagogie Relationnelle du Langage (PRL) que nous avons rencontrée à plusieurs reprises. Elle a fait jaillir en nous la question de la part “ technique ” et de la part “ relationnelle ” dans nos actes orthophoniques. Comment être un “ bon orthophoniste ” (à la fois compétent auprès de l'enfant, et satisfaisant pour le professionnel)? Quelle place laisser au symptôme? Jusqu'où va l'orthophonie dans le domaine psychologique? A quel moment peut-on ou doit-on passer la main à un autre professionnel? Comment gère-t-on cette démarche?

Nous avons choisi d'étudier le cas des orthophonistes en libéral. Dans les structures spécialisées, plusieurs professionnels interviennent auprès du même patient, dans une équipe pluridisciplinaire. Les prises en charge sont coordonnées et complémentaires, en fonction des orientations de l'établissement et des professionnels présents. En libéral, la coordination entre praticiens n'est pas établie d'office et nous verrons que la démarche est différente.

Nous avons décidé d'orienter notre regard sur le professionnel: l'orthophoniste, sur sa manière d'appréhender ces questions, sur ses doutes, ses certitudes, ses “ trucs ” parfois aussi.

Pour cela, nous avons établi un questionnaire. Onze orthophonistes en libéral de la ville de Rennes ont accepté de répondre à nos questions sous la forme d'une conversation semi-dirigée. Cet échantillon n'est pas, en soi, représentatif de la population d'orthophonistes de cette ville, car certains ont refusé de répondre, faute de temps, ou peut-être pour éviter d'être confrontés à ces questions.

Mais le hasard des professionnels rencontrés (choisis de façon aléatoire dans l'annuaire) et la variété des réponses reçues nous permettent de pouvoir exploiter ces différents témoignages comme reflétant diverses manières de pratiquer l'orthophonie et de gérer cette limite entre orthophonie et psychothérapie.

Nous nous appuyerons à plusieurs reprises sur la théorie de la médiation (TDM) pour structurer notre réflexion et donner un modèle à notre prise de position.

L'histoire de l'orthophonie nous montre que la question de la frontière entre l'orthophonie et la psychothérapie n'est pas nouvelle, puisque deux courants se sont appuyés justement sur ce qui fait notre interrogation, c'est-à-dire sur cette dynamique de la relation et sur ce qui s'y joue. Il s'agit de la Pédagogie Relationnelle du Langage et de la Thérapie du Langage et de la Communication. Nous allons essayer de les comprendre.

Elles vont nous permettre d'analyser les phénomènes psychologiques qui agissent dans toute prise en charge orthophonique, tant au niveau du langage qu'au niveau de la relation qui s'instaure. Nous y découvrirons la théorie de la médiation, les notions de symptôme, de transfert, de savoir. Nous pourrions alors nous positionner d'un point de vue théorique.

Le questionnaire apporte une analyse pratique des questions qui se formulent au quotidien. Nous pourrions à la fois découvrir les interrogations et les solutions dont se servent les orthophonistes. Le rapport à la psychothérapie permet de reconsidérer notre statut de professionnel, et nous verrons que les positionnements varient suivant les formations et les personnalités.

Cela nous aidera à analyser la question de l'orthophonie et de la psychothérapie d'un point de vue pratique, en observant l'accompagnement que l'on peut proposer aux familles.

Pour conforter leurs choix et attitudes, les orthophonistes prennent appui sur des groupes ou sur d'autres professionnels. Nous présenterons, pour conclure ce travail axé sur la pratique d'un thérapeute, quelques unes de ces propositions de soutien aux professionnels de la relation et du soin.

Revenons, pour commencer, sur ces théories, ou encore manières d'être, que certains orthophonistes ont aménagées pour vivre au mieux la relation qui s'instaure avec le patient.

## A- Deux théories de rééducation fondées sur la dynamique de la relation

### *1) La Pédagogie Relationnelle du Langage (PRL)*

Cette démarche est née de l'expérience de son créateur, Claude Chassagny. Instituteur, il s'intéresse aux enfants en difficulté. Il exerce dans différents établissements et services spécialisés, et n'a de cesse d'améliorer ses méthodes de rééducation en particulier auprès de ceux qu'on appelle " dyslexiques ".

Il crée l'APRD (association pour la rééducation des enfants dyslexiques) en 1958, qui devient l'IPERS (institut pédagogique d'enseignement rééducatif spécialisé) en 1971. Dès 1968, la pédagogie relationnelle du langage s'élabore, fruit des réflexions de Claude Chassagny. Celui-ci remarque que certains troubles se figent malgré l'apport de technique, que d'autres se déplacent. Il touche à la notion de symptôme que nous aborderons plus loin. Pour ces raisons, il choisit de faire prévaloir la relation dans la prise en charge.

La PRL n'est pas une formation donnant toutes les clés pour une rééducation, c'est une manière d'être, une "réflexion [qui] ne peut être accessible qu'à des professionnels possesseurs d'une technique d'intervention et qui se posent des questions sur le sens de leur profession"<sup>1</sup>. Elle s'adresse aux orthophonistes, logopèdes, logopédistes, éducateurs, psychomotriciens, assistants sociaux et travailleurs sociaux.

---

<sup>1</sup> CHASSAGNY, *La pédagogie relationnelle du langage*, p. 57.

## Définition

Claude Chassagny explique la PRL, au croisement de la pédagogie, de la linguistique et de la psychanalyse, à travers les trois concepts qui composent son titre.

Il définit la **pédagogie** comme celle “ qui implique que toute personne peut, à un moment donné, apporter une réponse éclairante à la demande d'une autre ”<sup>2</sup>. Il s'agit d'un accompagnement à l'acquisition des connaissances sociales et culturelles des hommes, dont les langages oral et écrit font partie. Mais Chassagny souligne déjà que nous ne sommes pas, nous, rééducateurs, détenteurs et imposeurs du savoir absolu, c'est même tout le contraire puisque la démarche vient du patient. “ La pédagogie est une conduite de disponibilité à la disposition de celui qui cherche, qui, à la limite, peut trouver lui-même une réponse à sa question ou éventuellement trouver une aide, une orientation, un accompagnement chez l'autre. ”<sup>3</sup>

Ces échanges se déroulent dans une communication “ naturelle ”, où chacun apporte sa spécificité à l'autre. Alors le terme de **relationnel** se conçoit aisément. La PRL suppose une position de travail qui respecte le sujet dans ce qu'il est et dans ce qu'il exprime à travers son symptôme, car elle s'articule autour de la problématique du transfert/ contre-transfert. Le patient arrive avec son histoire, ses drames, et ses symptômes, et le professionnel possède lui-même sa propre histoire, son (in)expérience, ses angoisses. La rencontre pédagogique de ces deux personnes va les bouleverser toutes les deux, dans un ensemble de réactions positives et négatives, conscientes et inconscientes, d'interprétation, d'identification, de transfert et contre-transfert.

Nous introduisons ici le troisième terme, le **langage**. Chassagny prend le langage “ dans son sens le plus large: il sera donc autant question du langage préverbal ou même du prélangage que de la parole ou de l'écriture. ”<sup>4</sup> En PRL, le but premier est de favoriser ce langage, sous quelque mode que ce soit, afin que *l'enfant s'apprenne à communiquer*, selon l'expression de

---

<sup>2</sup> Ibid., p. 53.

<sup>3</sup> Ibid., p. 54.

<sup>4</sup> Ibid., p. 56.

Chassagny qui insiste sur le *s'*, réfléchi, rappelant ainsi que c'est dans ses propres faïres et dires que va se jouer l'évolution de l'enfant.

L'enfant est à considérer dans sa globalité. Cela vaut également pour ses mots, qu'il faut associer à son histoire, non pas pour les interpréter, ce n'est pas notre rôle, mais pour essayer de comprendre comment les mots résonnent en lui. La langue que parle l'enfant correspond à sa représentation du monde. En cela elle n'est pas forcément conforme au code social de la langue.

Chassagny appelait “ perception théorique du mot ” la définition personnelle que chacun donne à un mot, et “ pouvoir évocateur du mot ” la résonance affective que le mot produit sur chacun. Et c'est là un point fort de la PRL de s'interroger sur cette emprise réciproque qu'ont les mots et l'imaginaire de l'enfant. Le rééducateur a pour rôle d'aider l'enfant à trouver l'usage du code, le désir d'entrer dans le champ symbolique de l'adulte, de la communication socialisée, émergeant de la dynamique de la relation.

Ce qui peut surprendre, en PRL, au départ, c'est l'accompagnement que l'on propose à l'enfant, sans rien imposer d'exercices ou de technique. “ Le fardeau de l'apprentissage de la lecture et de l'orthographe qui pèse sur un enfant momentanément incapable de l'approcher doit être temporairement mis à distance: on y reviendra plus tard quand la demande de l'enfant sera exprimée en s'appuyant sur la réalité de son évolution qui rendra efficace l'expérience. Le langage contenu dans nos séances peut être autre. Le principal est que l'enfant exprime quelque chose de lui à quelqu'un. ”<sup>5</sup> C'est bien l'enfant qui est acteur de sa rééducation et il est impliqué dans ce projet par le “qu'est-ce que *nous* faisons pour *toi* aujourd'hui?” du rééducateur, qui recadre ainsi le but de leurs rencontres à chaque séance.

## Déroulement

L'acte PRL a été décomposé en trois étapes par Claude Chassagny: la station, la conciliation et l'expression.

---

<sup>5</sup> Ibid., p. 67-68.

Pendant la période de **station**, c'est-à-dire le début de la rééducation, l'enfant apporte et dépose un matériel fantasmatique riche. Il devra être reçu tel quel, sans interprétation. “ Nous ne sommes pas là pour nous préoccuper des conflits de l'enfant, mais pour lui permettre -le fantasme étant exprimé- de le socialiser dans l'évolution qu'il va faire. ”<sup>6</sup>

Puis arrive la **conciliation**, “ cela veut dire que la décision apparente ou réelle de l'enfant de s'exprimer suivant les moyens utilisés par l'adulte en codage et décodage des signes représente un sacrifice, un renoncement. Il y a là l'idée d'abandon d'une foule de possibilités d'expression au profit d'un code admis et considéré par l'adulte qui est là comme le seul possible. ”<sup>7</sup> L'enfant renonce à des satisfactions pour en espérer d'autres. Cette phase est prometteuse pour le rééducateur qui doit encore garder toute sa patience face aux désirs fragiles de l'enfant qui peut faire des allers et retours avec la période de station et ne doit donc en aucun cas être agressé par trop de technique de la part d'un professionnel pressé de voir des résultats.

Donc on laisse l'enfant s'exprimer sur ce (et à travers ce) qu'il veut. On l'amène à renoncer aux avantages qu'il y trouve, puis on donne à cette expression une forme socialisée. Il peut alors parler à tout le monde et dépasser une relation privilégiée.

L'enfant va se rapprocher petit à petit de la règle (du standard et du code). Le langage ne sera plus seulement le “ support au fantasme exprimé mais une recherche de l'expression complète, qui aura valeur d'histoire. ”<sup>8</sup>

L'enfant aborde alors la phase d'**expression**, qui souvent échappe au rééducateur. “ L'enfant ne s'adresse plus seulement à celui qui est présent mais à tous les autres.[...] Ce n'est plus par le truchement d'une élection de l'ordre du transfert que s'organise le message, mais dans l'accession à un désir réel d'être entendu et compris par son entourage et de le comprendre. ”<sup>9</sup> Cette période se traduit par l'évolution de l'enfant hors de la séance, dans une meilleure adaptation au monde extérieur, sur le plan des relations, des préoccupations, des interactions...

---

<sup>6</sup> Ibid., p. 81.

<sup>7</sup> Ibid., p. 85.

<sup>8</sup> Ibid., p. 88.

<sup>9</sup> Ibid., p. 92.

En général, l'enfant signale alors de lui-même qu'il veut cesser les rencontres, il a réussi à se prendre en charge seul, dans les séances, et dans sa vie quotidienne. Il a accédé au symbolique, au désir et au plaisir de communiquer avec les autres par un code unique, le langage.

Chassagny nous met en garde de trouver unique et applicable à tous, et par tous, cette manière d'être. “ La PRL est d'abord un choix d'adulte d'une option personnelle et ensuite dans une profession donnée le choix d'une personne pour un enfant particulier. ”<sup>10</sup> L'orthophoniste PRL se présente comme accompagnateur de l'enfant dans le langage vers la symbolisation sur les chemins que l'enfant choisit, avec à sa disposition les techniques et la créativité de l'orthophoniste en fonction de ses demandes.

Nous avons pu vivre ces moments sur plusieurs de nos lieux de stage. Notre avis est un mélange de curiosité, d'admiration, de méfiance sur cette pratique.

L'approche est déroutante car l'orthophoniste n'est pas protégé par des séances préparées. La saveur de ces séances réside dans la surprise de l'enfant d'être considéré différemment, dans un abord de ses troubles non scolaire. Le patient s'empare de cet espace qui lui est offert et évolue grâce aux interventions adaptées du professionnel.

## **2) La Thérapie du Langage et de la Communication (TLC)<sup>11</sup>**

Dans le livre *Orthophonie*<sup>12</sup>, Marc Lindenfeld, psychanalyste, explique la naissance de cette nouvelle approche thérapeutique des troubles de la communication. Il constate que de nombreuses indications sont élaborées de manière maladroite (orthophonie en attendant une psychothérapie, groupe d'observation ou d'attente) pour des enfants dont on ne sait pas trop que faire. “ Elles sont révélatrices d'une carence de l'arsenal thérapeutique [...] qui se situe exactement entre psychothérapies analytiques et rééducation. ”

---

<sup>10</sup> Ibid., p. 107.

<sup>11</sup> Nous nous appuyons, pour cette présentation succincte, sur l'ouvrage de G. DUBOIS et J-P. KUNTZ : *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*.

<sup>12</sup> sous la direction de P. AIMARD et A. MORGON, “ La thérapie du langage ” dans *Orthophonie*, p. 214- 218.



Marc Lindenfeld, ayant expérimenté la rééducation, la psychopédagogie et la psychanalyse, crée en 1981 la TLC, avec Geneviève DUBOIS et une équipes d'orthophonistes et de phoniâtres, à Bordeaux, au sein d'une association : l'ATHELEC (association des thérapeutes du langage et de la communication).

## Le symptôme porteur de sens

“ Au-delà des clivages qui ont opposé les approches “ techniques ” et les approches “ psychothérapeutiques ” dans les rééducations du langage, la TLC s'inscrit dans une perspective originale : le trouble du langage ou de la communication n'est plus considéré sur le seul angle du handicap, mais comme un symptôme porteur d'un double sens : il porte sur la communication et il a valeur de communication en ce sens qu'il représente une manifestation de l'inconscient. ”<sup>13</sup>

La TLC ne cherche pas à interpréter le symptôme mais elle lui accorde une grande place : la rencontre se fait au nom du symptôme (comme en rééducation) et nous sommes dans une dimension de sens (comme en psychothérapie). G. Dubois insiste vraiment sur le fait que le symptôme signifie quelque chose. “ Quand bien même il apparaît que l'inconscient est “ aux commandes ” -ce qui pourrait enjoindre tout sujet à consulter psychothérapeute ou analyste- nous pensons qu'il est fondamental de préserver la dimension de communication du trouble, c'est-à-dire de permettre à l'enfant, à l'adulte, d'élaborer un travail à visée signifiante en “ passant par ” ce symptôme, mode de communication privilégié. ”<sup>14</sup>

## La relation thérapeutique

La relation thérapeutique qui s'instaure est fondamentalement intersubjective, ce qui signifie: la rencontre de deux sujets. Le patient n'est pas un objet (de soin, de rééducation, d'évaluation) mais un sujet.

---

<sup>13</sup> Dictionnaire d'orthophonie

<sup>14</sup> Op. cit., *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*, p. 38.

Le thérapeute n'est pas dans la position de pourvoyeur de savoir mais d'accompagnement dans la démarche de découverte et d'approche du symptôme. Malgré la recherche de sens, “ il n'est pas question de suggérer l'élucidation de la problématique, de stimuler l'élaboration en participant nous-mêmes de ce travail par l'interprétation: véritable jaillissement, parole née de l'inconscient de l'analyste. ”<sup>15</sup>

Si la relation est intersubjective, alors il y a action du transfert. Il ne peut pas ne pas y avoir de transfert. Notre interrogation est de savoir ce qu'on en fait, comment on en tient compte (développé dans le paragraphe B2). “ Reconnaître le transfert, c'est en percevoir la dynamique dans la relation thérapeutique, rester sensible, lucide sur les différents affects dont nous sommes l'objet au cours des séances. ”<sup>16</sup>

De même, il faut apprendre à analyser les éléments contre transférentiels que nous pouvons renvoyer au sujet.

Toute TLC commence par un contrat thérapeutique. Celui-ci fonde les bases d'un accord sur les objectifs de la thérapie, les méthodes qui seront proposées, le cadre de travail. Ce contrat est verbal, fruit d'une discussion où chacun s'engage à respecter les données décidées ensemble.

La TLC s'élabore sur une dimension d'écoute fondamentale de la part du thérapeute. Il est attentif à la demande du patient et prend une position de non pouvoir et non savoir sur l'autre. Il permet ainsi au patient de devenir sujet (et non pas objet de la rééducation) et d'exprimer ses péripéties.

Cette écoute n'est pas passive, elle passe par le filtre de ce que le thérapeute est et sait, et il lui faut adresser une réponse adaptée avec cette dimension de contre transfert. L'écoute permet d'être disponible au lent cheminement de l'autre.

## Les supports théoriques

La TLC, si elle s'est créée sur le terrain par un manque de proposition pour soigner les patients, s'enrichit de supports théoriques qui solidifient et clarifient la démarche.

---

<sup>15</sup> Ibid., p. 42.

<sup>16</sup> Ibid., p. 42.

### L'apport de Lacan

“Lacan, s'appuyant sur les travaux de Saussure [...], s'est intéressé au symbole [...] comme élément abstrait qui ne vaut que par sa dépendance à un système organisé de signes liés par des relations arbitraires. Ce système, c'est le langage. Lacan applique cette conception à l'inconscient et pose ainsi que l'inconscient a la structure du langage”<sup>17</sup>. Ce fonctionnement détermine un ordre symbolique qui domine le sujet. Et l'articulation des signifiants du langage est déterminante dans la structure du sujet.

Il ne s'agit pas pour nous de restituer ces chaînes associatives, mais nous sommes pris nous-mêmes dans ce champ symbolique en tant que sujet.

Le thérapeute témoigne de l'obligation du patient de passer par les signifiants de l'Autre dans une dimension sociale. Il doit tenir compte de la demande, du désir et du manque qui agissent chez le patient.

Nous pouvons penser que les troubles du langage sont une perte du sens des articulations entre les signifiants. L'imaginaire se mêle au symbolique, et le symptôme assure alors la seule solution acceptable entre désir et loi.

Le thérapeute, par son écoute, son rapport à la loi (cf le contrat thérapeutique) propose au patient “de remanier les signifiants enkystés, de symboliser des pulsions [...]. Cette élaboration participe de la castration<sup>18</sup> au sens de Françoise Dolto. [...] Selon F. Dolto, cette castration est « promotionnante car elle libère et dirige les pulsions vers d'autres moyens plus élaborés. »<sup>19</sup>

### L'apport de Winnicott

Winnicott pose plusieurs points théoriques dont la clinique TLC s'inspire.

*L'espace potentiel* est une aire intermédiaire, entre un monde subjectif et un monde de réalité. C'est un espace de séparation qui permet la symbolisation.

Dans cet espace, vont se jouer des *phénomènes transitionnels*, événements psychiques qui vont constituer une base d'expérience.

---

<sup>17</sup> Ibid., p. 62.

<sup>18</sup> sorte de sevrage symbolique

<sup>19</sup> Ibid., p. 63-64.

L'enfant peut s'appuyer également sur des *objets transitionnels*, symbole qui révèle une expérience à la fois d'illusion et de relation à l'autre. Cet objet sera désinvesti quand il ne sera plus nécessaire. L'enfant, pour vivre ces expériences, doit avoir l'*illusion* dans un premier temps qu'il est omnipotent du désir, qu'il en est créateur. Puis vient la désillusion, qui permet une maturation de l'enfant à travers les frustrations progressives.

La TLC tâche d'instaurer cet espace potentiel d'expériences créatives où l'enfant peut exercer son omnipotence et déployer son imaginaire. L'enfant va découvrir dans cet espace des castrations symboliques qui vont le désillusionner et l'amener à mobiliser et à réorganiser le jeu des signifiants.

G. Dubois et J-P. Kuntz dressent le bilan de ce qui fait l'originalité de cette thérapie du langage et de la communication:

- Etre un pont entre rééducation et psychothérapie
- Recevoir le sujet au nom de son symptôme et respecter ce symptôme
- Accueillir l'actualité et la réalité de sa demande, tout en l'aidant à cheminer vers une dimension de sens
- Offrir la compétence d'une technique (disponible mais réservée), tout en ouvrant le champ de l'écoute et de la parole
- En un mot, de cette situation apparemment paradoxale faire émerger une thérapie construite et constructive basée sur la pleine reconnaissance du sujet.<sup>20</sup>

La TLC a été créée à Bordeaux où elle est assez répandue, mais elle est bien moins connue en Bretagne. Nous n'avons rencontré qu'une orthophoniste ayant cette pratique, mais elle a continué son orientation vers la psychothérapie jusqu'à aujourd'hui être prête à exercer en tant que psychothérapeute (témoignage 7). Nous n'avons donc analysé la méthode qu'à partir des ouvrages exposant la TLC.

---

<sup>20</sup> Ibid., p. 28.

### **3) Réflexions sur ces deux théories**

La TLC prend le parti explicite de se situer entre orthophonie et psychothérapie, pour répondre à des symptômes se situant justement dans cet entre-deux des professions et ne supportant pas d'être dissociés en ces deux domaines d'intervention.

La PRL se cantonne à un domaine moins équivoque, en soulignant le terme de pédagogie. Gagnepain nous conseillera quant à lui de bannir le terme de " pédagogie " en tant que ce mot, par son étymologie (enfant), vise une infantilisation de l'autre, et s'oppose donc à une rencontre où l'on souhaite être à égal avec l'enfant. Néanmoins, avec l'enfant, il y a nécessairement pédagogie, mais pas avec l'adulte.

C'est pourquoi c'est plutôt la notion de réciprocité dans la relation que souhaite C. Chassagny que nous mettons en cause. Le rapport adulte/enfant est forcément " déséquilibré " (c'est la pédagogie), et le rapport professionnel/demandeur est également " déséquilibré " (c'est la notion de métier). La relation qui s'instaure ne peut donc être d'égal à égal.

Claude Chassagny a raison de vouloir mettre en exergue la relation au cœur de toute rééducation, à condition d'accepter que cette relation ait un statut particulier.

Il voudrait que les séances se déroulent dans une communication naturelle. Or elle est socialement formalisée. Il nie ici la dimension professionnelle qui nous situe justement dans un rapport professionnel/demandeur, donc peu naturel. C'est encore pour cette raison que nous pensons que la relation est importante, mais forcément régie par la distance du métier.

Claude Chassagny souhaite qu'à travers l'accompagnement PRL l'enfant accède aux mots de la langue qui nous est commune. Mais il est confus sur les différentes perceptions du mot. Le mot, entraîne une théorie conceptuelle du monde. Il permet aussi, par ailleurs, une dénomination personnelle, une appropriation des choses. Enfin, un mot porte une résonance affective.

Ces trois aspects correspondent respectivement aux plans 1, 3 et 4 de la théorie de la médiation que nous allons découvrir au prochain chapitre. Nous pouvons déjà souligner que la PRL ne distingue pas ces différents registres : elle essaie de tous les traiter, mais il ne s'agit en fait que d'une dimension.

Ce que nous notons de plus important dans la PRL, c'est son attachement à prendre en considération la dimension de la relation. Le travail porte en priorité sur l'expression de l'enfant, or c'est en effet bien lui qui trouvera les moyens de quitter son symptôme. De plus, dans la PRL, l'approche est originale et a le mérite de proposer au patient quelque chose de différent.

L'influence de la psychanalyse dans le discours de la TLC nous donne l'impression de nous éloigner de l'orthophonie. La dimension de sens du symptôme paraît reliée au désir de l'enfant. Nous verrons plus loin que le symptôme peut prendre sens sur d'autres plans, la vision apparaît donc ici restrictive. La PRL aussi se restreint à ce domaine.

Ces deux théories ont aussi pour principe commun de ne pas positionner le professionnel comme pourvoyeur de savoir, mais comme accompagnateur d'une démarche de découverte propre au patient. Nous sommes entièrement d'accord sur le fait que le sujet a en lui même les ressources pour changer. Il a la clé du problème, à son insu. Mais nous sommes dans une relation professionnelle. Et le professionnel a un savoir, mais non omnipotent, nous le répéterons plusieurs fois. La question est de savoir ce qu'il en fait, comment il s'en sert auprès du patient. Il est important de ne pas nier que nous possédons un savoir.

La TLC insiste sur la notion d'un contrat passé en début de prise en charge. Nous abondons dans ce sens, nous pensons en effet qu'un contrat, explicite ou implicite, doit être passé entre le patient et le professionnel pour qu'il y ait engagement et objectif pour les deux. Ce doit être la base de toute prise en charge.

L'orthophonie moderne, créée il y a presque quatre-vingts ans par Madame Borel-Maisonny, était à l'origine dédiée à la rééducation fonctionnelle d'enfants ayant des pathologies médicales précises (fentes labio-palatines, puis surdité, aphasie...).

L'extension de la profession permet aujourd'hui que l'orthophoniste soigne tout trouble du langage et de la communication, quelle que soit l'étiologie. A cette ouverture des compétences

s'est associé un développement des moyens de prises en charge, toujours dans le but d'apporter le soin le plus adapté au patient.

Suzanne Borel-Maisonny souligne vite l'importance de ne pas se limiter à l'application de techniques. “ L'orthophoniste sans la liberté de créer s'il le faut le traitement qu'il juge approprié devrait abandonner sa tâche.”<sup>21</sup> C'est dans cet esprit que ces deux modèles d'approche du patient (la PRL et la TLC) se sont développés, afin d'offrir de nouvelles réponses aux patients atteints de troubles du langage. Nous avons choisi de commencer ce travail en vous présentant ces deux théories parce qu'elles mettent toutes deux en avant le rôle de la relation et des facteurs psychologiques dans la rééducation.

Nous qualifierons la dimension naturelle du trouble de “ technique ”, face à une dimension psychique du trouble, due à son apparition chez un sujet.

Abordons à présent ces différents aspects non “ techniques ” présents dans le langage, et a fortiori dans ses troubles, d'une part, et dans le type de relation que l'on peut développer lors d'une prise en charge orthophonique d'autre part.

---

<sup>21</sup> op. cit., dans *Orthophonie*, p. 3.

## B- La part de "psychologie" dans toute prise en charge orthophonique

### 1) *Le langage a une composante psychique*

L'adjectif " psychique " est issu du grec, " psukhê ", âme, et signifie ce qui concerne la vie mentale, l'ensemble des composants relationnels et affectifs du moi<sup>22</sup>.

Nous allons donc étudier ici rapidement en quoi le langage est dépendant de la vie psychique de celui qui s'en sert.

Le langage, " dans l'usage scientifique, désigne la capacité, dont est doté tout être humain normalement constitué, d'apprendre et d'utiliser un ou plusieurs systèmes de signes verbaux pour communiquer avec ses semblables et se représenter le monde " <sup>23</sup>.

Il a une fonction d'expression de la pensée, dans le sens où le langage est un outil de manipulation de nos pensées et nos connaissances sur le monde. Le débat se pose de savoir lequel, de la pensée ou du langage, est premier par rapport à l'autre, nous n'entrerons pas dans ce débat et nous nous contentons de remarquer leur interdépendance.

Le langage est un instrument de communication entre les hommes, au moyen d'un système de signes. Le langage a alors une fonction relationnelle, il peut unir ou séparer deux personnes qui se rencontrent, il contribue à la rencontre, à la découverte de l'altérité.

Dans cette optique, on peut imaginer que des problèmes dans cette relation aux hommes peuvent interférer dans le langage, et réciproquement, que des troubles dans le langage peuvent entraver la communication avec les autres.

Ces deux aspects de la définition du langage viennent soutenir l'idée que langage et psychisme sont liés.

Le dictionnaire d'orthophonie précise, à propos du langage, que " la réalité de sa définition est en fait très complexe puisqu'elle concerne des disciplines variées: c'est un acte physiologique

---

<sup>22</sup> Le nouveau Petit Robert et Le Petit Larousse



(réalisé par différents organes du corps humain), psychologique (supposant l'activité volontaire de la pensée), social (permettant la communication entre les hommes). ” Le langage peut être abordé sous de nombreux points de vue: historique, philosophique, développemental, linguistique... C'est une entité importante, et nous ne pouvons l'analyser qu'en choisissant un point de vue.

Nous avons choisi ici d'étudier le langage en suivant le découpage que la théorie de la médiation (TDM) propose. Cela nous donnera une analyse du langage quand il fonctionne bien, ou mal. Nous pourrions ensuite nous intéresser plus spécialement au langage troublé et au sens qu'il peut prendre, sous le nom de symptôme.

## Le langage sous l'angle de la théorie de la médiation

### Présentation de la théorie

Nous n'abordons pas ici la TDM de manière exhaustive, nous posons juste les jalons nécessaires à la compréhension du découpage entrepris, nécessaire pour mieux analyser le langage.

La TDM est une théorie anthropologique, née de la rencontre de Jean Gagnepain, linguiste, et Olivier Sabouraud, neurologue. Ils ont travaillé sur le langage en service de neurologie, et n'ont pu se satisfaire des modèles qui existaient, inaptes à leurs yeux à traiter toutes les pathologies, comprenant trop d'exceptions. Le modèle s'est construit en fonction des cas, d'abord en neurologie, puis dans des services psychiatriques. Ils ont ainsi découpé le langage en quatre plans. “ Ces plans, nous ne les avons pas voulus, ils se sont neurologiquement imposés, notre clinique étant neurologique ”<sup>24</sup>.

Ils ont élargi ce modèle de manière anthropologique en montrant que ces quatre principes rationnels font de l'homme un être de culture, et pas simplement un être de nature. Ils entendent par “ culture ” l'ensemble des processus spécifiquement humains. C'est un seuil qui sépare

---

<sup>23</sup> Dictionnaire de psychologie

<sup>24</sup> GAGNEPAIN, *Leçons d'introduction à la théorie de la médiation*, p.39.

l'homme des autres êtres vivants. Il peut être aussi appelé psychisme. L'homme est un être de nature, mais son cerveau lui a permis d'accéder à la culture.

Ces quatre plans qui nous font hommes sont:

- Le plan logique (étude du signe)
- Le plan technique (étude de l'outil)
- Le plan social (étude de la personne)
- Le plan éthique (étude de la norme)

Jean Gagnepain se reconnaît trois maîtres: Saussure, Freud et Marx. Chacun traitait d'une partie de la dimension culturelle de l'homme, sans pouvoir prétendre en épuiser la problématique. Saussure, se contentant du signe, traitait de la structure, Marx restreignait la culture de l'homme à ce que Gagnepain appelle le plan de la personne en parlant de dialectique, et Freud au plan de la norme avec la notion d'inconscient.

Saussure, linguiste, distingue la phonétique de la phonologie et le signifiant du signifié. “ De quelque manière que vous articuliez, un système sous-jacent ne retient que les différences de sons. ”<sup>25</sup> La description ne suffit pas, ce qui compte, c'est la différence. La TDM reprend cette idée de structure du signe (structure du son et structure du sens) de Saussure et l'étend à la totalité des capacités culturelles qu'elle met en évidence.

Ces trois hommes nous montrent que “ l'homme est irréductible à la saisie immédiate de ses performances et qu'il fallait pour l'expliquer [...] faire émerger sous le phénomène [...] la structure sous-jacente apte à rendre compte de la manière qu'il a de se comporter. Or cette structure, et c'est cela qui est important dans la TDM, n'est pas considérée par nous comme un autre monde, un super-monde, mais simplement comme l'intrusion dans l'immédiat d'un “ non immédiatement saisissable ”, d'un médiat. ”<sup>26</sup> Ce qui vaut à cette théorie le nom de “ médiation ”.

---

<sup>25</sup> ibid. , p.27.

<sup>26</sup> ibid., p.33-34.

### Les quatre plans du langage

Déconstruisons à présent le langage pour le rebâtir suivant les quatre réalités déjà citées.

La première caractéristique spécifiquement humaine du langage est la **grammaticalité**. Elle se situe sur le plan dit logique. Ce sont les lois logiques inconscientes qui fondent notre parler. Au niveau de la grammaticalité, la totalité du monde est dite par les mots que l'on possède, la réalité est structurée à partir des mots. Alors tout mot est relatif à tous les autres mots (mise en opposition les uns des autres). Cette grammaticalité nécessite de saisir “ l'impropriété ” des mots: “ Le mot est impropre car il a plusieurs sens. ”<sup>27</sup>

La personne capable de grammaticalité est capable d'abstraction logique, elle conçoit le monde au lieu de seulement le percevoir. L'aphasique a perdu cette grille d'analyse cognitive, et a donc des problèmes de catégorisation du monde. Les enfants qui n'ont pas émergé à la grammaticalité, quant à eux, sont dits dysphasiques.

La faute est le critère de grammaticalité, dit Gagnepain. En effet, c'est la preuve que l'enfant possède les principes et met en œuvre une analyse logique, même si l'usage est erroné. L'étude de ce plan concerne donc le signe en tant qu'il présente une double face, signifiant et signifié.

Le deuxième registre est celui de l'**écriture**, sur le plan de la technique. Il s'agit de posséder le mode d'emploi inhérent à la capacité d'outillage. L'écriture se comprend comme une technicisation du dire, elle n'est pas spécifiquement linguistique. A ce plan, nous étudions le déterminisme de l'outil et non plus le signe.

La pathologie qui s'en dégage en neurologie est l'atechnie en tant que défaut de l'analyse technique, qui est à distinguer de l'apraxie qui, elle, témoigne d'un problème instrumental. Cette distinction n'est pas sans conséquence sur les diagnostics actuels d'apraxie, notons-le au passage.

La troisième dimension est celle de la **langue**, sur le plan social, qui étudie la “ personne ”. Le langage s'inscrit toujours dans une relation. Apprendre une langue, c'est apprendre un usage social parmi d'autres. Et le moteur de l'apprentissage de la langue est dans la relation. L'enfant doit s'imprégner de la langue. Il apprend les mots de l'autre. Ce qui est en jeu dans la langue pour l'enfant, c'est le décentrement. C'est-à-dire que l'enfant commence tout petit à parler en croyant

que sa représentation est celle de tout le monde, et qu'alors Maman est forcément connue de tous, tout comme son chat Hector, par exemple. Puis l'enfant va se décentrer, apprendre à composer avec son interlocuteur, et à se mettre à sa place pour déduire ce qu'il sait ou pas de son monde. Il a alors pris une distance nécessaire pour maîtriser la langue, au niveau social.

Communiquer, c'est essayer de s'accorder avec l'autre par-delà les appropriations personnelles que chacun s'est faites des mots.

Ce registre de la personne nécessite de gérer une certaine absence (absence de " tout moi " dans ce que je donne à voir à mon interlocuteur, et absence de " tout l'autre " par le peu qu'il me donne à voir) qui constitue une autre forme d'abstraction.

La pathologie correspondante est la psychose où le propos est grammatical, mais le sujet ne peut être interlocuteur, c'est-à-dire tenir compte de l'autre et en même temps affirmer sa différence. La psychose s'exprime dans deux formes essentielles: la schizophrénie et la paranoïa.

Le dernier plan, le quatrième, est celui du **discours**, au niveau " éthique ". Il touche à la problématique du désir, du plaisir, de la satisfaction dans le langage, toutes ces notions qui nous font rejoindre le domaine de la psychanalyse. Nous touchons à la fonction appétitive (terme emprunté à Pichon) : qu'est-ce que l'enfant s'engage à dire, veut dire, s'autorise à dire? De quelle façon l'enfant s'empare-t-il du langage?

Winnicott disait: " il a déjà en lui parce qu'il est un homme la capacité de s'interdire ", de manière innée. Gagnepain nomme cette capacité " la norme ", qui nécessite du refoulement. L'homme est un être qui *mesure sa satisfaction* et l'éthique est la restriction que chacun se donne pour une meilleure satisfaction. Quand ce refoulement est trop fort, le patient tombe dans une pathologie d'inhibition pouvant aller jusqu'à la névrose.

---

<sup>27</sup> J. GAGNEPAIN.

Voici un tableau récapitulatif de ce chapitre, présentant les plans de la théorie de la médiation et comment le langage s'y inscrit:

<b>PLAN</b>	<b>ETUDE</b>	<b>AU NIVEAU DU LANGAGE</b>	<b>PATHOLOGIE TOUCHANT LE LANGAGE</b>
1- Logique	Du signe	La grammaticalité	L'aphasie, la dysphasie
2- Technique	De l'outil	L'écriture	L'atechnie
3- Social	De la personne	La langue	La psychose
4- Ethique	De la norme	Le discours	La névrose

Dans les pathologies touchant le langage, nous distinguons les pathologies *du* langage (la dysphasie et l'aphasie) des pathologies qui s'expriment *dans* le langage (l'atechnie, la psychose, la névrose). Ces dernières s'expriment dans d'autres domaines, mais nous nous sommes arrêtée aux incidences sur le langage.

Après cette présentation rapide de la reconstruction du langage sur quatre plans, essayons d'analyser ce qui fait problème.

Le plan 1 ne pose pas d'ambiguïté, les pathologies qui en découlent sont sans contestation du ressort de l'orthophoniste.

Sur le plan 2, nous pouvons déjà noter un regroupement de champs de compétences, les atechnies pouvant concerner l'orthophoniste, le psychomotricien et l'ergothérapeute.

Les deux plans qui ici nous intéressent particulièrement sont les plans du social et de l'éthique, où les questions de l'échange avec l'autre et du désir de parler font débat entre orthophonistes et psychothérapeutes.

La dimension du "sujet désirant" (le sujet étant nécessairement désirant) est traitée en PRL comme en TLC. Mais ces deux méthodes ne traiteraient-elles pas uniquement ce quatrième plan, éloignant du langage les trois autres plans qui le composent? Cela correspondrait à une vision des troubles du langage où l'étiologie ne pourrait être qu'une problématique du désir.

De même, certains psychologues pensent tout résoudre en traitant la dimension du désir, et ce découpage du langage par la TDM vient contredire cette hypothèse, le langage ne se résume pas au fait de s'autoriser à parler.

Quand un enfant parle, et même quand un adulte parle, il ne réfléchit pas à ce qu'il produit, si c'est grammaticalement correct, s'il s'autorise à dire cela, si son discours est adapté à son interlocuteur... la personne s'adapte inconsciemment à la situation.

Le fait de décortiquer une langue comme nous venons de le faire par la TDM n'est pas naturel. Le découpage que nous en faisons est arbitraire et il peut être fait de multiples façons. La TDM propose une grille d'analyse pour mieux comprendre ce qui peut se jouer. Nous pouvons y voir la large place que prennent les affects de l'enfant, ses relations (ce qu'il montre de lui, ce qu'on lui renvoie), ... Dans cette analyse, le langage implique bien des facteurs psychiques.

Quand des troubles du langage apparaissent, certaines personnes les affublent aussitôt du titre de " symptôme ". Ce terme a une odeur médicale pour certain, un goût de psychanalyse pour d'autres... essayons de lui trouver une définition honnête et utile à notre étude.

## La notion de symptôme

### Définition générale

Le symptôme dont nous allons parler a plusieurs caractéristiques.

La première est qu'un symptôme n'est **jamais seul**.

Lorsqu'un patient consulte un orthophoniste, c'est pour la résolution d'un trouble qui le gêne, ou gêne son entourage. Il s'agit d'un trouble précis en général : une difficulté d'articulation, une voix qui casse, des confusions de lecture... Le terme de symptôme arrive ensuite. Il implique une mise en relation. C'est-à-dire que le trouble responsable de la consultation ne devient symptôme qu'à partir du moment où on le met en relation avec d'autres faits pour essayer de le comprendre. On cherche une cohérence logique à travers divers phénomènes que nous appellerons symptômes. Sous ce regard, un symptôme n'existe jamais tout seul.

La deuxième caractéristique est la **recherche de sens**.

Le symptôme est défini comme un “ phénomène, caractère perceptible ou observable lié à un état ou à une évolution qu'il permet de déceler. ”<sup>28</sup> Cette définition médicale insiste sur la liaison : tel symptôme révèle telle maladie. “ En psychologie, le symptôme est un phénomène perceptible révélateur d'un processus caché et le plus souvent inconscient. ”<sup>29</sup> Le symptôme, ici, laisse à voir quelque chose, mais ne donne pas la clé.

Si nous allons chercher l'étymologie grecque de ce terme, *sumptōma*, cela signifie coïncidence. On peut alors s'interroger sur l'émergence du symptôme, sur le fait qu'il n'arrive pas par hasard, mais invite à rechercher à quoi il s'associe. Le symptôme arrive plutôt comme une nécessité à un moment donné.

Nous parlons de symptôme quand nous sommes dans une recherche de sens de ce qui a causé ces différents faits observables. Il n'a de valeur que dans cette visée explicative. On cherche la cohérence de ce phénomène en le mettant en rapport avec d'autres phénomènes dont se déduit son sens.

Cette cohérence donne un sens logique au symptôme qui répond à un processus. Celui-ci en revanche n'est pas forcément logique. Les processus qui fondent le trouble ont leur origine dans un des quatre plans du modèle de la médiation.

Le troisième point que nous pouvons alors souligner est que le symptôme n'est **propre à aucune discipline**.

Entre autres, donc, il peut appartenir au plan 4. A ce seul niveau, le symptôme s'interprète, au sens strict, car il se comprend par rapport à la problématique humaine de la satisfaction. Il peut être l'expression de conflits intra-psychiques peut-être inconnus du sujet lui-même. En psychanalyse, la formation du symptôme agit comme un rempart contre l'angoisse, face à un refoulement mal négocié, dans des situations trop envahissantes pour le sujet : il constitue à ce moment-là le seul compromis possible. Le symptôme nécessite alors une dépense d'énergie pour se soulager d'une souffrance due à trop d'angoisse.

---

<sup>28</sup> Le nouveau Petit Robert

<sup>29</sup> Dictionnaire d'orthophonie

Nous venons de présenter le symptôme vu par la psychanalyse, mais il s'exprime donc dans d'autres domaines (médical, psychologique, par exemple), sur les différents plans de la TDM. Le symptôme a en fait le même statut que le fait scientifique, mais dans le registre pathologique. Dès lors, il ne s'arrête pas aux troubles psychogènes, et les pathologies organiques sont également concernées.

Toute personne qui arrive avec une gêne et une souffrance présente un symptôme, c'est-à-dire quelque chose d'observable en lien avec d'autres faits, mais qui ne révèle pas forcément quelle est sa source, et dont la compréhension et la résolution ne peuvent être immédiates. Le symptôme peut être, entre autres, expression de l'inconscient, il a un sens, et cette dimension doit toujours être prise en compte.

Tout comme un ensemble de faits scientifiques nous conduirait à émettre des hypothèses sur un fonctionnement, un ensemble de symptômes observables doit amener le professionnel à se poser des questions, à tâcher de mettre en relation ce qu'il observe et ce qu'il peut en comprendre.

Il ne s'agit absolument pas d'interpréter, nous laissons cette particularité à la psychanalyse, mais de formuler des hypothèses sur ce que présente le patient, et sur les relations que nous pouvons en faire par rapport à ce que l'on sait de lui (ce qu'il nous a laissé voir), et ce que l'on connaît de notre métier (notre savoir-faire).

Nous pourrions vouloir seulement traiter le symptôme en lui-même pour bien se garder de toucher au registre psychanalytique. Mais tout travail se fonde forcément implicitement sur des hypothèses de fonctionnement à propos du patient. Il est donc plus facile d'aborder cette notion ouvertement, mais en faisant attention à ne pas se tromper de registre.

### *Le symptôme langagier*

Quand le trouble se situe au niveau du langage, le symptôme présente un aspect particulier. Il peut, dans une dimension sociale, entraver la communication avec l'entourage, en empêchant le patient de parler correctement.



Mais le symptôme langagier va dire quelque chose d'une difficulté du sujet, au sein d'un ensemble de faits.

Alors le symptôme se dit en empêchant de dire, puisque la parole est troublée. C'est là la singularité de cette voie d'expression.

Elle parle à la place du sujet, par des maux, puisque les mots sont indicibles.

Le symptôme peut prendre des formes variées. Il est l'expression privilégiée trouvée par un sujet précis, au cœur de son histoire personnelle, pour lutter contre un problème qui lui est propre.

Parler, c'est communiquer, sur le plan 3, social, donc reconnaître un interlocuteur et accepter d'essayer de se comprendre malgré tous les malentendus qu'induit la langue. C'est aussi s'exprimer, sur le plan 4, éthique, oser exprimer ses affects, ses désirs. Une difficulté de langage pourra exprimer directement des conflits de cet ordre. L'enfant nous signifiera peut-être sa problématique sur l'individuation, sur son appétence à communiquer...

### Les bénéfices du symptôme

Le symptôme est le seul moyen qu'a le sujet pour résoudre son problème. C'est la raison pour laquelle il y tient et c'est là le premier bénéfice que l'enfant en tire.

Depuis Freud, on l'appelle " réaction thérapeutique négative " : le sujet tient à son symptôme, et refuse de guérir. Mais il y peut en tirer d'autres bénéfices, auxquels on ne prête parfois pas assez d'attention.

L'enfant va vite découvrir ce que nous appelons les bénéfices secondaires. Ils existent dans tout symptôme, qu'il soit relié à une problématique de satisfaction, à un trouble organique (surdité...) ou autres. Cela tient au fait qu'on est toujours assez bien avec ce que l'on a, parce qu'on s'y connaît. L'inconnu, parce qu'on ne sait justement pas vraiment en quoi il consiste, paraît toujours plus périlleux.

L'entourage va réagir au symptôme qui se laisse voir, et il va s'adapter. Chaque famille va trouver des stratégies de compensation pour lutter contre le trouble, soit par désir de le résorber, soit pour lutter contre l'angoisse de ce que ce trouble révèle. Tel parent va prendre plus de temps avec l'enfant pour pallier les difficultés scolaires et ce sera un moment privilégié. Tel autre grondera de préférence le reste de la fratrie en pensant aménager un peu plus de calme auprès de l'enfant...

Quel que soit le trouble qui émerge, il a des retombées sur la sphère familiale. Les réactions pourront aussi révéler une culpabilité, la personne se sentant responsable du dysfonctionnement et y réagissant maladroitement.

La situation se complique encore quand on réalise que les parents peuvent aussi tirer satisfaction de ce que présente l'enfant. Celui-ci peut tenter de se conformer au désir parental, par une prolongation d'un état de dépendance avec la mère, par exemple. Le symptôme se développe chez l'enfant, mais il peut être porteur d'un problème qui concerne un autre membre de la famille, en particulier la mère, ou d'un problème relationnel, en particulier la relation mère-enfant.

L'enfant, même s'il a une demande de changement, profite d'un " confort " dans son symptôme, puisque c'est la solution la plus solide qu'il ait trouvé seul pour lutter contre " quelque chose ". Lui demander de lâcher son symptôme, c'est le remettre face à l'angoisse qui avait créé celui-ci, et aussi abandonner les bénéfices secondaires pour lui, et pour son entourage.

Il faut, d'une part, que l'entourage autorise l'enfant à lâcher son comportement, qu'il ait l'espace d'évoluer avec les interactions que ça entraînera, et d'autre part que nous lui proposons un mieux-être sans son symptôme, afin qu'il ait tout à gagner. A nous, donc, de préparer l'entourage, et de créer auprès de l'enfant le cadre, le climat et l'accompagnement qui l'amèneront à quitter son symptôme, à ce que celui-ci ne lui soit plus nécessaire.

## **2) Les mécanismes psychologiques en jeu dans la relation soignant/soigné**

Quand un orthophoniste accueille un patient, il tient compte du fait que le trouble générateur de la consultation est un symptôme au cœur du langage et que, pour ces raisons, le trouble focalisé qui agit révèle un individu en souffrance dans son langage et dont la cause est parfois inconnue mais doit être respectée. Le patient (ou ses parents) nous adresse une demande d'aide, à nous, orthophoniste de métier, et à nous en tant que personne singulière (le métier étant une dimension de nous, mais nous ne pouvons nous diviser pour ne présenter que cette facette).

Nous allons étudier les mécanismes particuliers de cette relation d'aide.

### **Le transfert, le contre transfert et la relation d'empathie**

En psychanalyse, le terme de transfert “correspond au report des sentiments que le sujet a éprouvés dans l'enfance à l'égard de ses parents, sur la personnalité de l'analyste”<sup>30</sup> Le patient, dans cette relation de durée, de confiance, répète sur l'analyste un modèle infantile d'énamoration, révélateur du passé, mais aussi de résistance au récit de ce passé.

De son côté, l'analyste est sensible à ce qui se joue entre lui et son patient. Ses réactions inconscientes, liées d'une part à sa personnalité, et d'autre part au processus inconscient que le transfert du sujet induit chez lui, sont appelées le contre-transfert.<sup>31</sup>

C'est à partir de l'analyse, de l'interprétation, et de propositions de résolution de ces deux phénomènes que se réalise la cure analytique.

Cependant, la relation transférentielle n'est pas spécifiquement psychanalytique mais s'opère dans toute relation humaine authentique. Ainsi, le Dictionnaire d'orthophonie affirme que “ ces phénomènes de transfert et de contre-transfert existent dans toute thérapie, y compris

---

<sup>30</sup> Dictionnaire d'orthophonie

<sup>31</sup> d'après le Dictionnaire de psychologie

pendant une rééducation orthophonique, mais il n'y a qu'en psychanalyse qu'ils sont reconnus, objectivés et analysés ”.

Freud se défendait déjà à son époque de limiter le transfert à la psychanalyse. “ Il ne faut pas croire que le phénomène du “transfert ” soit créé par l'influence psychanalytique. Le “ transfert ” s'établit spontanément dans toutes les relations humaines, aussi bien que dans le rapport de malade à médecin ; il transmet partout l'influence thérapeutique et il agit avec d'autant plus de force qu'on se doute moins de son existence. La psychanalyse ne le crée donc pas ; elle le dévoile seulement.”<sup>32</sup> Cette dernière phrase est importante, elle souligne que le transfert n'agit pas seulement quand on choisit de s'en occuper, mais bien dès qu'il y a une vraie relation humaine. Freud nous conseille donc, même pour une relation non psychanalytique, de se douter de l'existence du transfert, d'y faire attention, afin qu'il ne prenne pas une place inadéquate.

La prise en charge orthophonique propose au patient un cadre privilégié de relation duelle, centrée sur le patient et s'inscrivant dans la durée. Ces quelques éléments invitent le sujet à une relation de confiance, sécurisante, et le phénomène de transfert s'inscrit alors dans une continuité de projection affective.

Notre rôle n'est pas dans l'analyse du transfert. Pour G. Dubois, il s'agit plutôt de “ reconnaître une place, sa place à la dimension inconsciente et lui laisser un champ pour s'exprimer si le sujet en éprouve le besoin. ”<sup>33</sup>

Le contre-transfert existe aussi en orthophonie, dans la mesure où ce que projette l'enfant sur nous nous fait réagir, et ses troubles, sa personnalité, réactivent en nous nos propres faiblesses et questionnements. Quand il s'agit d'un enfant, la projection de l'adulte est encore plus forte, du fait même de sa position d'autorité, de ce que nous appelons la pédagogie.

Lacan, lui, préfère le terme de “ désir de l'analyste ” au contre-transfert. C'est en tant que l'analyste “ ne sait pas ce que désire ce sujet avec lequel il est embarqué dans l'aventure analytique, qu'il est en position d'en avoir en lui, de ce désir, l'objet. ”<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> FREUD, *Cinq leçons sur la psychanalyse*, éd. Payot, 1987, pp. 61-62.

<sup>33</sup> G. DUBOIS, *Langage et communication*, éd. Masson, 1990.

<sup>34</sup> LACAN, séminaire du 8 mars 1961, dans *L'apport freudien*, sous la direction de P. KAUFMANN.

Des expériences ont montré que les pédagogues qui croyaient leurs élèves doués, les faisaient effectivement mieux réussir que des élèves réputés mauvais. “ L’attente de l’expérimentateur peut affecter les résultats de sa recherche ”<sup>35</sup>, conclut-on. Cet impact de l’attente de celui qui aide est appelé “ effet Rosenthal ”. Si on l’applique à la prise en charge en orthophonie, c’est à la fois un atout positif et il s’agit tout en même temps d’une forme de pression que l’on ne peut s’empêcher d’imposer à l’enfant.

Nous voudrions, sur ce modèle, expliquer le désir de l’analyste, retranscrit en “ désir de l’orthophoniste ” comme une sorte de croyance positive : “ je désire t’accompagner, toi patient en souffrance qui t’adresses à moi, là où tu dois aller. Je ne sais pas où c’est, mais je te crois capable d’y arriver. ”

Cette croyance, porteuse d’une dynamique de progrès, serait à la fois inconsciente, reliée au fait même de la profession, et consciente, dans un effort constant de soutenir son patient. Nous pourrions la traduire ainsi : le fait même que je sois orthophoniste me pousse à avoir l’intime conviction que mon patient peut évoluer, faire des progrès, sinon je peux tout de suite renoncer à mon métier ; et je vais travailler avec mon patient dans une relation que je veux de confiance, c’est à moi d’y mettre, volontairement donc consciemment, ce climat bienveillant et optimiste.

Nous nous rapprochons ici un peu du regard chaleureux du professionnel pour son patient que l’on appelle l’empathie. C’est une “ capacité d’identification à l’autre qui permet une sorte de communication affective et de compréhension d’autrui.”<sup>36</sup> Pour C. Rogers, l’empathie consiste à “ saisir, avec autant d’exactitude que possible, les références internes et les composantes émotionnelles d’une autre personne et à les comprendre comme si on était cette autre personne. ”<sup>37</sup>

Nous allons prendre de la distance avec cette notion d’empathie, définie ainsi. Nous voulons bien sûr être proche du patient afin de mieux l’aider. Mais nous ne pouvons pas accepter d’être dans une “ identification à l’autre ”, de faire “ comme si on était cette autre personne ”.

En effet, nous nous plaçons dès le départ comme professionnel, et notre position n’est pas de se mettre à la place de celui qui souffre, car le danger de sortir de sa compétence est alors

---

<sup>35</sup> WALLON, *La relation thérapeutique et le développement de l’enfant*, p.151.

<sup>36</sup> Dictionnaire d’orthophonie.

grand. Nous allons essayer de comprendre le patient, mais en restant orthophoniste, donc avec notre spécialité à accueillir ce genre de souffrance, par notre savoir et notre expérience.

Nous trouvons donc discutable l'idée de C. Rogers de relation chaleureuse, empathique, identificatoire. Cette position ne vise qu'à mettre le patient dans un confort, une sécurité qui est superficielle. Cela n'empêche pas le transfert d'opérer, mais, dans ces conditions, cela empêche de le régler.

La psychanalyse refuse cette mise en réconfort, et pousse le sujet à se dévoiler au niveau inconscient, au niveau du " Je ", comme le dit Lacan.

Nous irons également dans ce sens, en considérant que si des amis peuvent avoir ce type de comportement de protection et de renforcement du Moi, notre rôle de professionnel est quant à nous de faire bouger le patient, sans forcément le protéger de ce qui peut agir en lui, puisque nous souhaitons que justement les choses évoluent en lui au niveau du symptôme.

Une relation d'aide entre deux personnes met en jeu ce réseau complexe de transfert et de contre-transfert, de désir de l'orthophoniste, à des degrés conscients et inconscients. Nous venons de traiter la dimension inconsciente.

Au niveau conscient, maintenant, C. Rogers présente la relation qui va s'instaurer entre soignant et soigné d'une manière très humaniste, mais qu'il nous semble intéressant de rappeler ici. Il définit ainsi la relation d'aide psychologique : " c'est une relation dans laquelle l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie ".

Elle demande au professionnel quatre qualités :

- ❖ un intérêt authentique pour le sujet et son acceptation en tant que personne à part entière
- ❖ une permissivité dans l'expression des sentiments, en dehors de tout jugement moral
- ❖ la mise en place de limites déterminées que le sujet pourra utiliser pour progresser dans la conscience de lui-même
- ❖ l'exclusion de toute forme de coercition, de pression sur l'individu<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Dictionnaire de psychologie.

<sup>38</sup> Dans *Symptôme et parole*, mémoire d'orthophonie de V. Moriau Camus

Ces affirmations paraissent assez évidentes, nous les rappelons ici pour exprimer la volonté que nous devons avoir de se disposer mentalement à recevoir nos patients, en tant que professionnel. Nous devons disposer pour nos patients d'un savoir-faire, mais aussi d'un savoir-être, qui nous permet d'être disponible tout autant que de savoir nous positionner face aux différentes situations.

Ces quatre qualités sont à la fois un devoir, puisqu'elles sont nécessaires à une bonne relation d'aide psychologique, mais nous pensons qu'elles doivent également être inhérentes à la personnalité du professionnel, car ces quatre qualités ne peuvent être fabriquées de toute pièce.

Ainsi Madame Harel Biraud introduit son *Manuel de psychologie à l'usage des soignants* en prévenant que “ les soignants des corps [...] et tous ceux qui sont soignants de l'âme parce qu'ils pratiquent une relation d'aide [...] travaillent d'abord avec ce qu'ils sont avant que d'employer des techniques ”.

Nous avons vu que le sujet se présente en orthophonie avec un symptôme, révélateur de quelque chose d'inconscient, avec une demande réelle, et avec des conflits internes qui pourront se révéler dans le transfert et le maintien du symptôme.

L'orthophoniste, quant à lui, reçoit le transfert du sujet et y réagit inconsciemment en fonction de sa propre problématique. Il soumet au patient son “ désir de l'orthophoniste ” et se soumet, lui, aux règles ou qualités (suivant leur spontanéité) d'une relation efficace.

## La détention du savoir

A toutes ces notions se rajoute la dimension du savoir. Chacun en possède, mais dans quelle mesure, et quel usage en faire pour ne pas confondre savoir et pouvoir ?

### Le savoir du professionnel

L'orthophoniste, après quatre ans d'études, possède des connaissances et une certaine expérience sur les troubles du langage, sur leur incidence dans la communication (au niveau social), sur la manière de les traiter.

Souvent, les parents nous confèrent cette étiquette de savant, à propos des troubles de leur enfant. Nous avons en effet des connaissances, un savoir que l'on pourrait qualifier de savoir-faire, que nous avons acquis par notre formation. L'apport universitaire est indispensable à notre pratique (fort heureusement).

Personnellement, nous voulions dans un premier temps refuser cette idée du Savoir de l'orthophoniste, dans le sens où elle confère une sorte de pouvoir suprême au professionnel, face aux parents qui ne savent alors plus rien en contrepartie.

Nous avons réussi à transformer notre regard, et nous pouvons affirmer à présent que l'orthophoniste possède donc un savoir qui le spécifie en tant qu'orthophoniste, différent d'un autre professionnel, et différent de " n'importe qui ". Nous ne pouvons pas nier cette connaissance, ce savoir, car ce sont bien nos compétences que nous offrons comme prestation sociale.

Si une famille vient nous consulter, c'est bien parce que nous possédons un savoir, quelque chose que ces personnes n'ont pas, pas parce qu'elles ne sont pas douées, mais parce qu'elles n'ont pas choisi de se spécialiser dans ce domaine, et qu'elles ont un rôle de parent à préserver auprès de leur enfant, même en difficulté.

La question est ensuite de comprendre comment nous faisons valoir ce savoir.

Car si nous refusions d'attribuer à l'orthophoniste un Savoir, c'était pour préserver les parents de la toute-puissance du professionnel. C'est en effet tentant de s'attribuer le pouvoir, et il est vrai qu'au moment où l'on s'affiche compétent dans un domaine et qu'une famille nous consulte pour ceci, cet acte la destitue de ces compétences. La famille est alors complice de cette passation de pouvoir, de cette " délégation de responsabilité ", selon Jean-Claude Quentel.

Mais cela ne se fait pas sans contrepartie. La famille va demander des comptes au professionnel, des explications, des preuves de ce qu'il sait et peut faire avec l'enfant, sauf si elle s'en remet entièrement au professionnel, et se décharge alors de sa responsabilité, au lieu de la déléguer seulement, pour un moment, un lieu, et une action donnés.

L'orthophoniste doit avoir cette coopération avec les parents. Ne pas garder les séances secrètes, pouvoir expliquer son action aux parents, cela le protège d'une toute-puissance.



L'orthophoniste ne voit l'enfant qu'avec son regard d'orthophoniste : il n'en connaît que ce qu'il donne à voir à un moment donné, dans un lieu particulier et pour un but précis. Il n'en a donc qu'une approche parcellaire, incomplète, il ne visualise ni ne maîtrise tout ce qu'est l'enfant, avec les autres, dans son quotidien... c'est ici le deuxième rempart à la toute-puissance du professionnel, nous en reparlerons plus loin. Ce refus de la toute-puissance est appelé castration par les psychanalystes, où l'on se voit refuser l'omnipotence.

La bonne attitude est donc d'utiliser son savoir à bon escient, de se laisser questionner par les parents, et d'accepter de ne participer que pour un moment à la construction de l'enfant, par délégation des parents.

Paradoxe : ce sont les parents qui nous empêchent d'être tout-puissant, mais ce sont eux qui, parfois, déchargent sur nous leurs difficultés, et, sous prétexte de nous accorder le droit d'agir sur leur enfant, exigent alors de nous une prise en charge totale des troubles, et une solution miracle.

Or il n'y en a pas. Notre travail auprès des parents va être alors de leur expliquer l'aide que nous pouvons proposer, qui n'est pas le plaquage d'un savoir, mais l'utilisation d'un savoir au gré d'un cheminement avec l'enfant.

Chaque patient est singulier et présente un trouble que nous voyons comme un symptôme compris dans un ensemble tout aussi singulier. Nous devons faire comprendre aux parents que nous avons des compétences, que nous nous en servons, mais que nous ne pouvons que formuler des hypothèses sur la signification du symptôme de l'enfant.

Les premières rencontres avec les parents seront décisives, car nous passerons un **contrat** à la fois explicite et implicite avec eux. Explicite, parce que nous aurons à cœur de leur proposer un fil directeur de rééducation et de leur demander leur accord sur ce choix. Implicite, parce que leur accord signifiera qu'ils nous délèguent un certain pouvoir, un droit d'action sur leur enfant qu'ils respecteront du fait de cette délégation de responsabilité.

### Le savoir des parents

Les parents connaissent l'enfant, dans une vision très affective, subjective donc, dans son quotidien, dans son comportement, dans ses peurs, ses habitudes, ses défauts... Les parents sont les responsables de l'enfant, sur le plan 3 de la TDM, c'est-à-dire aux yeux de la société. Par cette responsabilité, tout ce que les parents ne voient pas de leur enfant leur est généralement rapporté verbalement par les autres personnes s'en occupant régulièrement ou occasionnellement (instituteur, animateur, famille, autre mère...). Ils ont donc une vision assez complète de leur enfant, en tant que référents.

Mais intervient aussi la dimension affective, et les parents n'entendent et ne voient de leur enfant que ce qu'ils peuvent en entendre ou en voir. C'est pourquoi leur position par rapport savoir est complexe, car ils sont à la fois les plus " savants " sur leur enfant, et en même temps les moins objectifs.

Leur parole est indispensable pour nous permettre de comprendre l'enfant. Et tout professionnel de l'enfance sait qu'il doit être en totale coopération avec les parents, puisque sans eux nous ne sommes pas crédités (excepté bien sûr quand les parents sont jugés irresponsables par la loi). Ils ont pouvoir sur nous puisque nous dépendons de leur délégation (partielle) de responsabilité. C'est à cette condition que notre travail peut être utile.

Nous pensons qu'il est important de ne pas les destituer totalement de leur savoir auprès de nous, puisque nos savoirs sont complémentaires au service de l'enfant, et que, nous l'avons dit, le nôtre est partiel. C'est à nous de laisser l'espace aux parents pour nous partager leur savoir.

### Le savoir de l'enfant

Le savoir est aussi porté par l'enfant, souvent de manière inconsciente.

" Je voudrais savoir pourquoi il présente ce trouble, ce symptôme " peut dire le parent ou l'orthophoniste. Et l'enfant de répondre " je ne sais pas ".

L'enfant a développé ce symptôme afin de sauvegarder au mieux son équilibre malgré ses conflits internes. Il a choisi (inconsciemment) telle ou telle voie d'expression.

Lui seul possède les clés du pourquoi de son symptôme. Il a en lui un problème et il a composé avec les " moyens du bord " pour que la situation reste vivable. L'enfant peut avoir une

grande volonté de résoudre le trouble langagier apparent, il n'imagine pas forcément que son inconscient, lui, tient à ce symptôme, et qu'il se protège. Il faut réussir à accompagner l'enfant pour trouver d'autres moyens de vivre moins conflictuels, en particulier en l'aidant à se passer de son symptôme.

### ***3) orthophonie et psychothérapie, des limites théoriques***

La psychothérapie et la prise en charge orthophonique soulèvent des mécanismes communs, comme nous l'avons évoqué dans le chapitre sur le transfert. Mais l'usage de ces phénomènes est bien différent.

En psychothérapie, le transfert et le contre-transfert se réalisent spontanément, et l'analyste s'en sert, les analyse, les interprète et les renvoie à son patient pour le faire avancer.

En orthophonie, le transfert et le contre-transfert se réalisent également spontanément, et, sans les nier, on en tiendra compte. Le professionnel développe pour son patient son " désir d'orthophoniste " et il chemine avec le patient en lui proposant, à sa demande, les connaissances et les outils dont il dispose.

L'orthophoniste s'intéresse au symptôme langagier, son but est l'abandon de ce symptôme. Il formulera des hypothèses dessus pour lui donner des pistes de travail, mais ne travaillera pas sur l'interprétation de ce qui s'y joue. Il prendra toutes les précautions pour ne pas agresser ce symptôme afin qu'il ne disparaisse pas au profit d'un autre, mais régresse par désuétude.

Simone Terrier<sup>39</sup> nous présente les similitudes de la relation dans les deux modes d'intervention : orthophonie et psychothérapie.

- Ils sont adressés à des sujets en souffrance malgré leurs bénéfices secondaires.
- Les professionnels ne jugent ni ne punissent et l'objectif est d'amener le patient, par un mouvement venant de lui-même, à trouver du plaisir dans un autre fonctionnement.
- Tout cela au sein d'une relation privilégiée, sous-tendue par une confiance réciproque.

---

<sup>39</sup> op. cit., " Rééducation et/ou psychothérapie ? " dans *Orthophonie*, p. 201.

Par relation privilégiée, nous entendons une relation d'aide où l'enfant découvre un espace, un temps et un professionnel qui lui sont entièrement consacrés, relation qu'il n'a peut-être jamais expérimentée dans son groupe classe ou sa famille.

Nous pouvons également noter l'utilisation du langage, aussi bien en orthophonie qu'en psychothérapie.

Ce qui les distingue principalement, ce sont leurs objectifs, extrêmement différents.

En orthophonie, il s'agit d'aider l'enfant, à partir de la réalité, à accéder au symbolisme du langage oral et écrit. On cherche à rétablir, à améliorer la communication, si les troubles du langage l'ont rendue défectueuse. Nous voulons le bien-être de l'enfant, mais ça n'est pas ça qui motive la rééducation : c'est le langage qui est l'objectif. Il est aussi médiateur, tout comme le symptôme langagier était à la fois communication et entrave à la communication.

En psychothérapie, le but est bien différent : on veut aider l'enfant à résoudre ses problèmes psychiques, ce qui le trouble et le perturbe sans qu'il sache forcément trop de quoi il s'agit. Le langage, permettant l'accès au symbolique de l'enfant, est médiateur. Par son biais, l'enfant peut dévoiler et résoudre ses conflits internes, s'exprimer.

Les professions d'orthophoniste et de psychothérapeute sont donc bien distinctes et ont leur utilité propre et différente dans le cas des troubles du langage.

L'orthophonie n'est pas auto-suffisante puisque nous avons vu que le langage met en jeu une problématique de désir et de relation à l'autre qui peut nécessiter une thérapie.

La psychothérapie n'est pas apte, elle non plus, à résoudre tous les troubles du langage puisque la TDM nous montre que le langage est composé de quatre plans, et que deux seulement peuvent faire l'objet d'une intervention de ce type.

Une double prise en charge n'est pas pour autant nécessaire pour faire face à tous les aspects du langage. Notons qu'un travail sur le langage, orthophonique, peut avoir des conséquences au niveau intellectuel, social et psychique. De même, une psychothérapie, un travail sur les fonctionnements internes d'un enfant, peut avoir des conséquences sur son bien-être, sur son comportement, et sur sa manière d'appréhender le langage.

Mais bien sûr, quand un enfant arrive dans le cabinet d'un soignant, il ne décompose pas son trouble afin qu'il entre dans les compétences de ce soignant. Il arrive avec son être, sa souffrance, son histoire, son symptôme qui ne concerne peut-être pas que ce professionnel.

Si la relation s'établit dans la confiance, cet enfant peut avoir envie de " déballer " tout son stock de soucis. Sur le plan social, la demande ne sera peut-être pas adaptée au professionnel consulté, mais les autres plans interviennent, en particulier celui du désir, avec les phénomènes de transfert, et les parents pourront avoir élu ce professionnel pour la relation établie, et lui adresser une demande à laquelle il devra répondre, mais comment ?

Alors la théorie est importante, elle nous aide à analyser la situation, à savoir ce qu'il serait bon de faire, mais concrètement, face à l'enfant ou au parent, et face à sa question qui vient juste de nous abasourdir, que lui répondre, dans la seconde qui suit ?

Nous avons donc eu envie d'aller à la rencontre des professionnels qui se retrouvent confrontés à ces situations.

## C- Sur le terrain, un métier se définit par ses voisins

### Présentation du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire en trois parties :

- le parcours personnel, afin d'essayer de trouver la source du positionnement de l'orthophoniste, et d'évaluer la fréquence de certaines formations complémentaires.
- les définitions, parce que nous pensons qu'il faut d'abord savoir de quoi nous parlons précisément avant que d'en débattre. Il s'est avéré que cette partie était une bonne introduction à la suivante, les professionnels intéressés par le sujet se lançant déjà dans de grandes explications, tandis que ceux qui étaient moins enclins à ce type de discours reculaient déjà.
- l'évaluation du problème est la partie au cœur de notre questionnement. C'est principalement cette partie qui va nous aider à réfléchir dans la suite de notre travail.

Onze orthophonistes ont accepté de nous recevoir dans leur cabinet. Nous avons passé entre trente et quarante cinq minutes d'entretien à chaque fois. Les professionnels n'ont pris connaissance du questionnaire (annexe 1) que lors de la rencontre. Six ont été enregistrés sur cassette, leur témoignage a donc été pris en intégralité. Les cinq autres ont fait l'objet d'une prise de notes, sur leur demande.

Ayant le questionnaire sous les yeux, certains orthophonistes ont mené l'entretien d'eux-mêmes, en répondant conformément aux questions. D'autres ont privilégié l'aspect conversationnel, et nous laissaient le soin de poser les questions pour repartir. Ces questions laissaient volontairement la possibilité de discuter, nous ne les voulions pas fermées. L'intégralité des témoignages recueillis est retranscrite en annexe 2.

Ce questionnaire ne permet pas des mesures statistiques ; les conditions de déroulement des entretiens n'ont pas été rigoureusement identiques, l'échantillon n'est pas représentatif... mais nous avons été très bien accueillie, par des orthophonistes aux opinions variées, et soucieux de trouver des réponses à toutes ces questions.

C'est sur la diversité des réponses obtenues que nous allons nous appuyer. Elles ont largement contribué à enrichir notre recherche, chacun avec son avis singulier.

### Introduction

Il est difficile de définir un métier par son seul contenu. On peut lister les différents champs d'action, et ainsi obtenir l'officiel " décret de compétences des orthophonistes ". Mais à propos des limites, nous en sommes toujours au même point, elles ne sont pas abordées, et nous tâtonnons à trouver " jusqu'où " le métier va, dans toutes les directions.

La TDM nous offre ici une grille d'analyse; elle nous rappelle que ce qui compte, ce sont justement les limites, pour définir toute chose. C'est dans un système complexe d'oppositions que se crée la définition d'une réalité, quelle qu'elle soit. C'est d'ailleurs ainsi que nous pensons le monde, chaque mot s'arrêtant là où commence un autre.

Autrement dit, en ce qui concerne le métier, l'orthophoniste n'est pas un psychothérapeute, ni un instituteur, ni un ergothérapeute, ni un éducateur, ni un médecin, ni un neuropsychologue, ni un psychomotricien, ni d'autres encore. La profession se définit implicitement par la négative avant de viser un quelconque contenu positif.

Dans un service hospitalier ou dans un centre, une équipe éducative et/ou soignante travaille auprès du patient. Les prises en charge font l'objet d'une décision collective. Le rôle de chaque professionnel peut être discuté avec son voisin, du fait de la proximité. Les actions de chacun sont le fruit d'un consensus, d'une négociation.

La plupart des établissements fonctionnent avec des réunions de synthèse qui permettent des échanges réguliers entre les différentes prises en charge d'un même enfant. Ce système permet de toujours proposer des séances adaptées en fonction des hypothèses que les professionnels élaborent ensemble au sujet de cet enfant. L'orthophoniste peut intervenir auprès d'un enfant suivi par le psychologue sur demande de l'équipe, et réciproquement.

De plus, le travail en équipe favorise la connaissance des compétences professionnelles et personnelles de chaque membre. Les indications sont d'autant plus adaptées et efficaces. La confrontation avec les autres renforce les compétences de chacun.

## 1) Les orthophonistes en libéral et les autres professionnels

### Les multiples définitions de l'orthophoniste

En libéral, la situation est bien différente. Le questionnaire soumis à onze orthophonistes en libéral contient une partie de définitions. Nous leur demandions de définir l'orthophonie en libéral.

Six orthophonistes sur onze ont répondu spontanément qu'être en libéral, c'était avant tout être seul.

*“ Je définis par négation, par absence d'interdisciplinarité. ” (t.3)*

*“ On est seul. On a une responsabilité. On doit faire l'effort de se mettre en relation avec les autres intervenants sinon on réduit notre champ d'action. Ça permet de mieux comprendre l'enfant parce qu'en séance ça peut être un peu artificiel[...] Le libéral a ses limites parce qu'on n'aura pas tout de suite un autre intervenant à côté. Il faut faire l'effort de s'ouvrir à l'extérieur. ” (t.5)*

*“ On est assez seul. Ça a du bien et du pas bien. Du bien, on est totalement libre et responsable de ses actes, en même temps ça me paraît important de pouvoir reprendre son travail ailleurs. ” (t.6)*

Cette solitude pèse à deux niveaux.

Au niveau du soutien du professionnel, qui doit assumer seul ses actes, comme le dit l'orthophoniste ci-dessus. Le diagnostic, le choix de l'orientation thérapeutique ne repose que sur une personne, elle doit donc être sûre de ses décisions, même si parfois l'expérience et les connaissances théoriques ne semblent pas suffire à résoudre un cas complexe.

En effet, la **responsabilité** est une caractéristique que la pratique libérale augmente. Certains y voient une contrainte, cette responsabilité “ pèse ” sur leurs épaules, et ils préféreraient partager ce poids au sein d'une équipe pluridisciplinaire. D'autres y voient une grande liberté, une fierté aussi, de pouvoir agir selon leurs compétences, sans contrainte d'une autorité supérieure, auprès de l'enfant, et les décisions ne leur font pas peur.



Les enjeux et les rencontres reposent sur une seule personne en libéral, c'est l'orthophoniste qui reçoit les parents dès le début, qui peut avoir des liens avec l'école. Il est référent des difficultés de l'enfant, il le *prend en charge*. Bien sûr le médecin traitant a aussi sa part de responsabilité, mais par son ordonnance, il a donné pouvoir à l'orthophoniste pour ces difficultés. Nous le verrons plus loin, le pouvoir est relatif, et les parents sont là pour rappeler à l'orthophoniste qu'il ne sera pas tout-puissant auprès de leur enfant.

Cette responsabilité qui nous est conférée nous touche sur le plan 3, c'est un statut social que nous avons, nous sommes compétent pour assumer cette fonction. Mais elle nous attend aussi sur le plan 4, dit éthique, et nous remet en question sur nos capacités personnelles.

L'autre niveau où la solitude peut peser est celui de l'enfant qui a affaire à des professionnels peu coordonnés parfois quand ses problèmes nécessitent une prise en charge multiple ou une réorientation vers un autre professionnel.

Heureusement, les orthophonistes trouvent également des bénéfices dans leur exercice en libéral.

*“ Nous avons une liberté d'action car souvent le médecin a une mauvaise connaissance de nos actes, et en ville nous avons le choix des pathologies que nous voulons traiter. ”* (t.11)

*“ La liberté de choisir ses partenaires, ses patients, son travail. ”* (t.10)

*“ comme un généraliste, tous les cas à résoudre. ”* (t.9)

*“ C'est plus diversifié. ”* (t.4)

*“ L'intérêt c'est que les diverses rééducations se complètent et aussi s'enrichissent les unes par rapport aux autres. Il y a tout un jeu d'inter-relations entre les différentes rééducations. ”* (t.2)

Si l'exercice de l'orthophonie dans un établissement donne confort, sécurité et soutien, il implique également une contrainte institutionnelle non négligeable. En effet, les réunions de synthèse peuvent devenir insipides par lassitude, les professionnels voisins peuvent paraître mal indiqués pour certains enfants qui leur seront pourtant envoyés...

Les orthophonistes interrogés en libéral apprécient la distance prise avec ce système parfois contraignant.

Les orthophonistes soulignent également à travers leurs témoignages la richesse d’agir au sein d’un champ de compétences large, puisque les troubles du langage concerne des populations d’âges et de pathologies très divers.. Ils abordent et traitent le langage par des biais différents, et cette interaction donne à l’orthophoniste une réflexion multidirectionnelle sur le langage, ses troubles, et sa rééducation.

Nous avons également demandé aux orthophonistes de se définir, en leur proposant les termes de technicien, rééducateur, thérapeute, praticien. Nous souhaitions par cette question percevoir chez chacun son penchant pour une approche psychologique des troubles ou pas. Il nous semblait également important de commencer par leur demander de se définir, de se positionner eux-mêmes avant de donner leur avis sur une autre profession.

Exercice difficile, puisque le terme le plus adéquat est bien sûr “ orthophoniste ”! Les réponses ont été variées, mais jouaient en fait sur l’interprétation de ces mots, plus que sur le sens, car les explications aboutissaient à une même idée chez tous. L’un d’eux l’a exprimée ainsi:

*“ Praticien, ça fait un peu médecin. Thérapeute, ça fait un peu psy. Technicien, c’est un peu réducteur. En même temps, on a des techniques à poser. Rééducateur ça me plaît pas bien parce qu’on dirait qu’on va réparer et je ne crois pas qu’on soit là pour ça... orthophoniste! ...entre thérapeute et technicien... un peu des deux. ” (t.6)*

Le terme “ entre ” est essentiel, il montre encore ici qu’il n’est pas possible de se définir positivement. Chez tous nous avons bien saisi l’idée d’un mélange de toutes ces notions, orthophonie au carrefour de la relation (nécessaire pour que la rééducation ait de l’effet), du technique, d’un certain aspect normatif mais aussi dans la perspective d’une évolution adaptée au patient, un accompagnement.

Si le terme de rééducateur ne plaisait pas à certains pour sa signification de “ redressement pour un retour à la norme ”, d’autres l’ont choisi comme incluant les fonctions techniques et thérapeutiques.

Une orthophoniste rappelait également la dénomination canadienne traduite littéralement de l’anglais “ speech therapist ”: thérapeute du langage. Ici, la fonction relationnelle est présentée d’emblée, dans le nom même de la profession.

Nous percevons bien, dans la disparité des réponses, que l'orthophonie est dans une sorte de mouvance aux frontières souples, et que le patient ou le professionnel peut tirer les limites dans un sens ou dans un autre, nous verrons plus loin en fonction de quels critères.

Quelle que soit sa manière de travailler en libéral, l'orthophoniste ne travaille jamais seul puisque dès le départ la consultation n'est possible que sur la prescription d'un médecin.

De plus, les parents rapportent en séance le vécu scolaire de l'enfant (la plupart du temps cause de la consultation), ce qui amène souvent l'orthophoniste à collaborer avec l'instituteur pour le soutien le plus adapté à l'enfant en difficulté.

Si les médecins généralistes et les instituteurs sont des partenaires quasi systématiques et indispensables à une prise en charge de qualité pour l'enfant, qu'en est-il des psychothérapeutes?

### Les relations avec les psychothérapeutes et les définitions du travail du psychothérapeute

A notre question sur le partenariat avec des psychothérapeutes, afin de savoir si chacun était suffisamment informé du travail de l'autre, tous les orthophonistes nous ont d'abord répondu par un silence, témoignant d'une gêne (au plan 3 de la TDM, montrant la difficulté du professionnel à se donner une identité positive), mais surtout d'une déception (au plan 4, le professionnel n'est pas satisfait, il n'obtient pas ce qu'il attend), puisque, en effet, le dysfonctionnement est peut être là.

Ils sont bien conscients que leur position en libéral requiert des efforts dans la communication interprofessionnelle, mais ils souhaiteraient souvent que le psychothérapeute s'investisse lui aussi dans l'échange.

*“ J'ai pas tellement été en rapport avec des psychothérapeutes qui suivaient des enfants. Quand on me demande, j'ai quelques adresses, ça m'est arrivé des fois quand même. ” (t.2)*

*“ C'est quelque chose qui manque énormément. On est un peu chacun dans notre tour. On essaie d'avoir des ramifications mais c'est toujours difficile d'avoir des communications*

*efficaces. J'ai des contacts avec un psychomotricien, un pédopsychiatre, un psychologue, un kiné et un ostéopathe. ” (t.3)*

*“ Est-ce qu'on fait l'effort en libéral? J'avais reçu une psychomotricienne qui s'installait et finalement on n'y connaît pas grand chose. J'ai surtout des contacts avec les médecins. Le psy, je fais beaucoup de compte-rendus. Une fois, une m'a répondu. Je m'adresse plus facilement à elle. [...] Il n'y a pas assez de lien pour discuter des cas. ” (t.5)*

*“ Quand on parle de psychothérapie, moi je donne aussi des noms de pédopsychiatres, pour des questions de remboursements. Ça change beaucoup de choses parce qu'on n'envoie pas forcément vers la personne qu'on veut. ” (t.1)*

*“ En général je contacte le psychothérapeute par téléphone qui me fait un tableau de ce qu'il a pu repérer et qui me précise en général où il attend que mon activité intervienne. Et à l'inverse, c'est la même chose, un mot ou le téléphone pour décrire ce qui me gêne précisément pour ma rééducation. ” (t.4)*

*“ J'ai un réseau. Moi ayant fait une analyse, je sais bien les différences entre psychanalyste, psychothérapeute, psychiatre, pédopsychiatre, donc je peux orienter en fonction de ce que je ressens de la famille, de ses possibilités financières, de ce que je connais des thérapeutes. J'ai des contacts avec eux quand ils le souhaitent ou quand je le souhaite. C'est pas toujours facile, c'est pas toujours bon non plus parce que quelquefois l'enfant arrive avec l'étiquette donnée par un autre thérapeute, on n'a pas l'esprit libre. Donc je suis pas sûr qu'il faille toujours avoir des contacts. ” (t.6)*

A travers ces divers témoignages, nous sentons que ceux qui sont le moins à l'aise à parler de psychothérapie à nous comme à leurs patients sont ceux qui ont les liens les plus distants avec les psychothérapeutes. Cela se fait donc en toute logique, on gère mieux la communication avec les gens dont on connaît et reconnaît le travail et l'aide qu'ils peuvent apporter à nos patients.

Les orthophonistes nous ont donné deux causes à une indication de psychothérapie (consécutive à un bilan et des séances d'orthophonie):

- Des troubles d'ordre psychologique entravant le langage oral ou écrit. La demande est de réduire ces troubles pour que l'enfant trouve de la place pour ses apprentissages malgré ses préoccupations.

- Des troubles psychologiques consécutifs aux troubles du langage. Par exemple une dyslexie peut entraîner une inhibition, une perte de l'estime de soi, ou un comportement agité pour compenser... Par une psychothérapie, l'enfant va essayer de comprendre ses difficultés et de les accepter. Il s'agit alors de tenter d'enrayer “ *l'engrenage de l'échec généré par le trouble* ” (t.11), et de limiter la souffrance liée au symptôme.

Il est clair que dans ce cas, le trouble du langage ne se réduit pas par la psychothérapie (ou alors le trouble était un symptôme). Celle-ci permet à l'enfant de retrouver confiance en lui. Il devient alors dynamique dans la relation et dans les efforts à fournir, permettant aux séances d'orthophonie de prendre leur pleine valeur.

Il importe que l'orthophoniste qui conseille un suivi psychothérapique puisse préciser au thérapeute ce qui l'empêche d'avancer afin que les actions de chacun soient cohérentes, en particulier si le patient suit une prise en charge double (c'est-à-dire si l'orthophonie et la psychothérapie sont effectuées en parallèle et non l'une après l'autre dans le temps), comme en témoigne cette orthophoniste:

*“ A un moment donné, le symptôme va prendre tellement de place que moi j'ai bien conscience qu'il faut un travail d'un autre ordre, au niveau vraiment de l'individu en tant que tel, de son psychisme. Ce que j'attends du psychothérapeute, c'est qu'il essaie d'être aide et guide par rapport à cet enfant-là d'un point de vue plus psy. C'est-à-dire d'établir une relation, d'essayer de travailler avec l'enfant pour recadrer le symptôme par rapport à la personnalité et par rapport à la famille évidemment, c'est toujours un triangle. Voir comment aussi le parent s'accommode et accepte le trouble de l'enfant, comment il s'ajuste face au déséquilibre, à l'échec scolaire s'il y en a un. Ce qui est idéal parfois, c'est de travailler avec un suivi en parallèle, parce qu'on peut être dans le spécifique de l'orthophonie, on sait que tout ce qui est au niveau du sujet, c'est abordé au niveau de la prise en charge psychologique. ”* (t.3)

Voici d'autres réponses à la question de ce que peut faire un psychothérapeute auprès d'enfants, en particulier adressés par un orthophoniste.

*“ Le psychothérapeute est davantage dans le relationnel, dans ce qui fait que le langage ne peut pas être utilisé de manière optimale pour une communication efficace et pour une raison autre qu'un problème lié spécifiquement au langage, à la parole ou à l'articulation[...] le but*

*étant que la personne se sente à l'aise dans sa communication et dans son vécu.[...] Ça passe par beaucoup de jeux chez l'enfant. ” (t.4)*

*“ La technique je ne la connais pas forcément en détail. ” (t.5)*

*“ Une relation d'aide. Je ne sais pas, je n'y ai jamais assisté. ” (t.8)*

*“ Des entretiens, des jeux, des dessins, je pense. L'enfant doit être motivé. Chez l'orthophoniste, le but est clair. Chez le psy, on sait pas trop quoi dire, quelle finalité.” (t.9)*

*“ L'enfant va moins mal. Il traite la souffrance derrière le symptôme.” (t.11)*

*“ La psychothérapie doit être un lieu d'échange, d'écoute, de partage de l'expérience de celui qui vient pour une relation d'aide. Il (le psychothérapeute) va être dans l'analyse et dans l'interprétation de ce qu'il voit.” (t.6)*

Nous avons été surprise de rencontrer des orthophonistes qui nous expliquaient de manière claire les raisons d'une indication de psychothérapie et ce que l'enfant pourrait y faire, tandis que d'autres semblaient embrouillés.

Nous le voyons et le verrons encore, que les réponses des orthophonistes dénotent des raisonnements différents autour du sujet, du symptôme qu'il présente, et chaque professionnel est cohérent dans son témoignage qui traite de ces problématiques.

## ***2) La gestion concrète de la frontière avec la psychothérapie***

Nous avons vu que le langage et l'état psychique d'une personne sont très liés. Les orthophonistes définissent les psychothérapeutes comme ceux qui vont justement aider le patient dans ses problèmes de personnalité.

Mais le langage n'étant concrètement pas découplable, comment faire la part des choses? Le symptôme cache un problème de quel ordre ?

## Des indices sur lesquels s'appuyer

Les orthophonistes ont peiné à donner des critères nets, mais au fil des exemples de chacun et des adjectifs formulés, se sont dégagés des indices non linguistiques. La première orthophoniste interrogée les a résumés ainsi : “ *le comportement, l'affectif, l'échec* ” (t.7)

Essayons de développer et d'analyser plus longuement ce qui peut poser question à un orthophoniste quant à la justesse de l'indication.

Tout d'abord, ce qui touche à un **comportement** surprenant, dans le sens de l'agitation ou du repli.

“ *un problème de rivalité fraternelle qui est dans sa tête constamment et l'empêche de progresser, si je sens qu'il y a entre les parents et l'enfant des incompréhensions, des choses qui tournent pas rond* ” (t.1)

“ *un enfant un peu nerveux par exemple ou il semble impatient, quand l'enfant n'arrive pas à admettre ses erreurs, des choses comme ça* ” (t.2)

“ *quand la plainte du sujet lors du bilan se pose dans d'autres domaines que le langage : je le comprends pas bien, il écrit mal ses phrases et puis le soir il veut pas s'endormir et à l'école il est très turbulent, ou très inhibé... [...] si je me rends compte qu'il a une attitude de repli.* ” (t.4)

“ *quand l'enfant est très immature, instable avec des problèmes de comportement, quand il y a un blocage indéterminé, un refus de rééducation, une opposition* ” (t.9)

“ *enfant sans problème de langage mais trouble du comportement[...] Le problème n'est pas là : difficulté de contrainte, de cadre, de curiosité.* ” (t.11)

Il faut également tenir compte des interactions familiales, en particulier avec les parents. Il s'agit là de la **dimension affective** et là, la dimension de symptôme prend sa pleine valeur : exprimer par des maux ce qui ne peut se dire.

“ *à la fois par rapport à l'enfant et à la famille. Par exemple un enfant avec lequel on voit que ça ne progresse plus, il y a des choses à faire mais l'enfant n'a plus de demande élaborée* ”

*donc là je me pose la question d'où on en est. Il y a aussi tout ce qu'on peut percevoir de la famille, de la mère, du père, des parents qui se sentent coupables, en compétition avec nous par rapport à leur enfant. Et aussi à partir du moment où ils pensent qu'on est trop dans le savoir. "*  
(t.3)

*" les relations avec les parents " (t.5)*

*" quand ça se sent, y'a un malaise, les parents en parlent " (t.8)*

En dehors des indices que l'enfant ou les parents apportent de l'extérieur (et qui apparaissent parfois également en séance), l'orthophoniste peut remarquer au cœur de la rééducation que quelque chose interfère, mettant le travail en **échec** :

*" si on piétine, on cherche s'il y a quelque chose derrière ça, si je vois que ça n'avance pas. " (t.1)*

*" une souffrance qu'a l'enfant, on la voit, à travers des tas de choses, quand on le voit évoluer, si ça bloque " (t.5)*

*" ce qui nous renseigne, c'est la progression de l'enfant. On les repère, les enfants " borderline ". Quand ça n'avance pas " (t.10)*

*" quand on commence à sentir qu'il a un nœud, que ça n'avance pas " (t.6)*

On peut considérer qu'une absence de progression dans la rééducation dénote une indisponibilité à tirer des bénéfices des séances. La psychothérapie pourrait alors trouver et délier ce nœud qui empêche l'enfant d'avancer, malgré des conditions optimales.

## L'aisance du professionnel comme repère

Un orthophoniste se propose lui-même comme indice de référence d'une rééducation qui fonctionne bien ou qui pose problème.

*" je crois qu'il y a un indice important, c'est votre propre ressenti dans la rééducation. Dès que vous vous sentez angoissé, débordé. " (t.6)*

Il fait appel à son ressenti ( ses inquiétudes ou doutes, nous sommes au plan 4 de la TDM) pour déterminer l'efficacité du travail. Cela suppose de considérer la relation patient /orthophoniste comme facteur premier de la prise en charge.



*“ J’essaie d’accueillir la globalité du sujet, du symptôme qu’il présente, mais je ne vais pas interpréter [...] on est là pour aider quelqu’un qui a un symptôme et ce symptôme s’inscrit dans sa vie, dans la globalité de la personne et on est là pour l’aider à avancer, en cela c’est une relation d’aide, comme en psychothérapie, et puis ça va s’arrêter au moment où l’orthophoniste va sentir que ses propres limites sont atteintes. Il n’y a pas de limite définie. Je pense que la limite est imposée par la relation que l’on a avec le patient, par le patient lui-même, et par surtout la possibilité d’écoute et d’aide de l’orthophoniste. C’est en cela qu’il peut y avoir une différence, je pense. ” (t.6)*

On peut ici parler du phénomène de contre-transfert. Qu’est-on capable de supporter qui ne nuise pas au patient par ce que nous risquons de lui renvoyer ?

*“ moi dans ma relation je ne me sens pas aller plus loin avec le patient [...] je pense que je ne savais pas maîtriser son angoisse et la mienne. Je ne savais pas où il pouvait aller et ce que je pouvais entendre au travers de ses plaintes. ” (t.6)*

*“ c’est variable dans le temps. Ça dépend de comment on se sent à ce moment-là. Quand moi je me sens mal à l’aise, quand je sens que ça me dépasse, je ne peux plus aider l’enfant, j’oriente vers le psy[...] je le sens, et j’essaie de m’écouter aussi, voir où sont mes limites. Il y a un enfant avec qui je vais aller relativement loin parce que je vais me sentir à l’aise. Ça ne va pas me mettre en danger. ” (t.5)*

Une orthophoniste nous a, de cette façon, expliqué sa difficulté à parler de psychothérapie à ses patients, parce qu’elle même était alors très mal à l’aise.

*“ j’ai pas tellement affaire à ça et puis quand moi-même j’ai mis sur la table ce problème- là j’ai vraiment... ça n’a pas du tout marché. Donc je ne suis pas prête à repasser par ces choses- là. ” (t.2)*

Il ne s’agit pas de voir jusqu’où l’enfant nous suit, mais jusqu’où nous acceptons de suivre l’enfant, sans que cela nous coûte. Il peut alors être bon de le préciser à la famille, que nous n’ “ abandonnons ” pas l’enfant parce qu’il est trop pris dans ses problèmes, mais à cause de nos compétences limitées.

*“ ne pas faire ressentir qu’il y a quelque chose de lourd chez cet enfant nécessitant plusieurs intervenants mais peut être plutôt que chaque intervenant a une intervention limitée. C’est plus nos propres limites qu’on rencontre qu’un enfant forcément très en difficulté. ” (t.4)*

En bonne philosophe, une orthophoniste nous rassure :

*“ Difficile de savoir toujours garder sa place mais je pense que cette mouvance est nécessaire parfois pour savoir où on va. Ça redevient de l’orthophonie ou ça devient autre chose. Le fait d’instaurer une relation, on est forcément à la limite. ” (t.3)*

### Un bagage technique de l'orthophonie comme sécurité

Cette orthophoniste rajoute aussitôt :

*“ toujours garder en tête qu’on est des agents linguistiques. ” (t.3)*

Et elle n’est pas la seule, parmi les onze professionnels interrogés, à s’accrocher à la dimension technique de l’orthophonie, pour distinguer celle-ci de la psychothérapie. L’orthophonie a toujours en point de mire le langage, contrairement à la psychothérapie.

Nous croyons pouvoir dire qu’ils entendent par *technique* le savoir-faire qui spécifie notre profession. Nous avons appris un certain nombre de méthodes, de protocoles, de fonctionnements, et si nous ne les appliquons pas mécaniquement, nous les possédons. Ces techniques seront bien sûr à utiliser à bon escient, mais ce qui est important, c’est de ne pas les nier. C’est ce que nous appelons le savoir de l’orthophoniste, et il est indispensable.

C’est intéressant de noter que c’est l’orthophoniste ayant une formation de psychologue qui tient ce discours avec le plus de rigueur.

*“ Je me dis toujours où est la limite ? Surtout ayant fait une formation psy avant. Je m’interdis d’aller au-delà de ce que je me donne comme limite. Sachant que constamment je me balade quand même dans le psychologique.[...] En tant qu’orthophoniste, on va chercher au niveau perceptif (visuel, auditif) avant d’aller chercher la petite bête psy. On a quand même à être technique. Pas que ça. Mais l’orthophoniste doit avoir de la technique à proposer à son patient. Même si on n’emploie pas que de la technique, on doit en avoir sinon on n’est plus dans*

*l'orthophonie, quelle que soit la pathologie. Sinon on ouvre un cabinet de psychologie. C'est là qu'on voit avec le bégaiement que la psychothérapie a aussi des limites parce que je vois beaucoup de patients qui ont fait de la psychothérapie et ça n'a pas résolu le problème. ” (t.1)*

Une autre recadre la notion de symptôme, en précisant que notre travail se situe dans une visée de restituer la communication, mais que s'il faut aller au niveau de l'individu en tant que tel, ça n'est plus notre travail. “ *on va travailler sur ce symptôme-là, mais on sait que notre visée c'est la communication écrite et la communication orale ” (t.3)*

Parfois, il s'agit d'une indication mal posée. L'enfant qui vient n'a pas de trouble du langage, mais du comportement... alors le diagnostic est vite posé. “ *si on ne peut apporter au niveau technique, c'est pas notre domaine. ” (t.5)*

### **3) L'orthophoniste tend à se singulariser, au sein de sa profession**

Le professionnel déclare posséder un savoir et des compétences (déclaration sanctionnée par des études et un diplôme). La famille se présente avec une demande face à cette personne qu'elle conçoit comme à même de lui venir en aide par les services qu'elle propose.

#### Une approche personnelle

Les orthophonistes nous ont tous fait savoir que les réponses qu'ils pouvaient apporter au quotidien aux questions que nous leur posions étaient le fruit de leur expérience, de formations complémentaires et d'une part d'intuition. Autrement dit, c'est une réponse personnelle, singulière, qu'ils donnent au patient. Et le même patient aura autant de prises en charges différentes que d'orthophonistes qu'il consultera pour les mêmes symptômes.

Nous croyons que c'est une fierté pour chacun de se dire que nous avons notre touche personnelle dans notre approche du patient. Nous nous situons ici sur le plan 4, dit éthique, de la théorie de la médiation où se jouent les problématiques de désir et de manque.

Une orthophoniste disait : “ *je travaille dans la même vision, la même façon d'être que dans ma vie. ” (t.5)*

Nous avons tous envie d'être reconnus pour notre talent personnel, dans la vie en général, dans notre profession entre autres. Tout ceci est logique. Comme cette orthophoniste, les attitudes, les formations, les réactions que nous aurons seront particulières à nous-mêmes, et nous ramènent à la notion de contre-transfert déjà citée.

Mais toute cette empreinte personnelle, cette coloration dont nous teinterons notre pratique n'exclut pas le fait que nous sommes avant tout orthophoniste, et donc garant d'une proposition de services limités aux actes de la nomenclature officielle.

### L'adhésion à un métier

Situons-nous à présent sur le plan 3, dit social, de la TDM. On voudrait croire que notre action est unique auprès du patient, or il n'en est rien. Sur ce plan, nous ne sommes pas unique, mais remplaçable en cas de maladie, de départ, et nous ne devons pas croire que cela changera quelque chose pour le patient (toujours sur ce plan 3, entendons-nous bien). Le professionnel est interchangeable avec tout autre de la même profession.

Jean Gagnepain nomme cette particularité du métier : **l'anonymat**.

Le professionnel agit en professionnel, avec une distance par rapport à ce qu'il fait, et à la relation dans laquelle il s'inscrit. Cette notion est absolument indispensable, car elle protège le professionnel.

Imaginez que vous ne preniez pas cette distance de l' " anonymat " face au patient qui se présente ; vous voilà pris de compassion pour cet enfant qui souffre, qui doit avoir une vie tellement compliquée... et vous pourriez même en pleurer. Comment exercer correctement son travail dans ces conditions ?

C'est pourquoi la notion d'empathie est contradictoire avec l'anonymat, car il faut refuser de s'identifier à l'autre pour ne pas en arriver là.

Tout professionnel doit adhérer à cet anonymat, mais cela suppose de renoncer à la toute puissance. Nous possédons un savoir, celui de tout orthophoniste. Mais nous ne voyons l'enfant qu'à travers la grille de ce savoir, et de notre personne. Nous ne pouvons donc tout connaître de lui et prétendre tout pouvoir expliquer. " Ajoutons encore que le savoir du professionnel se révèle

nécessairement partiel. Il ne constitue jamais qu'un point de vue : il est construit à partir d'une certaine position, en l'occurrence une position de professionnel.[...] Par conséquent, le savoir du professionnel ne peut être total : c'est à nouveau l'impossibilité d'une position de toute puissance qui se trouve soulignée, sachant que le professionnel y tendrait spontanément, entraîné qu'il est par la dimension du métier en lui. ”<sup>40</sup>

Nous avons pu, dans cette partie, définir la spécificité de la pratique orthophonique sur le terrain, grâce aux témoignages.

Notre travail est théoriquement différent des psychothérapeutes, et, nous pouvons maintenant le dire, notre pratique est également différente, bien que parfois il y ait des aspects communs. Nous avons analysé ce que les professionnels nous disaient de leurs limites théoriques, penchons-nous à présent sur la manière dont se déroulent les diverses situations possibles, face à ces différents orthophonistes. Cela nous donne des situations concrètes, des exemples de ce qui peut se vivre au quotidien.

---

<sup>40</sup> QUENTEL, *Le parent*, p.175.

## D- L'accompagnement de la famille (des parents, de l'enfant)

Quel que soit l'avenir du patient dans la sphère thérapeutique (bilan sans suivi, orientation chez un autre professionnel...), l'orthophoniste accueille l'enfant dès leur première rencontre, et va l'accompagner, dans quelque direction que ce soit.

Certains orthophonistes s'attachent ainsi à impliquer les différents protagonistes, dès le départ, à se " mouiller ", pour qu'ils aient leur part dans le processus thérapeutique, et éviter la consommation qui n'aboutirait pas.

*"Quand je définis mon travail aux enfants, je dis que je suis une aide ou un guide. Les parents comme l'enfant doivent élaborer une demande et après je réponds à ça. "* (t.3)

*" L'accompagnement, c'est patient-dépendant. D'abord, ça me paraît évident qu'avant toute prise en charge, les parents soient acteurs de la prise en charge, donc moi j'essaie, dans la mesure du possible, de rencontrer le papa et la maman. Que les parents soient porteurs du travail de leur enfant, et de l'histoire aussi, que je ne cherche pas à les isoler de leur enfant, que je cherche à travailler avec leur enfant, donc avec eux. "* (t.6)

Quand chacun se sent responsable, le professionnel, l'enfant et les parents, on peut amorcer une démarche. Il faut ensuite entretenir cette volonté de dialogue et de communication : se donner le temps d'expliquer, de comprendre.

*"C'est vrai que je travaille beaucoup avec les parents. Je fais des entretiens avec les parents assez régulièrement "* (t.3)

Mais cette disponibilité parent-orthophoniste doit aussi exister vis à vis du patient. Ne pas se lancer dans une rééducation et voir au bout de dix séances où il en est... plutôt garder une oreille attentive aux évolutions constantes du sujet pour s'adapter et répondre à sa demande présente.

*« Je demande souvent à l'enfant comment il perçoit les choses mais c'est pas facile pour un enfant de parler de ces choses-là »* (t.3)

Ce n'est pas facile pour un enfant, ni même pour un adulte, de lâcher prise sur certaines choses, de bien vouloir les confier à quelqu'un d'autre, les mettre à nu. Cela demande d'être accueilli dans un espace sécurisant, et auprès d'un professionnel présentant les qualités de relation d'aide énoncées plus haut.

*“ Donc c'est beaucoup de relationnel, beaucoup d'écoute, beaucoup d'attention, et beaucoup de..., de se mettre à une écoute authentique de celui qui est en face de soi, en se disant qu'on ne peut pas l'emmener là où il n'a pas envie d'aller. Il ne peut vous donner que ce qu'il a donc il ne peut pas forcément tout de suite et rapidement s'ouvrir, parler de ses propres difficultés, souffrances, je crois que ça met du temps et que ce temps fait partie de l'accompagnement. Je pense que c'est le temps et l'écoute. ” (t.6)*

Nous cherchions à comprendre quelles dispositions prenaient les orthophonistes pour parler de quelque chose de parfois inquiétant, la psychothérapie. Nous avons vite réalisé, c'est ce que nous venons de montrer, qu'il n'y avait pas un comportement spécial, le professionnel est aux côtés de la famille dès la première rencontre, et tout le temps nécessaire, même dans les rééducations qui paraissent simples, il y a accompagnement et attention portée sur la famille.

### **1) Les difficultés rencontrées**

Une famille en difficulté s'adresse à nous pour l'aider dans sa souffrance. La demande qu'elle formule est pour nous, de profession d'orthophoniste, et pour nous, personnellement, Madame Unetelle. C'est flatteur, bien sûr, de pouvoir apporter quelque chose, un soutien, une aide, peut-être même une solution à cette famille. Mais si la demande ne correspond pas à nos compétences ?

### **L'ambition de vouloir répondre à la demande**

Faut-il accompagner cette famille si nous ne pouvons lui proposer une réponse adaptée, au niveau que nous appelons technique ? Il n'est pas toujours évident de répondre à cette question dans la pratique.

*“ les parents nous ont choisi comme thérapeute. (Ils peuvent éprouver de la ) réticence à transférer l’investissement sur quelqu’un d’autre.(Il faut prendre de la ) distance pour éviter la fusion ” (t.11)*

Il faut se méfier, donc, de ce que la famille investit sur nous pour pouvoir s’en détacher si nécessaire, mais il faut faire attention à ce que cet investissement fait résonner en nous. Car cette demande pressante formulée par une personne souffrante, peut nous faire croire à une mission personnelle de la “ sauver ”. On risque fort alors de ne pas avoir les compétences répondant à la totalité de son problème.

Une orthophoniste a ainsi catégoriquement témoigné :

*“ Une famille s’adresse à vous, on doit être en mesure de s’en occuper. ” (t.7)*

Pour répondre à cette volonté personnelle, elle est récemment devenue psychothérapeute. Cela pose à nouveau la question de l’omnipotence du professionnel, et également celle de la psychothérapie comme meilleure réponse à tout problème...

Peut-être faut-il tout simplement s’avouer qu’on ne nous demande pas d’être capable de résoudre tous les conflits, ni de se sentir responsable de toutes les personnes qui entrent dans le cabinet.

*“Il faut être assez humble pour dire qu’il faut aller voir dans une autre direction ” (t.3)*

## Une certaine peur de la psychothérapie

Certains parents refusent d’aborder le sujet de la psychothérapie et posent cette décision d’emblée.

*“ j’ai eu des suivis parfois pas très évidents où dès le début on me disait “ de toute façon on nous a conseillé un CMP<sup>41</sup> mais nous on veut pas du tout d’approche psychologique, on veut pas voir de médecin, de psychiatre ”. Et donc, dans ces cas-là, j’ai quand même fait un suivi, ça m’est arrivé plusieurs fois. [...] si c’est un choix délibéré d’aller en orthophonie et pas une*

---

<sup>41</sup> CMP : Centre Médico Psychologique



*psychothérapie par les parents, il y a une certaine liberté des parents, donc il faut respecter ce choix-là aussi. ” (t.2)*

Cette même orthophoniste ne supporte plus de conseiller aux familles un suivi psychologique quand il est nécessaire, tant cela la met dans des situations délicates. Son témoignage se termine ainsi :

*“ on sait bien qu’il n’y aura pas de démarche psy, parce que ce n’est pas à la moindre difficulté qu’on va voir un psy ! Sinon quasiment tous les enfants iraient voir un psy. ” (t.2)*

Nous pouvons formuler deux hypothèses sur ce malaise : soit l’orthophoniste a reçu des cas très durs et elle ne se remet pas de ce qu’elle a vécu, soit elle se trouve mal à l’aise avec ces questions, les patients le ressentent, et la psychothérapie paraît “ dangereuse ” pour tous dans ce cabinet. Nous ne voulons pas juger ce que ressent cette orthophoniste, mais seulement remarquer que nous transmettons à nos patients beaucoup d’affects, et nous verrons plus loin qu’une autre professionnelle s’escrime, elle, à briser les tabous du monde “ psy ”.

L’orthophoniste, quand elle se pose la question d’une éventuelle psychothérapie pour son patient, va devoir en discuter avec l’enfant, avec les parents. Comment accompagner la famille dans ce cheminement, que faut-il faire ou ne pas faire ? Comment assumer ce message parfois dur à entendre ?

## **2) *La proposition de psychothérapie***

Nous croyons que les séances d’orthophonie sont assez rassurantes pour des personnes en difficulté. Le terme est à la mode, et ça ressemble à du parascolaire. Mais entrer dans le monde de la psychologie fait encore peur à beaucoup de gens, qui l’associe à la folie et autres délires psychiatriques. On aborde le domaine de la maladie, que les parents avaient évité jusque là.

La démarche est propre à la personnalité de chaque orthophoniste et à la famille rencontrée. Elle se tisse au cours des temps de discussion. C’est un processus lent qu’il ne faut surtout pas brutaliser, précipiter.

*“ En faisant un petit quelque chose à chaque séance ou du moins assez souvent, en disant que les choses ne bougent pas parce qu’il y a peut-être un lien avec telle ou telle chose. ” (t.1)*

*“ je le formule dès que je le ressens, en laissant les choses faire leur chemin.[...] En parler plusieurs fois, que le parent comprenne bien le sens de notre démarche, sans créer d’inquiétude particulière. ” (t.4)*

## La perception de l’annonce par les parents

Les avis divergent quant à la réceptivité des parents à la demande d’une consultation psychologique.

L’une pense qu’il faut préparer les parents et sentir qu’ils sont prêts.

*“ Quand je leur propose de prendre un rendez-vous en pédopsychiatrie, c’est que j’ai l’impression, c’est très intuitif, disons que je me permets de leur dire. Il y a des gens avec lesquels je ne me permets pas de dire parce que c’est, ça ne servirait à rien, ils ne sont pas prêts à l’entendre, ils ne sont pas au stade de faire cette démarche-là. ” (t.3)*

Une autre ne se sent pas la responsabilité de cette démarche, considérant que les enfants arrivant en orthophonie sont la plupart du temps le fruit d’une indication juste, et c’est donc à l’école de détecter cela. Elle considère les parents comme libres de leur choix, et par conséquent les laisse cheminer “ librement ”.

*“Il faut laisser aux gens la liberté de faire cette démarche par eux-mêmes et pas les pousser spécialement. Dans le cas des enfants, c’est pas toujours facile. Je suis un peu dans le flou, c’est compliqué pour beaucoup, je crois. ” (t.2)*

La troisième vision des parents que nous vous proposons est celle d’une orthophoniste qui souhaiterait que l’on arrête de faire de grands mystères autour de choses simples, car ce sont parfois les professionnels qui véhiculent l’angoisse, et croient les parents incapables d’entendre la réalité.

*“ J’en parle et puis voilà. [...] En général, on n’en parle pas donc on dit qu’ils ne sont pas prêts, le généraliste n’ose pas en parler et je crois que c’est ses propres peurs aussi, on projette des choses, ses propres peurs sur les parents des enfants. Si les parents sont complètement opposés, j’y peux rien mais au moins j’en aurais parlé. Si on n’en parle pas, si c’est un sujet tabou, c’est évident que les parents vont en avoir peur. Ça garde un aspect mystérieux, et les gens en ont peur parce qu’il ne connaissent pas, parce qu’on en parle de façon compliquée. Moi ça ne me fait pas peur d’en parler. Je préfère en parler plutôt que de ne rien dire. ” (t.5)*

Cette orthophoniste insiste sur la responsabilité des professionnels, sur l’impact de leurs paroles, dont il faut tenir compte. Elle affirme que les patients répondent positivement à sa franchise et à sa sérénité sur ces démarches.

*“ Je n’ai jamais eu de refus. Les gens comprennent. C’est vrai que des parents ne vont pas faire la démarche tout de suite, mais ils sont prêts à entendre. A partir du moment où on leur cache pas, où on leur explique simplement. Les parents sont prêts à tout entendre. Quelquefois ils font trop confiance au domaine médical donc il faut pas dire n’importe quoi. ” (t.5)*

A travers ces trois visions, on sent encore de manière forte à quel point on projette sur les autres ce que soi-même on vit et pense.

Les parents sont tantôt seuls devant la démarche, tantôt accompagnés mais responsabilisés, ou bien accompagnés et prévenus en temps voulu. Trois rapports à la psychothérapie, que les familles vont donc devoir aborder fort différemment selon le professionnel !

Comment s’y prendre, pour rassurer les parents, les informer, les responsabiliser ?

## Les points essentiels de l’accompagnement

### Déculpabiliser

L’orthophoniste qui a fait le choix de tout dire aux parents insiste sur un point qui nous paraît en effet essentiel : déculpabiliser à tout prix les parents.

*“ faut pas être agressif, évidemment, et il faut faire attention à les déculpabiliser, déjà, à bien leur expliquer que c’est pas eux en tant que parents qui sont remis en cause, mais c’est parce que leur enfant souffre et que eux doivent justement garder leur rôle de parent et pas forcément tout comprendre et tout assumer tout seuls et qu’il faut se faire aider. Leur enfant n’est pas pour autant fou non plus. Il faut repréciser les peurs et en discuter avec eux. Pour qu’ils sortent de là en ayant un peu mieux compris pourquoi je leur ai proposé ça. ” (t.5)*

### Expliquer, et impliquer les parents

Le deuxième point qui paraît capital dans cette annonce est de se faire bien comprendre des parents. C’est-à-dire que les parents doivent réaliser le bien-fondé de la proposition. Ils ont délégué leur responsabilité auprès de nous, mais ils ne sont pas totalement déresponsabilisés pour autant : les parents doivent rester impliqués dans le soutien à leur enfant. Ils ne subissent pas la volonté d’un professionnel ; ils réalisent, avec l’aide d’un professionnel, la teneur des problèmes de leur enfant, et cherchent ensemble le traitement le plus bénéfique.

Pour que ce soit possible, l’orthophoniste ne doit pas être considéré comme la personne détenant le savoir. Le professionnel devra donc se détacher de cette position, et les parents devront travailler à porter un autre regard sur cette personne qui les accompagne. Alors tous seront prêts à réfléchir sur le problème qui a généré la consultation.

Une orthophoniste se dit protectrice des parents et les aide à réfléchir par la formule :

*“ Moi, j’ai besoin de l’avis d’un psychologue... et vous, réfléchissez pourquoi j’ai dit ça. ”*  
(t.10)

Les parents, après un temps de réflexion, peuvent alors apporter des éléments nouveaux qui aideront à préciser les hypothèses.

*“ (On peut aussi leur) renvoyer la question, (afin de connaître) leur réponse à eux, parents, (et) remonter dans le temps, depuis combien de temps... montrer que l’enfant souffre, que ce n’est pas facile pour lui. ”* (t.11)

Par des discussions, des interrogations, des hypothèses, l'interaction entre l'orthophoniste et les parents permettra de prendre une décision, quelle qu'elle soit, négociée et assumée par chacun. Pendant tout cet accompagnement, l'orthophoniste garde à l'esprit les notions de déculpabilisation, responsabilisation, accompagnement, et bien sûr respect.

Finalement, l'annonce n'est pas toujours bien perçue, et certains parents la refusent, parfois avec agressivité. Alors avons-nous eu raison d'en parler ? Aurions-nous dû éviter le sujet ?

Si nous avons respecté les quelques points ci-dessus et si nous avons agi selon notre ressenti, nous pensons que la discussion n'a pas été inutile. Une orthophoniste considère que l'accompagnement de la famille, entre autres vers une psychothérapie, fait partie de nos fonctions.

*“ En général ça s'est bien passé. Pas toujours, on peut pas généraliser. Une fois qu'on l'a proposé et qu'on a orienté, donné un nom, on a fait notre travail. ” (t.4)*

A partir de cela, la réaction abusive ou inadaptée des parents doit nous faire réfléchir, mais ne pas forcément remettre en cause notre manière de travailler.

### **3) La proposition d'orthophonie**

L'enfant qui consulte pour un bilan en orthophonie vient sur prescription d'un médecin . Ce qui a donc été indiqué pour les problèmes de cet enfant est donc a priori du registre de l'orthophonie. C'est pourquoi, dans la majorité des cas, la prise en charge résultant du bilan est une prise en charge orthophonique.

*“ Généralement, les personnes que l'on m'adresse relèvent de l'orthophonie, donc l'indication est bonne au départ ” (t.2)*

C'est parce que ce n'est pas toujours le cas, de manière catégorique ou incertaine, que nous avons posé le sujet de ce mémoire.

## Les doubles prises en charge

Cette orthophoniste continue :

*“ Des fois il y a des doubles prises en charge, des gens qui sont déjà suivis en psychothérapie et qui viennent me voir. ” (t.2)*

La plupart des orthophonistes nous ont parlé de ces doubles prises en charge que nous avons expliquées plus haut. Apparemment cela se fait souvent, et c'est plutôt bien accepté dans la mesure où le rôle de chacun est bien expliqué, et où l'enfant ne s'y perd pas.

Nous nous demandons si ces doubles prises en charge ont lieu parce que l'enfant a besoin de ces deux accompagnements spécifiques, ou bien si parfois elles résultent d'une inadaptation de nos métiers à répondre à certains cas. Nous pensons ici à la TLC qui dit justement répondre à ce vide dû à la frontière de deux métiers. La double prise en charge aurait alors pour rôle de donner la chance à l'enfant de trouver son compte comme il peut en jonglant entre deux propositions, pour finalement trouver solution à son problème dans l'un ou l'autre des lieux, à défaut d'en avoir un parfaitement adapté. Ce sont ici des hypothèses que nous soulevons...

## L'orthophonie « en attendant »

Nous posons à nos témoins la question suivante : pour quelles raisons peut-on choisir de garder l'enfant en orthophonie ? La question était sujette à plusieurs interprétations et n'avait pour but que d'alimenter le témoignage dans le sens que l'orthophoniste voulait lui donner. Finalement, nous avons pu en tirer une constatation particulière : la plupart des orthophonistes interrogés considèrent que les séances ne peuvent pas faire de mal, si le patient a des troubles du langage, même s'il y a autre chose.

*“ Dans la mesure où la personne est heureuse de venir et qu'il y a des troubles orthophoniques. ” (t.8)*

On peut interpréter cette déclaration de multiples façons : c'est un client de plus, c'est un challenge pour l'orthophoniste, c'est la réponse à la demande immédiate des parents, c'est accueillir les choses sans tout compliquer, c'est une étape...

Pour certains, c'est " en attendant ". Mais pour que l'attente d'une autre démarche ne tarde pas trop, l'orthophoniste passe contrat avec les parents.

*" Je continue à vous voir à condition que... " (t.10)*

*" Soit j'arrête la rééducation, soit on continue un peu mais il faut que les parents aient une démarche pour aller voir un psy, sinon on arrête. " (t.5)*

Certains parents repoussent éternellement l'engagement dans une autre direction, et il faut réussir à être franc pour les deux parties, se mettre au clair et expliquer qu'on ne peut pas progresser, ni même continuer, sans respect et honnêteté dans les démarches entreprises.

Des décisions et des confrontations pas toujours faciles à assumer.

#### **4) D'autres propositions**

Mais l'orthophoniste peut alors faire d'autres propositions à la famille, si celles qui étaient établies ne conviennent pas ou plus.

#### **L'intervention d'un autre professionnel**

Il peut s'agir de continuer avec un autre orthophoniste, s'il y a encore du travail à faire mais que la personnalité de chacun nuit à un climat propice à la rééducation.

Peut-être que le soutien dont l'enfant aurait besoin n'est pas de l'ordre de l'orthophonie, ni de la psychothérapie. On peut conseiller suivant les cas de la psychomotricité, de la kinésithérapie, de l'ostéopathie, du soutien scolaire... ou la consultation d'un médecin spécialiste.

Parfois, l'orthophoniste n'arrive pas à cerner le problème et sent qu'un seul avis n'est pas suffisant pour gérer l'enfant et sa souffrance. Il peut alors conseiller des centres où le bilan sera pluridisciplinaire, comme un CMPP<sup>42</sup> ou un SESSAD<sup>43</sup>.

## L'arrêt de toute prise en charge

Enfin, l'orthophoniste peut proposer aux parents de cheminer seul, soit parce que la famille est soutenue depuis longtemps et qu'elle paraît capable de s'essayer à se gérer seule, soit parce que les difficultés ne sont finalement pas énormes, et qu'un peu de souplesse et d'attention pourront sans doute suffire à résoudre les difficultés de l'enfant. Ce peut être également parce que l'orthophoniste n'arrive pas à faire comprendre certains faits aux parents, et qu'il veut donner du temps et du recul à la famille comme à lui-même, pour peut-être mieux rebondir ensuite.

*“ ça m'est arrivé d'arrêter une rééducation et de proposer à la famille de revenir, de garder une séance et de revenir dans six mois pour faire le point. Pour juste me dire que là je garde une ouverture parce que mon objectif serait plus de les envoyer vers un travail psychologique, donc je me garde cette séance-là pour essayer de voir où ils en sont dans leur cheminement. C'est arrivé une fois que lors de cet entretien, il y a eu “ mais qu'est-ce qu'on peut faire, maintenant ? ” ça avait permis aux gens de cheminer.[...] Je donne une porte de sortie à la famille et puis à moi. Ça me rassure, je ne les laisse pas repartir sans rien.” (t.3)*

Voici donc une solution trouvée pour ne pas “ abandonner ” des patients qui se sont adressés à nous avec une demande à laquelle nous n'avons peut-être pas su répondre entièrement.

L'orthophoniste ose avouer que ce moyen est rassurant aussi pour elle. Nous retrouvons ici la notion de responsabilité, exacerbée par le fait de travailler en libéral, une responsabilité entière, à assumer seul.

Il n'est pas facile dans cette situation de faire le choix d'arrêter la rééducation et de ne proposer aucun autre soutien. L'orthophoniste ne peut pas être sûr qu'il a raison, et il décide que c'est le mieux pour tous à un moment donné.

---

<sup>42</sup> CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique.

<sup>43</sup> SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile.



C'est pourquoi il est important de laisser des traces aux patients, des pistes pour le rassurer, pour nous rassurer, et pour en effet se rattraper si ça va plus mal.

*“ Donnez-moi des nouvelles... ”* (t.10)

Cette simple phrase est un étayage, elle fait comprendre au patient qu'on ne le raye pas de la liste, qu'on s'intéresse encore à son devenir, même si notre accompagnement en séance s'arrête.

Nous avons essayé d'envisager les différentes possibilités qui pouvaient s'offrir à nous, quand le cas d'un enfant pose problème. Ce sont toujours des décisions délicates à prendre, et ce n'est qu'avec le recul que l'on peut juger du bien-fondé d'une décision prise à un moment donné pour un enfant.

Si la profession en libéral pose la condition d'accepter d'être unique responsable des décisions, d'assumer seul ses choix, cela n'empêche pas de se faire aider, et de toujours mieux se former pour être compétent. Bien au contraire, il est vivement conseillé de ne pas s'enfermer, afin de garder un esprit critique et actuel sur sa manière de gérer les événements.

## E- Les lieux de réflexion de l'orthophoniste en libéral

Nous voudrions, pour introduire cette dernière partie, soulever les deux questions que l'orthophoniste doit garder à l'esprit et se poser pour toute prise en charge.

La première est la question déontologique, qui touche au métier, sur le plan 3. Il s'agit d'évaluer si on propose au patient un apport adapté à sa demande et aux troubles qu'il présente. Quel service je lui apporte ? Est-ce que je réponds à son problème ? Ce qui revient à se demander si nous sommes compétent auprès de ce patient.

La deuxième question est d'ordre éthique, elle se situe sur le plan 4. Elle permet d'évaluer ce que nous mettons de nous- même dans la prise en charge du patient. C'est encore ici l'impact du contre-transfert. Qu'est-ce que je (lui) veux ? Qu'est-ce que ça soulève chez moi ? Cela met en jeu notre résistance : est-ce que c'est dur ou est-ce que je " tiens le coup " ? De plus, le libéral faisant que nous sommes souvent le seul interlocuteur de soin de l'enfant, tout ce dont l'enfant désire se décharger est pour nous. Suis-je assez fort pour porter cela ?

Nous croyons ces deux questionnements indispensables.

Ne s'interroger que sur l'aspect déontologique de notre travail revient à nier l'existence d'interactions fortes comme le transfert et le contre-transfert. Nous avons vu précédemment qu'ils pouvaient agir dans la rééducation, il faut donc savoir y être attentif. C'est aussi une manière de ne pas être dans le Savoir absolu, que de se questionner sur ce qui réagit en nous.

Se cantonner au registre éthique est tout autant insuffisant. Il faut faire attention à ce que chacun provoque chez l'autre, nous venons de le voir, mais il est primordial de se remettre en question régulièrement sur nos compétences également. Il ne faut pas oublier que les gens font une démarche sociale pour venir nous voir. Certains psychologues oublient facilement cette dimension de " prestation de service ". Nous devons pouvoir rendre compte de nos compétences

(même si certains organismes officiels ne trouvent que des moyens de contrôle et d'évaluation inadaptés, soit dit en passant).

Nous avons interrogé les orthophonistes sur leur participation à un groupe de réflexion ou de travail. Les réponses ont été très variées, il y a donc de nombreuses propositions sur la ville de Rennes, tout en dénotant de véritables manques dans certains domaines.

## Se questionner et s'enrichir dans ses compétences

### Les autres orthophonistes

La principale source de discussion est informelle, il s'agit de tous ces moments où, auprès de collègues orthophonistes, donc aptes à saisir nos inquiétudes, la discussion s'axe sur un patient qui pose question, sur une pathologie particulière, sur une pratique...

Nous essayons de “ grappiller ” quelques conseils, pour nous rassurer, ou bien parce que nous avons de sérieuses inquiétudes. Ces discussions nous permettent de nous tenir au courant de l'actualité orthophonique, tant sur le plan législatif que sur la ville, les nouveaux médecins, les derniers produits, les conférences...

*“ Avec mon collègue on discute pas mal déjà. ” (t.5)*

*“ Le fait d'en parler avec des collègues, aussi ” (t.3)*

*“ En même temps, ça me paraît important de pouvoir reprendre son travail ailleurs, ou avec d'autres thérapeutes, ou avec d'autres praticiens, orthophonistes ou pas, parce que ça me paraît dur à porter seul parfois, et puis ça fait du bien de pouvoir communiquer avec d'autres orthophonistes. ” (t.6)*

Ce besoin de confronter ses pratiques vient en effet en grande partie du fait de travailler seul, par envie de rester “ au goût du jour ”.

### Les groupes de travail, de recherche

Certains orthophonistes ont désiré formaliser ces rencontres afin qu'elles soient réservées à ces discussions de partage de pratique, et des groupes de réflexion ou de travail se sont créés.

*“ On a monté un groupe d'orthophonistes. On a un thème de réflexion, c'est pas de la supervision, il n'y a pas de psychanalyste, c'est une rencontre où l'on réfléchit.[...] On aborde des thèmes concrets, on travaille au niveau du matériel, et ça regroupe des orthophonistes en libéral et en salarié. C'est assez dynamique parce qu'on est d'horizons différents. C'était l'envie de deux orthophonistes. Quand on est en libéral, on se sent toujours un peu isolé. ” (t.3)*

*“ J'ai fait partie d'un groupe d'intérêt sur la dysarthrie. J'ai participé à l'élaboration d'un recueil d'activités pour les enfants déficients profonds. ” (t.3)*

*“ Les groupes de travail, indispensable. ” (t.8)*

*“ Des rencontres depuis un an sur le quotidien, le matériel. ” (t.2)*

*“ Un groupe avec des orthophonistes en clinique, en hôpital, et en libéral, autour des pathologies neurologiques. ” (t.5)*

Ces groupes tentent de répondre au questionnement déontologique qui doit nous animer, de toujours proposer le savoir-faire le plus riche et adapté possible.

Nous pouvons ajouter ici tous les orthophonistes qui sont dans une démarche de recherche, scientifique ou pragmatique, et qui essaient de faire avancer les connaissances en orthophonie.

*“ Je fais de la recherche dans un hôpital parisien, de la clinique ORL, ça n'a rien à voir avec le reste de ma formation mais c'est un groupe de travail. ” (t.6)*

### Les formations

Pensons également aux orthophonistes qui décident de compléter leurs connaissances par d'autres formations universitaires. Il peut s'agir d'une formation en psychologie, de sciences du langage ou de sciences de l'éducation par exemple. Ces compléments de formation permettent

d'aborder les troubles avec une pluralité de propositions et d'approches du problème. Tout à la fois, cela multiplie notre regard et l'affine.

Nous avons la chance d'appartenir à un métier moderne qui tient à le rester. C'est pourquoi les formations et les conférences sont nombreuses et variées. Y participer, c'est accepter un regard neuf sur une composante de notre métier, car ces conférences sont des cours supplémentaires, une acquisition de compétences. Elles donnent également l'opportunité de rencontrer des orthophonistes aux avis variés dans une confrontation à la pratique puisqu'elles comportent souvent des échanges, et que ceux-ci peuvent se prolonger hors de la salle.

*“ Nos réunions servent aussi à ça, à se positionner, à travers les formateurs dans les formations. ” (t.3)*

Certaines formations longues portent particulièrement sur la relation au patient, comme la TLC et la PRL. On peut encore se diriger vers une école de psychanalyse. Ainsi, un de nos témoins a commencé par une formation TLC, puis a participé à l'Association de la Cause Freudienne pour travailler actuellement à la “ section clinique ”, autre école de psychanalyse (t.7).

## Se questionner et s'enrichir sur le plan éthique

Sur ce plan, le questionnement touche à la personne de l'orthophoniste. Est-ce qu'elle gère les situations de séances, est-ce qu'elle supporte ce qui peut s'y jouer ?

### *Les groupes Balint*

Des groupes ont été créés pour répondre à ce besoin d'analyser ce qui est dur ou difficile à gérer dans ces métiers qui touchent à l'humain.

Le psychanalyste Balint, en particulier, s'est intéressé dès les années cinquante aux ressentis des médecins dans leurs relations aux patients, et a mis en place des groupes de discussion en présence d'un psychanalyste. Au début, cela concernait seulement des médecins,

mais le principe s'est étendu aux professions de soins, et les orthophonistes ont pu en bénéficier. Quatre orthophonistes sur les onze interrogés ont travaillé dans un groupe Balint.

### Les groupes de contrôle

Une orthophoniste, au sein de l'association ATHELEC (association de la TLC), a pu, à la suite de sa formation, participer à un groupe de contrôle, tous les mois. Dans les groupes de contrôle, les professionnels partagent leur expérience sous l'angle de leur manière de gérer les événements professionnels. Un psychanalyste est présent, pour aider chacun à se recadrer et à rebondir à partir de ses difficultés. Le dialogue ne porte pas sur : comment faire avec ce patient pour qu'il évolue, mais plutôt sur : comment ça résonne en moi, et quelles réactions je lui donne à voir ?

D'autres associations proposent également un accompagnement consécutif à une formation essentiellement orientée sur la relation. Ainsi la PRL accompagne les professionnels qu'elle forme pendant plusieurs années. Le regard des réunions est porté sur l'application de la méthode dans la pratique, et se fait sans psychanalyste.

Certains groupes se créent de manière autonome, se réclamant de la PRL pour certains. Ces groupes sans superviseurs naissent d'une réelle volonté de se confronter aux questions de son propre comportement dans la relation professionnelle, mais la volonté ne suffit pas toujours. Les orthophonistes le disent eux-mêmes, le principe est intéressant, mais l'application concrète est très délicate, et la plupart ne réussissent pas à témoigner réellement de ce qu'elles éprouvent au cœur de leur pratique.

### Le contrôle de cas

C'est pourquoi les orthophonistes qui ont un réel besoin de soutien à ce niveau préfèrent en général faire la démarche de manière individuelle. Cela s'appelle le contrôle de cas. L'orthophoniste expose à un psychanalyste le cas du patient qui lui pose question, les incertitudes qui en découlent et son positionnement professionnel et personnel dans cette situation. Le psychanalyste peut donner des pistes théoriques, suggérer des embrayages pour mieux repartir.

Cette démarche permet de situer sa position d'orthophoniste, d'analyser les résistances que l'on déploie.

### Un travail sur soi

Enfin, il est intéressant de noter que nombre d'orthophonistes réalisent pour eux-mêmes une psychanalyse personnelle. Celle-ci ne vise en aucun cas à résoudre les difficultés qui peuvent se présenter en séance, mais nous pensons que la pratique du métier d'orthophoniste peut amener à avoir un cheminement personnel vers ce type de démarche. Travailler sur le matériau humain n'est pas sans conséquence sur notre propre vie !

Voici présentés les différents moyens et lieux trouvés par les orthophonistes interrogés pour répondre à leurs attentes et questionnements professionnels. Ce sont des pistes d'accompagnement, exceptée la dernière qui n'est pas professionnelle, mais qui mérite d'être notée.

C'est en effet extrêmement important de savoir où se tourner quand la pratique pose problème.

*“ Si on patauge, pourquoi ? Qu'est-ce qui ne va pas ? Qu'est-ce que je peux faire ? Vers qui me tourner ? Il faut avoir des référents. On ne peut pas travailler tout seul et faire son petit truc avec des bouquins. Il faut se donner tous les moyens pour échanger avec d'autres professionnels et éventuellement réfléchir sur les choses, cheminer personnellement et professionnellement.[...] Et puis il faut être en accord avec ce qu'on fait, et dès qu'il y a un manque, il faut se remettre en question. ” (t.3)*

C'est ainsi que conclue une des orthophonistes interrogées, reprenant l'idée de références déontologiques et éthiques auprès de personnes compétentes, insistant également sur l'aisance du professionnel, et sur la volonté de toujours tendre à faire mieux.

## Conclusion

Lors d'un stage, il y a de cela un mois, nous avons brusquement réalisé pourquoi nous voulions traiter de ce sujet un peu polémique, et sur lequel les avis sont variés.

Nous étions dans un stage en libéral. L'orthophoniste faisait le point avec la maman d'un garçon qui n'avancait pas vite au niveau scolaire, et semblait bloqué dans sa curiosité et son élan vers l'extérieur. L'orthophoniste propose, dans la continuité d'une discussion réfléchie, de passer le relais à une psychologue. La mère est en accord avec cette orientation, et y adhère. Nous sommes agréablement surprise. Finalement, tout ça n'est pas si compliqué, et se situe vraiment dans un accompagnement.

L'enfant écoute l'orthophoniste lui expliquer que sa maman et elle-même voient bien ses difficultés, et imaginent que c'est dur à porter, et que sans doute un autre professionnel pourrait l'aider pour ça. Le petit patient acquiesce, grave, et baisse la tête, semblant soudain crouler sous le poids de quelque chose. Nous suivions cet enfant depuis six mois, et jamais il n'avait manifesté sa souffrance. La mère, sensible à ce changement, s'est mise à pleurer, tandis que l'orthophoniste soulignait à l'enfant que sa maman était triste que ce soit dur pour lui, et de ne pas toujours savoir quoi faire.

Moment émouvant.

La solution avancée avait beau être la bonne d'après les trois personnes présentes, la souffrance, les difficultés, les doutes semblaient cristallisés dans cette séance de réorientation, où les mots résonnaient plus fort.

Nous nous attardons sur cette séance, qui pourtant s'est plutôt bien déroulée, parce qu'elle fut pour nous une nette explication du pourquoi de toutes nos interrogations.



Nous avons choisi de traiter les limites de l'orthophonie en libéral avec la psychothérapie parce que des stages en PRL nous intriguaient quant à la netteté des frontières, et nous cherchions les avantages de cette méthode particulière.

Nous pouvons ajouter maintenant que ce choix révèle une appréhension que nous avons (et avons toujours), sans vraiment le savoir, de nous retrouver dans ces situations qui véhiculent de fortes doses d'émotion. Nous voulions nous donner les moyens de les aborder plus sereinement, plus professionnellement, sans nous laisser déborder par l'affectif et les phénomènes de contre-transfert.

L'élaboration de ce mémoire et l'expérience acquise pendant les stages commencent à nous éclairer sur le sujet.

C'est à chaque orthophoniste de se positionner et de choisir sa manière d'aborder ces troubles. Les formations, continues ou universitaires, y contribuent. Certaines "écoles", la PRL et la TLC entre autres, prennent des positionnements intermédiaires quant à la question de cette limite.

Les témoignages des orthophonistes interrogés nous montrent finalement que, si chacun s'appuie sur sa formation initiale et ses orientations complémentaires, c'est aussi avec sa propre personnalité et sa capacité à gérer ses doutes et ses limites que l'orthophoniste trouve ses solutions au quotidien.

Les limites de métier soulignées par la théorie de la médiation, la notion d'anonymat, nous procurent un cadre théorique intéressant pour apprendre à gérer les interactions entre le patient et le professionnel.

La limite entre orthophonie et psychothérapie n'est pas "tranchée", nous le savions déjà et continuons de le dire, et c'est là une chance. Cet espace commun laisse la possibilité à chaque professionnel de répondre au mieux à la demande de son patient, en restant dans son domaine professionnel, mais avec une certaine souplesse personnelle.

Nous déplorons que certains courants actuels tentent de “ scientifier ” un peu trop notre pratique au détriment de cet aspect relationnel et psychologique, présent dans toute prise en charge orthophonique, nous l’avons souligné tout au long de ce travail.

Nous pensons qu’il est essentiel de toujours se laisser atteindre par nos questionnements, et de se donner les moyens d’y répondre, pour affiner sa pratique.

Nous avons dans ce travail questionné une limite de l’orthophonie, mais toutes les autres mériteraient réflexion également. Pour ne citer qu’un exemple, la limite avec le soutien scolaire se pose parfois dans certaines pratiques de l’orthophonie en libéral. Mais c’est une autre réflexion...

# Bibliographie

## ***Ouvrages***

ORTIGUES, Marie Cécile et Edmond, *Comment se décide une psychothérapie d'enfant ?*. Paris, Denoël, Collection L'espace analytique, 1993.

CHASSAGNY, Claude, *Pédagogie relationnelle du langage*. Paris, Presses universitaires de France, 1977.

DUBOIS, Geneviève, et KUNTZ, Jean-Pierre, *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*. Paris, édition Masson, collection Orthophonie, 1999.

GAGNEPAIN, Jean, *Leçons d'introduction à la théorie de la médiation*. Louvain-la-Neuve, Peeters, 1994.

HAREL BIRAUD, Hélène, *Manuel de psychologie (à l'usage des soignants)*. Edition Masson, 1991

MORGON, Alain, et AIMARD, Paule, et coll., *Orthophonie : documents et témoignages*. Edition Masson, 1988.

WALLON, Philippe, *La relation thérapeutique et le développement de l'enfant*. Toulouse, Privat, 1991.

## ***Dictionnaires et recueils de notions***

Dictionnaire Le Nouveau Petit Robert, 2000.

Dictionnaire d'orthophonie, l'Ortho édition, 1997.

Dictionnaire de psychologie, sous la direction de DORON Roland et PAROT François, PUF, 1991, 2<sup>ème</sup> édition 1998.

L'apport freudien, sous la direction de KAUFMAN Pierre, Paris, Bordas, 1993.

Vocabulaire de psychanalyse, de LAPLANCHE et PONTALIS sous la direction de LAGACHE Daniel, Paris, PUF, 2<sup>ème</sup> édition revue, 1968.

## ***Mémoires d'orthophonie***

BEAUPARLANT, Anne Christelle, *Le doute de l'orthophoniste en quête d'une éthique professionnelle*. Nantes, 1999.

CHARRIER, Marie, *La construction du langage chez l'enfant : un processus étroitement lié au développement psychique*. Nantes, 2001.

GABORIAU, Marie-José, *L'évolution de la demande de soin au cours du suivi orthophonique de l'enfant*. Nantes, 2001.

MORIAU CAMUS, V., *Symptôme et parole*. Montpellier, 1995.

THEBAUD DEMADE, Pascale, *Les bénéfices cachés du symptôme langagier*. Nantes, 1998.

# ANNEXES

## ***Annexe 1: le questionnaire***

### **Parcours personnel**

Ecole de formation, date du diplôme

Formations complémentaires

Orientations thérapeutiques

Participation à un groupe de réflexion ou de travail

Parcours professionnel (en libéral depuis... et avant ?)

### **Définitions**

Définition de l'orthophonie en libéral

Définition de l'orthophoniste : praticien, rééducateur, thérapeute, technicien...

Définition d'un psychothérapeute, de ce que peut être une psychothérapie

### **Evaluation du problème**

Demande et gêne par rapport à la question orthophonie/psychothérapie

Description d'un cas parlant

Etes-vous suffisamment informé des qualités des autres professionnels ? Avez-vous des contacts avec eux ?

Arrivez-vous à estimer quand ça n'est plus de votre ressort ?

Si oui, quels sont les critères, les indices ?

Est-ce estimable au bilan, pendant les séances ?

Quel accompagnement, quel travail auprès de l'enfant et des parents pour les acheminer vers une psychothérapie ?

Pour quelles raisons peut-on choisir de garder l'enfant en orthophonie ?

Autres réflexions...

## Annexe 2: les interviews

- *retranscription d'après enregistrement audiophonique*

### Témoignage 1:

Vous êtes de Nantes, je crois? Oui, c'était l'école de Nantes. Date du diplôme, c'était en 1987. J'ai attendu un certain temps avant de faire des études d'orthophonie. Parce qu'avant j'ai fait des études de psychologie, mais je n'ai jamais travaillé en tant que psycho. Licence de psychologie deux ou trois ans avant, puis diverses choses, une formation sportive...et donc orthophonie. Parce que j'ai rencontré madame X<sup>44</sup>. Ses enfants sont dans la même école que les miens, on a discuté. J'ai fait des études de psychologie mais je ne veux pas me lancer en tant que psychologue. Je suis allée voir chez elle. C'est comme ça que j'ai continué et je n'ai aucun regret (rires).

Avez-vous fait d'autres formations depuis votre diplôme? des formations en lien avec l'orthophonie, bien sûr, régulièrement. Ceci dit, c'est pas anodin, j'ai fait la formation avec Sylvie Le Huche sur l'expression scénique, c'est très psy, car la thérapie est cautionnée par le texte donc on est encore dans la psychologie. Je reste quand même branchée sans me lancer dedans. Sinon, des formations sur la dyslexie, le bégaiement, le retard de langage.

Vous n'avez pas fait la PRL? Ben ayant fait psycho, c'est pas forcément nécessaire (rires) ce sont des formations longues, en plus, l'expression scénique st sur trois ans. On ne se lance pas facilement dans des formations longues comme ça. Donc je n'ai travaillé qu'en libéral. Madame X m'avait dit "quand tu sors de tes études, on s'associe."

Comment vous vous définiriez, comment vous pratiquez l'orthophonie? euh, je me remets sur la voie de l'orthophonie constamment, c'est à dire qu'il y a un moment, puisque l'on est quand même constamment sollicité sur le plan psychologique, puisqu'on ne peut pas dissocier les deux. Je me dis attention, tu es orthophoniste, tu n'es pas psychologue, tu n'es pas psychothérapeute et si un enfant a des problèmes que je juge devoir être traités chez un psychologue, j'oriente chez un psychologue, je ne cherche pas moi-même.

Quels problèmes orientent vers un psychologue? Pas facile, c'est souvent à la limite. Par exemple, si l'enfant est dans un problème de rivalité fraternelle qui est là, qui est trop présent, qui est dans sa tête constamment et l'empêche de progresser, si je sens qu'il y a entre les parents et l'enfant des incompréhensions, des choses qui tournent pas rond mais c'est pas forcément à moi de le dire. Dans le cas du bégaiement je dirais qu'on est souvent à la limite quand même. Quand on fait un bilan de bégaiement, on fait souvent le psy au départ. On est dans la guidance parentale, on conseille les parents. En tant qu'orthophoniste, on a des prises en charge qui vont être plus facilement plus orthophoniques que psychologiques, je pense aux troubles d'articulation, même si on peut aller chercher la petite bête à chaque fois qu'on a un cheveu sur la langue, il a peut-être envie de rester bébé... c'est vrai que c'est parfois ça. S'il est vraiment immature, on attend un peu, on le laisse sucer son pouce. Mais sinon ça demande pas un questionnaire énorme s'il n'y a que ça. Déjà dans les cas de retard de parole et de langage on va aller voir dans l'histoire de la petite enfance et les différentes étapes: la marche, la propreté, l'apparition du langage. Mais là aussi on peut rester très technique. Si on piétine, on cherche s'il y a quelque chose derrière ça, si je vois que ça n'avance pas. On regarde la situation de ce petit dans son cocon familial, à l'école. Dans

---

<sup>44</sup> Mme X est l'associée de l'orthophoniste interrogée

les cas de difficultés de lecture et d'écriture, on se pose les questions de pourquoi ça marche pas mais en tant qu'ortho on va chercher au niveau perceptif: visuel, auditif, avant d'aller chercher la petite bête psy (rires).

Les zones de dérapages, c'est quand on ne s'accroche plus à rien de technique, on a quand même à être technique –pas que ça- mais l'orthophoniste doit avoir de la technique à proposer à son patient. Même si on n'emploie pas que de la technique on doit en avoir sinon on n'est plus dans l'orthophonie, quelle que soit la pathologie. Sinon on ouvre un cabinet de psychologie. C'est là qu'on voit avec le bégaiement que la psychothérapie a aussi ses limites parce que vois beaucoup de patients qui ont fait de la psychothérapie et ça n'a pas résolu le problème. C'est impossible de dissocier les deux dès l'instant où l'on travaille dans des pathologies comme ça, surtout quand on travaille avec des jeunes enfants et des parents. Je travaille particulièrement avec une psy. Ça s'est fait parce que je suivais des filles qu'elle suivait. On s'est téléphoné et rencontré. Elle travaille vraiment avec l'enfant et les parents. Certains pys s'abritent trop derrière le secret professionnel. Des parents qui n'ont jamais été conseillés par le psy, je considère qu'il y a quelque chose qui ne va pas. S'ils vont vers un psy, c'est qu'ils ont besoin d'aide et s'ils prennent l'enfant sans avoir de temps en temps à nouveau des relations avec les parents, parce que la première fois le psy veut les voir mais après y'a plus rien, y'a quelque chose qui doit pas faire la jonction.

Avez-vous accompagné des familles vers une psychothérapie? Oui, ça m'est arrivé, l'orthophoniste sert souvent de tremplin pour aller ensuite chez le psy mais même en essayant de pousser les parents à le faire, c'est pas toujours évident. Il avait quand même besoin d'orthophonie –sinon je fais le bilan et je dis: ah non, c'est pas par là qu'il faut commencer même s'il y a des problèmes au niveau de la parole ou du langage mais ça peut être par la psychomotricité ou une psychothérapie familiale. Mais ça m'est arrivé d'avoir des enfants pour lesquels je me disais il faudrait quand même que quelque chose soit fait au niveau d'un psy, dans certains cas les parents y sont allés au bout d'un certain temps, dans d'autres cas ils n'y sont pas allés parce que c'était dur. Comment faire bouger les choses? en faisant un petit quelque chose à chaque séance ou du moins assez souvent en disant que les choses ne bougent pas peut-être parce que y'a un lien avec telle ou telle chose. C'est quelquefois les parents qui ont besoin d'aller voir un psy. J'ai envoyé une fille chez le psy en espérant que le psy comprendrait que c'est la mère qui en a besoin. Elle a compris, mais la mère n'a pas voulu continuer (rires). Quand on parle de psychologue, moi je donne aussi des noms de pédopsychiatres, pour des questions de remboursement. Quand c'est de l'ordre de deux cent cinquante à trois cent francs la séance... le pédopsychiatre est médecin-psychothérapeute. Ça change beaucoup de choses parce qu'on n'envoie pas forcément vers la personne qu'on veut.

Quelle définition de la psychothérapie? c'est un travail sur soi, c'est un cheminement qui se fait à l'aide de quelqu'un qui vous fait réfléchir sur sa propre problématique. Pour un enfant, on fait une psychothérapie pour qu'il puisse peu à peu évacuer certaines choses grâce à ce que le psy pourra déceler chez cet enfant-là et avec ses parents. Une réflexion sur soi qui aide à dépasser certains problèmes; ça veut pas dire qu'ils sont évacués, mais ça aide à vivre avec! Je pense que ça permet à la personne d'avancer.

Avez-vous une demande ou une gêne sur cette question ortho/psy? Quelque chose qui me travaille, je dirais, oui, j'ai constamment ça en tête parce que je me dis toujours: où est la limite? Surtout ayant une formation psy avant. Je m'interdis d'aller au-delà de ce que je me donne comme limite. Sachant que constamment quand même je me balade dans le psychologique. Je pense que c'est impossible de saucissonner une partie langage et une partie psychique. Le langage a forcément à voir avec la psychologie. J'arrive à la gérer mais elle est présente, c'est peut-être pour ça que j'arrive à la gérer. Je vais pas tout mélanger. J'ai des collègues qui sont les deux et ça



doit pas être facile de passer de l'un à l'autre. A part le moment du bilan avec les petits où les parents réfléchissent sur la façon dont ils considèrent l'enfant, dont ils réagissent à son problème, après on est plus dans le technique. On n'est pas que techniques. On se pose des questions sur le pourquoi du problème. Donc d'emblée on donne pas des exercices à faire, ça va pas du tout marcher. Pour moi, il y a forcément un peu des deux. La seule chose que je dirais c'est qu'une orthophoniste doit avoir de la technique même s'il ne l'emploie pas énormément selon les pathologies que l'on reçoit bien sûr. Voilà!

## Témoignage 2

Ecole de Lille. Diplôme en 88. Avant, une année de psychologie. Un mi-temps en CMPP et du libéral. IME<sup>45</sup>. Consultation enfant en hôpital. En libéral depuis le départ. J'ai fait la PRL que j'ai finie il y a trois ans. Suite à la PRL, pendant deux ans j'ai retrouvé un groupe pour travailler autour de la pratique et des suivis et , travail avec des collègues sur des textes de psychologie et rencontres depuis un an sur le quotidien, le matériel.

Quelle définition de l'orthophoniste en libéral, et de vous ? c'est très diversifié. L'intérêt c'est que les différentes rééducation se complètent et aussi s'enrichissent les unes par rapport aux autres, il y a tout un jeu d'inter relation entre les différentes rééducations.

Etes-vous rééducateur, thérapeute, technicien ? j'ai l'impression que c'est un peu les trois. Moi je mettrais assez en avant l'aspect technique encore que par période en fait, je passe à autre chose aussi. Il y a eu des périodes où je me voyais plus thérapeute, à mon niveau, tout en restant bien ortho mais ça dépend comment on est réceptif aux gens avec lesquels on est; en fonction de moi, et des patients. Mais quand même il y a des techniques qui peuvent aider, je pense. Rééducation aussi, j'y crois, parce qu'on est beaucoup dans l'apprentissage, mais d'une autre façon, de façon personnalisée et tout ça, un côté " éducation personnalisée ", si on peut dire.

Définition d'un psychothérapeute, d'une psychothérapie ? j'ai pas eu tellement l'occasion d'orienter les gens vers ça et quand je l'ai fait, ça s'est pas toujours très bien déroulé. J'ai le souvenir d'un bilan prescrit par un pédiatre et pour l'enfant qui était amené, j'ai pensé rapidement que ça ne relevait pas de l'orthophonie, c'était un enfant qui n'arrivait pas vraiment à faire sortir sa parole, une parole très retenue, il parlait très peu fort, très particulier, et quand il a fait un dessin, c'était tout riquiqui. Enfin bon, j'ai peut-être pas un avis très argumenté, mais le peu que j'ai vu cet enfant-là, je me suis dit qu'il aurait sûrement besoin d'autre chose. Mais sinon j'ai eu des suivis parfois pas très évidents où dès le début on me disait " de toute façon on nous a conseillé un CMP mais nous on veut pas du tout d'approche psychologique, on veut pas voir de médecin, de psychiatre " et donc dans ces cas-là j'ai quand même fait un suivi, ça m'est arrivé plusieurs fois mais quand ensuite j'ai dû repositionner le problème comme étant peut-être d'ordre psychologique et qu'il faudrait peut-être repenser à ça, plusieurs fois, j'ai eu beaucoup d'agressivité des parents. C'était très douloureux pour eux. Que je revienne là-dessus en fait ça les a même déçu de moi. Toute la confiance qu'ils m'avaient donnée, quand j'évoquais ça elle s'est un peu... elle est partie, quoi. Donc mon point de vue c'est que cette démarche-là elle est souvent très difficile à faire pour les parents donc ils n'ont pas forcément envie d'en parler, ou il y a une pression scolaire qui fait qu'ils ont l'obligation d'en passer par là, ou l'orthophonie j'ai pas

---

<sup>45</sup> IME : Institut Médico-Educatif

tellement affaire à ça et puis quand moi-même j'ai mis sur la table ce problème-là, j'ai vraiment... ça n'a pas du tout marché. Donc je ne suis pas prête à repasser par ces choses-là parce que je crois que ça n'apporte pas forcément grand chose.

Ça veut dire que vous préférez qu'ils trouvent eux-mêmes le moment ? généralement les personnes que l'on m'adresse relèvent de l'orthophonie, donc l'indication est bonne au départ. Des fois il y a des doubles prises en charge, des gens qui sont déjà suivis en psychothérapie et qui viennent me voir.

Vous sentez-vous informée des qualités des psychothérapeutes ? (silence) J'ai pas tellement été en rapport avec des psychothérapeutes qui suivaient des enfants. Quand on me demande, j'ai quelques adresses, ça m'est arrivé des fois quand même.

Une gêne ? disons que ça dépend comment ça se passe. Si c'est un choix délibéré d'aller en orthophonie et pas une psycho par les parents, il y a une certaine liberté des parents donc il faut respecter ce choix-là aussi. Et puis je pense pour ma part qu'un psychothérapeute, à moins d'avoir de gros problèmes, ça demande un investissement personnel et il faut laisser aux gens la liberté de faire cette démarche par eux-mêmes et pas les pousser spécialement. Dans le cas des enfants, c'est pas toujours facile. Je suis un peu dans le flou, c'est compliqué pour beaucoup, je crois. C'est simple quand les problèmes sont très importants au niveau de l'intégration scolaire, mais ça c'est détecté par l'école après s'il y a une souffrance importante de l'enfant qui est dite mais c'est pas parce que le symptôme est gros que la souffrance est importante et réciproquement.

Et votre formation PRL ? ça m'a fait cheminer. J'ai fait la PRL après plusieurs années de pratique donc j'avais déjà réfléchi à plusieurs approches différentes. Mais ça fait poser des questions.

Pourquoi garder un enfant en orthophonie après le refus de psychothérapie ? j'ai bien un exemple. C'était un enfant que j'avais suivi depuis longtemps. Il avait encore besoin d'orthophonie mais je trouvais que les progrès avaient été importants, le suivi était bon, fallait peut-être passer à autre chose et je pensais les parents assez forts pour passer à autre chose. Comme l'enfant avait bien progressé au niveau de la parole et de l'écrit, il avait des blocages assez costauds, et puis au niveau du comportement des petites choses, je pensais les parents assez solides pour réentendre ça, mais non. J'ai dit aux parents qu'il pouvait encore faire de l'orthophonie, mais chez quelqu'un d'autre car ça faisait quatre ans et il en avait marre de venir. Sinon j'ai dû avoir des bilans aussi où j'ai pu encourager des personnes à faire cette démarche. Je pense que ça a abouti. Il peut y avoir des conseils avant mais les parents ne le disent pas toujours. Je ne pose pas énormément de questions au bilan. Même quand je fais des choses techniques, avec les enfants, je ne suis pas sans penser au désir de changement de l'enfant, sur ce que veut dire l'erreur. Et j'essaie que dans la séance il y ait un espace de liberté qui soit constructif pour l'enfant. Je tiens compte des éléments psy, quand même. Après c'est vrai qu'on essaie en orthophonie quand on voit certains enfants, on voit des avancées sur de petites choses mais des fois ça n'avance pas beaucoup donc on sent qu'il y a des ralentisseurs quelque part donc nous on peut pas trop jouer là-dessus, ça fait partie de la personnalité de l'enfant, ça bougera pas beaucoup. Quand certains enfants font des substitutions, en lecture par exemple, on n'arrive pas trop à avancer, il y a une question d'habitude, d'apprentissage de la lecture au départ, mais c'est vrai que c'est un enfant un peu nerveux par exemple ou il semble impatient, quand l'enfant n'arrive pas à admettre ses erreurs, des choses comme ça, c'est pas très facile pour nous de l'aider après, même au niveau de l'écrit. On sait bien qu'il n'y aura pas de démarche psy parce que ce n'est pas à la moindre difficulté qu'on va voir un psy ! sinon quasiment tous les enfants iraient voir un psy.

### Témoignage 3

Votre formation ? un deug de psychologie et une licence de sciences du langage. Je suis diplômée de septembre 1993. J'ai fait mes études à Tours. J'ai travaillé un an au CHU en ORL et en neurologie et en même temps en libéral et à la suite de cette année je suis partie cinq ans au Canada, dans une école pour enfants handicapés moteur et j'ai fait partie d'un groupe d'intérêt sur la dysarthrie. J'ai participé à l'élaboration d'un recueil d'activités pour les enfants déficients profonds, handicapés moteur, par rapport à l'aspect de la communication parce que c'était des activités orientées à la fois au niveau moteur, intellectuel, ergothérapie, tous les intervenants. Ensuite je suis arrivée à Rennes et je travaille en libéral depuis janvier 2000. J'ai effectué la formation sur le bégaiement, je participe à une formation sur la trisomie avec Monique Cuilleret, audiophonologue et psychologue, une référence en trisomie. Et puis je vais commencer la Technique des Associations, sans la PRL. Mes formations au Canada : la communication interculturelle : durant mon exercice, l'école recevait des enfants dont la langue maternelle. Comment travailler avec ces enfants-là ? puisqu'au départ ils ne parlent pas le français donc il faut adapter. J'ai eu des formations sur la neurologie enfant, la dysarthrie.

Avez-vous des orientations thérapeutiques ? non, je pense pas. J'ai un apport plutôt global par rapport à certaines rééducations et d'autre part quelque chose de plus technique par rapport à des patients neuro, des choses comme ça. C'est vrai que je travaille beaucoup avec les parents, ils assistent aux séances, pas pour toutes, mais pour les petits. Je fais des entretiens avec les parents assez régulièrement.

Sur les temps de séance ? c'est variable. Quand il y a un gros travail de guidance à effectuer, entre autre chez les petits, quand il y a vraiment un travail important avec les parents, je les prend sur les séances. Quand c'est pour faire le point ou pour la déglutition par exemple, ça va moins rentrer dans le cadre de la rééducation en tant que telle je la fais en plus. Je le compte pas en acte, c'est variable. Par rapport à l'orientation, je suis assez souple en fait. Je travaille sur 30, 35, 40 minutes, ça va dépendre des enfants, de la pathologie, s'il y a un déficit attentionnel, je ne vais pas travailler 45 minutes. Je vais m'adapter à l'enfant et je l'explique aux parents, c'est pas toujours évident à faire valoir mais je le définis au départ. C'est sûr, je ne suis pas dans la technique proprement dit. Ça fait longtemps que je voulais faire la formation de la Technique des Associations par rapport au langage écrit, je suis inconfortable dans ce domaine-là parce que je trouve qu'on a très vite tendance à être pris pour du soutien scolaire. A ce niveau-là, on n'a pas beaucoup de choses quand on sort des études, reprendre les règles orthographiques je vois pas trop à quoi ça sert quand l'enfant a un manque au niveau de certaines bases.

Vous participez à un groupe de contrôle ? on a monté un groupe d'orthophonistes, une fois par mois, depuis janvier 2000. On a un thème de réflexion, c'est pas de la supervision, pas de psychanalyste, c'est une rencontre où on réfléchit, il y a une secrétaire de réunion qui prend des notes et envoie ça à chacune. Par exemple, le thème de l'espace. On aborde des thèmes concrets, on travaille au niveau du matériel, on voit comment on peut exploiter un test, et ça regroupe des orthos en libéral e salarié. C'est assez dynamique parce qu'on est d'horizons différents.

Sur quelle impulsion ? l'envie de deux orthophonistes. Quand on est en libéral on se sent toujours un petit peu isolée. C'est le point négatif de la pratique en libéral et on a eu envie de mettre en place quelque chose. On est sept.

Quelles sont les particularités de l'orthophonie en libéral ? par rapport à l'orthophonie en général ? On est dans la rééducation, à distinguer de l'éducation ou du soutien scolaire ou autre, on est dans une visée rééducative et par rapport aux troubles de la communication quels qu'ils soient, donc c'est très large, chez l'enfant, chez l'adulte et l'adolescent. La particularité du libéral : on n'est pas dans une visée interdisciplinaire c'est-à-dire qu'on est tout seul. On arrive à avoir des collègues (une psychomotricienne, une psychologue) un petit peu, mais on n'est pas dans une dynamique d'équipe. C'est très différent. On est relativement seul, à la fois avec l'enfant et avec les parents donc après il y a collaboration avec les instituteurs. Je définis par négation, par absence d'interdisciplinarité. J'ai travaillé cinq ans dans une équipe et ça me manque car on a souvent besoin de rediscuter de ce que l'on voit et fait avec d'autres professionnels et je vois l'enfant comme une globalité au départ. On n'est pas un petit maillon de quelque chose, la communication, ça fait référence à plein de choses et on est obligé de situer ça dans la globalité de la personne.

Alors vous êtes rééducatrice avant tout ? et thérapeute. Rééducateur, peut-être au départ parce qu'on travaille avec des éléments qui existent déjà et on va s'en servir pour essayer d'améliorer les choses, de comprendre ce qui ne va pas pour améliorer. Il faut avoir une compréhension des choses pour permettre d'améliorer et de faire évoluer la personne. Plus rééducateur. C'est sûr que thérapeute, bien évidemment, parce qu'on établit une relation avec un individu. C'est aussi grâce à cette relation-là qu'il va y avoir un travail possible. C'est assez intuitif, mais bon, "thérapeute du langage", ce qu'on dit un peu au Canada, thérapeute de la communication en fait. C'est sûr que ça fait un peu carrefour avec plein d'autres choses dont la psychologie, mais thérapeute, c'est important, bien sûr. Certainement pas technicien. Le mot technicien va se priver de l'aspect relationnel. C'est quelque chose qui peut-être pris et fait ailleurs. Si vraiment on était des transmetteurs de technique, je pense que l'orthophonie n'existerait pas parce que la technique ça peut être dans un livre, fait par les parents, l'instituteur. C'est très réducteur.

Quelles sont vos attentes de la psychothérapie ? pas facile. Quand j'essaie d'aiguiller les gens vers un travail avec un psychothérapeute ou un pédopsychiatre, c'est parce qu'on sent bien qu'à un moment donné on est dans une dynamique à laquelle on ne peut plus répondre en tant qu'orthophoniste dans la mesure où on travaille sur un symptôme de quelque chose. Si on prend par exemple le langage écrit, des difficultés en orthographe, ça peut être le symptôme de quelque chose. On va travailler sur ce symptôme-là, mais on sait que notre visée c'est la communication écrite, et la communication orale, donc on va essayer de recadrer l'enfant par rapport à ça. A un moment donné, le symptôme va prendre tellement de place que moi j'ai bien conscience qu'il faut un travail d'un autre ordre, au niveau vraiment de l'individu en tant que tel, de son psychisme. Donc c'est à ce moment-là que j'essaie d'amener le parent à avoir cette orientation-là et je pense qu'à un moment donné, il faut être capable de dire ce n'est plus de mon domaine. Même chez des enfants qui ont un gros retard de langage, pour lesquels ça ne bouge pas, il faut être assez humble pour dire qu'il faut aller voir dans une autre direction. Alors c'est pas facile, parce que parfois, je reçois des enfants en bilan, je me dis que je vais sûrement être la transition vers quelque chose d'autre parce que le parent, le jour où il arrive, ne peut pas entendre que c'est un travail au niveau analytique, au niveau psychothérapique. L'objectif, là, c'est d'être la transition vers, et l'enfant il est en souffrance par rapport à la communication, donc on est quand même obligé de le considérer. Ce que j'attends du psychothérapeute, c'est qu'il essaie d'être aide et guide par rapport à cet enfant-là, d'un point de vue plus psychologique. C'est-à-dire d'établir

une relation, d'essayer de travailler avec l'enfant pour recadrer le symptôme par rapport à la personnalité. Et par rapport à la famille, évidemment, c'est toujours un triangle. Recadrer par rapport à la dynamique familiale, voir aussi comment est le parent, comment il s'accommode et accepte le handicap de l'enfant. Quand je dis handicap, c'est, disons, le trouble. En tant que parent, c'est pas facile de s'ajuster à ça, de savoir quoi faire, de savoir comment l'intégrer dans la dynamique familiale, s'équilibrer par rapport à l'échec scolaire s'il y en a un, par rapport au déséquilibre que ça peut provoquer chez l'adulte, autant par rapport à la neurologie ou autre. Ce qui est idéal, parfois, c'est de travailler avec un suivi parallèle, parce qu'on peut être dans le spécifique de l'orthophonie, on sait que tout ce qui est au niveau du sujet, c'est abordé au niveau de la prise en charge psychologique.

Avez-vous déjà eu une indication pour une transition ? oui, par hasard, dans la présentation de mon travail aux médecins, j'ai expliqué ma collaboration avec Madame Y<sup>46</sup>. Je sais qu'elle est là, donc je peux facilement réorienter, les gens le voient donc ils ont une image : une orthophoniste avec une psychologue. Parfois les gens demandent : est-ce que vous travaillez en collaboration ? Il y a déjà quelque chose, sans le vouloir. Et un médecin m'a adressé une famille. Il avait senti qu'il y avait certainement besoin d'un travail psychologique, et les parents n'étaient pas prêts. C'était un enfant qui avait des difficultés au niveau du langage oral et il y avait un problème dans la fratrie donc j'ai essayé d'amener tranquillement à la famille que l'orthophonie c'était quelque chose qui pouvait être essayé, mais que des choses se passaient à un autre niveau. On pouvait essayer l'orthophonie d'un point de vue langagier mais qu'après, en resituant le langage par rapport à tout, il aurait peut-être fallu voir au niveau de la psychologie. En fait, de fil en aiguille, on a eu une prise en charge double. Pour après arrêter l'orthophonie. Sous-jacent, il y avait une demande de la mère, qui n'a pas été évidente au départ, finalement le gros travail à faire était avec la mère. Ça a permis à cette personne de se situer par rapport à tout ça. Ça m'est arrivé plusieurs fois, et souvent j'oriente vers des pédopsychiatres.

Les parents réagissent bien ? quand je leur propose de prendre un rendez-vous en pédopsychiatrie, c'est que j'ai l'impression, c'est très intuitif, disons que je me permets de leur dire. Il y a des gens avec lesquels je ne me permets pas de dire, parce que ça ne servirait à rien, ils ne sont pas prêts à l'entendre, ils ne sont pas au stade de faire cette démarche-là. Ça m'est arrivé d'arrêter une rééducation et de proposer à la famille de revenir, de garder une séance et de revenir six mois plus tard pour faire le point. Pour justement me dire que là, je garde une ouverture parce que mon objectif serait plus de les envoyer vers un travail psychologique, donc je me garde cette séance-là pour essayer de voir où ils en sont dans leur cheminement. C'est arrivé une fois que, lors de cet entretien, il y a eu " mais qu'est-ce qu'on peut faire maintenant ? " ça avait permis aux gens de cheminer. Alors c'est sûr que je tends des perches, j'essaie de nourrir, mais on entend ou on n'entend pas. Il ne faut pas vouloir forcément orienter à tout prix parce que ça peut toujours faire plus de mal que de bien.

Etes-vous suffisamment informée des qualités des autres professionnels ? non, c'est quelque chose qui manque énormément. On n'a pas assez de relation, on ne communique pas assez. On est un peu chacun dans notre tour. Bon on essaie d'avoir des ramifications vers les autres, parce que chacun tout seul, on peut pas travailler seul. Et c'est pas facile, surtout dans les grandes villes, parce qu'il y a tellement de professionnels que ça bouge. J'ai des contacts avec un psychomotricien, un pédopsychiatre, un psychologue, un kinésithérapeute, un osthéo-pathe. Mais

---

<sup>46</sup> Mme Y est psychologue dans le même cabinet que l'orthophoniste interrogée.

on n'est pas suffisamment informé. C'est toujours difficiles d'avoir des communications efficaces.

Quels critères ? à la fois par rapport à l'enfant et à la famille. Par exemple, un enfant avec lequel on voit que ça ne progresse plus, il y a des choses à faire mais l'enfant n'a plus de demande élaborée donc là je me pose la question d'où on en est. Il y a aussi tout ce qu'on peut percevoir de la famille, de la mère, du père, des parents qui se sentent coupables, en compétition avec nous par rapport à leur enfant. Et aussi à partir du moment où ils pensent qu'on est trop dans le savoir. Il y a là un travail à faire avec les parents et parfois on peut parce que c'est pas le moment. Alors j'essaie de refaire le point, de redéfinir ce que je suis en tant qu'orthophoniste, ça peut redynamiser et ça repart mais parfois il faut passer le relais.

Est-ce que les limites sont claires ? on est tout le temps dans le doute. Même quand on a l'impression qu'on fait le bon choix de les orienter. Je demande souvent à l'enfant comment il perçoit les choses mais c'est pas facile pour un enfant de parler de ces choses-là. A travers ce que disent les parents, il y a tout ce qu'on entend clairement dans leur message mais aussi tout ce que ça renvoie.

Sur quoi vous appuyez-vous pour être sûre ? l'expérience aide. J'effectue personnellement un travail avec un psy, ça m'aide. Le fait d'en parler avec les collègues, aussi, nos réunions servent aussi à ça, pour se positionner, à travers les formateurs dans les formations. En approfondissant dans certains domaines on apprend à se détacher de la position de la personne qui détient le savoir. Souvent on nous renvoie ça. On ne détient pas le Savoir. On est guide, on fournit une aide, à un individu, mais il faut être très humble par rapport à ce que l'on peut nous dire. Et c'est toujours du cas par cas. Même quand on croit être dans un schéma classique, il y a toujours un moment où on se dit qu'il faut faire en fonction.

On le remarque au bilan, ou après ? le bilan est indispensable, on perçoit beaucoup de choses. C'est une situation à part. Ça permet aussi de dire les choses et de voir comment c'est perçu. Ça conditionne beaucoup. Mais l'adulte ou l'enfant qui va s'ouvrir et évoluer en séance, se livrer un peu plus, ça permet de se resituer et de recadrer les choses si besoin, tout au long de la rééducation. Mais le bilan est assez révélateur. Je vais pas dire que je sais, mais ça me donne un profil. Ça arrive que je me sois complètement plantée. Mais ça permet de percevoir le fil directeur de la rééducation et après on affine. On installe la relation et on réajuste.

Quel accompagnement ? c'est déjà répondre à quelque chose. Quand je définis mon travail aux enfants, je dis que je suis une aide ou un guide. Les parents comme l'enfant doivent élaborer une demande et après je réponds à ça. Tout en essayant de répondre à leur demande, je vais les orienter. Je peux leur répondre avec ma spécificité d'orthophoniste, mais à un moment donné je vais essayer de leur faire comprendre que ce n'est plus de notre registre. J'insiste sur le fait que la dynamique de communication rayonne sur plein de domaines.

Pourquoi peut-on garder l'enfant en orthophonie ? garder ? en libéral, garder veut dire que c'est plus du domaine de l'orthophonie. Si ce n'est pas d'orthophonie qu'il a besoin, on l'oriente. Le garder, ça voudrait dire qu'on le sent tellement en souffrance au niveau du langage et de la communication, qu'on va quand même essayer de travailler mais ça sert à rien. Dans une structure d'équipe, c'est différent. On peut le garder plus facilement car il y a une équipe derrière qui peut travailler avec les parents. Quand les parents critiquent la prise en charge, il faut leur dire d'aller voir quelqu'un d'autre. Ou alors parce que l'enfant est en échec total, on va continuer pour leur permettre d'aller voir les bonnes personnes mais on n'est plus dans de l'orthophonie, on est dans un suivi psychosocial. Quand je sens ça, je les emmène vers une structure institutionnelle, CMPP ou SESSAD, où il y a une prise en charge de la famille.

Je pensais plutôt à ne pas savoir à qui le confier, ou à un déni. Avec le déni, on va pouvoir travailler, c'est pas le moment. Soit on met les pieds dans le plat : vous vous trompez de professionnel, allez voir un psy, ça peut faire des dégâts. Soit on fait un bilan à un moment t dans le temps et je propose à la famille un bilan dans trois mois. On voit si ça a bougé, comment l'enfant s'est comporté à l'école, etc. Je donne une porte de sortie à la famille et puis moi, ça me rassure, je ne les laisse pas repartir sans rien. Mais si le déni est complet, on peut pas faire grand chose en tant qu'orthophoniste.

Est-ce que vous vous posez des questions ? on est très à cheval sur les deux. Difficile de savoir toujours garder sa place mais je pense que cette mouvance est nécessaire parfois pour savoir où on va (ça redevient de l'orthophonie ou ça devient autre chose) donc là on oriente. Le fait d'instaurer une relation, on est forcément à la limite. Toujours garder en tête qu'on est des agents linguistiques.

Avez-vous des conseils ? il faut toujours se poser les questions. Savoir dire qu'on ne sait pas et faire des choses pour améliorer le manque et ne pas penser que l'on détient la vérité parce qu'on travaille avec des parents qui nous confèrent une responsabilité. Si on patauge, pourquoi ? qu'est-ce qui ne va pas ? qu'est-ce que je peux faire ? vers qui me tourner ? Il faut avoir des référents. On ne peut pas travailler tout seul et faire son petit truc avec des bouquins. Il faut se donner tous les moyens pour échanger avec d'autres professionnels et éventuellement réfléchir sur les choses, cheminer personnellement et professionnellement. A moins d'être vraiment technique. On est dans le savoir complet. Ou l'impression de le détenir. Et puis il faut être en accord avec ce qu'on fait et dès qu'il y a un manque, il faut se remettre en question.

## Témoignage 4

Ecole de Paris. Diplôme en 1991. Gepalm en début d'exercice, sur plusieurs années.

Orientations thérapeutiques : des enfants et des adultes. Parmi les enfants, rééducation classique de retard de parole, langage, rééducation de la lecture et du langage écrit, calcul et raisonnement mathématique suite au Gepalm. Pas de participation à un groupe mais je suis demandeuse.

Parcours : toujours en libéral, mais d'abord six ans dans un cabinet à cinq donc avec des échanges très nombreux. Avant l'orthophonie, j'ai tenté le concours de pharmacie.

Définition de l'orthophonie en libéral : travail de rééducation des troubles du langage oral et du langage écrit, et c'est une pathologie qui touche des pathologies très diversifiées contrairement à un travail hospitalier ou en centre où on a souvent affaire à des pathologies ciblées et où on travaille dans un domaine précis, souvent. En libéral c'est plus diversifié même si dans certains cas on oriente à des collègues plus spécialisés dans le domaine.

Orthophoniste : d'abord rééducateur et dans cette notion sont incluses l'activité de technicien et l'activité de thérapeute. Le rééducateur ne peut axer tout son travail sur des méthodes techniques.

La psychothérapie : le psychothérapeute est davantage dans le relationnel, dans ce qui fait que le langage ne peut pas être utilisé de manière optimale ou pour une communication efficace. Et pour une raison autre qu'un problème lié spécifiquement au langage, à la parole ou à l'articulation. J'avoue que je ne connais pas particulièrement bien son travail mais j'ai un ordre d'idée mais ça va varier d'une personne à l'autre, le but étant que la personne se sente à l'aise dans sa communication et dans son vécu. Et c'est là que je ne sais pas s'ils peuvent faire quelque chose

uniquement pour un problème de langage, de communication. C'est quand le problème dépasse la communication.

Demande et gêne sur la question : le bilan orthophonique met bien en évidence la nécessité d'une prise en charge ou non. Ça, c'est plus technique qu'autre chose. A partir de là, l'orthophonie sera-t-elle suffisante ? si j'en ai l'intuition, je l'exprime même si ce n'est pas une psychothérapie, déjà faire sentir que l'idée peut être envisageable. Si le bilan ne met rien en évidence côté langage et qu'on pense d'emblée à une psychothérapie, dans ces cas-là on oriente et c'est le psychologue qui voit. Donc la gêne peut venir quand les deux sont nécessaires d'une surcharge pour le patient (en cas de bégaiement par exemple) qui se sent très encadré, au niveau du planning ça peut être un peu difficile. J'aurais tendance à passer plutôt trop tôt que trop tard (à un psychologue). Des fois on propose uniquement par précaution, sachant qu'on peut toujours référer au médecin généraliste pour appuyer le choix. Je le suggère et puis un courrier pour y aller avant de consulter. Il y a des médecins plus partants pour ça que d'autres qui préfèrent voir les choses les unes après les autres.

Ça arrive souvent ? pas tant que ça. Peut-être parce qu'à Rennes il y a une bonne possibilité de suivi en CMP. Alors le médecin ou l'instituteur oriente plus directement vers le CMP qu'en libéral.

Comment introduisez-vous l'idée ? je la formule dès que je le ressens en laissant les choses faire leur chemin. Si on voit des soucis autres que le langage, ou que l'on ne progresse pas assez vite, il faut penser que ça pourrait l'aider. Et en général ça s'est bien passé, pas toujours, on ne peut pas généraliser. Une fois qu'on l'a proposé et qu'on a orienté, donné un nom, on a fait notre travail.

Vous estimez savoir ce que font les autres professionnels ? non. Le psychomotricien, assez. La psychothérapie, je vois le but recherché, la façon dont ça se passe : beaucoup de jeux chez les enfants, des entretiens chez les adultes, mais je ne pourrais pas penser à la place du psychologue ce qu'il cherche à faire à chaque fois qu'il propose un jeu, loin de là.

Vous avez des contacts ? en général... ça arrive que ce soient des psychologues qui nous adressent. En général, je contacte le psychologue par téléphone qui me fait un tableau de ce qu'il a pu repérer et qui me précise en général où il attend que mon activité intervienne. Et à l'inverse, c'est la même chose, un mot ou le téléphone pour décrire ce qui me gêne précisément pour ma rééducation. Il peut y avoir besoin d'orthophonie mais on sent le sujet pas prêt : trop turbulent. Mais je le tenterais quand même, même si ça ne sera pas facile.

Quels critères ? quand la plainte du sujet lors du bilan se pose dans d'autres domaines que le langage : je le comprends pas bien, il écrit mal ses phrases et puis le soir il veut pas s'endormir, et à l'école il est très turbulent, ou très inhibé... si je me rends compte au cours des séances qu'il y a vraiment une attitude de repli, mais une attitude de grande timidité au bilan est banale. C'est aussi une question d'âge.

Quel accompagnement : ça dépend des cas. En parler plusieurs fois, que le parent comprenne bien le sens de notre démarche, sans créer d'inquiétude particulière. Ne pas faire ressentir qu'il y a quelque chose de lourd chez cet enfant nécessitant plusieurs intervenants mais peut-être plutôt que chaque intervenant a une intervention limitée. C'est plus nos propres limites qu'on rencontre, qu'un enfant forcément très en difficulté. La psychothérapie peut accompagner un travail d'orthophonie. Le problème psychologique peut être à l'origine des difficultés d'apprentissage, là c'est assez clair qu'un travail en psychothérapie est important, mais il y a aussi le cas de l'enfant qui, par exemple, est dyslexique, et qui va avoir des problèmes psychologiques consécutifs à son vécu, à ses difficultés scolaires donc on peut orienter vers une psychothérapie, mais en expliquant bien aux parents ce qu'on en attend, c'est-à-dire un accompagnement de l'enfant dans son



quotidien, l'aider à mieux comprendre ses difficultés, à mieux les surmonter mais ne pas attendre un déblocage de la situation de la dyslexie.

Pourquoi garder l'enfant en orthophonie ? si on pense qu'il a besoin d'être aidé ailleurs mais qu'à côté de ça il a quand même moyen de progresser et profiter des séances. Il n'y a pas de raison de remettre à plus tard une rééducation.

Avez-vous un cas " parlant " ? une petite fille, c'était un problème de dysphasie. Elle était très inhibée. Je l'ai envoyée à un pédopsychiatre en ville et au bout de quelques séances, son comportement a vraiment changé : plus riieuse, faisait des farces, et c'était remarqué à l'école également. Mais le travail sur le langage était toujours à faire, mais mieux vécu par la petite. A l'inverse, on a parfois des demandes pour des ados qui ont du mal à s'exprimer et on a tendance à penser qu'en améliorant l'élocution, on va améliorer la communication. Le Huche explique que la qualité de la relation passe avant tout, et améliorer la relation, la communication, permet d'améliorer l'élocution.

## Témoignage 5

Votre parcours professionnel ? une année de psychologie à Rennes. Le diplôme d'orthophonie à Paris en 1998. Ensuite, j'ai tout de suite créé le cabinet. Je n'ai pas de temps pour les formations avec la création. Je commence cette année la Technique des Associations, et plus tard, Amy de la Bretagne. J'avais envie de me laisser le temps de voir pour faire des formations ciblées en fonction de mes manques. Mon collègue a fait la Technique des Associations et, étant à deux sur ce cabinet, c'est intéressant d'avoir la même vision des choses.

Vos orientations thérapeutiques ? non, comme je le sens. Je travaille dans la même vision, la même façon d'être que dans ma vie.

Faites-vous partie d'un groupe ? avec une ortho de l'hôpital, une autre d'une clinique et une en libéral autour des pathologies neurologiques. Mais de réflexion par rapport à ma pratique, non. Avec mon collègue, on discute pas mal déjà.

Les particularités de l'orthophonie en libéral ? par rapport à quelque chose ? à un centre. On est seul. On a une clientèle à nous. Une responsabilité. On doit faire l'effort de se mettre en relation avec les autres intervenants, sinon on réduit notre champ d'action. Ça permet de mieux comprendre l'enfant, comment il est en classe... parce qu'en séance, ça peut être un peu artificiel. Mais j'en sais rien. S'il y avait plus de coordination entre intervenants, ça serait plus intéressant. Ça arrive souvent qu'un enfant ait besoin d'aller voir un psychologue, ou en tout cas une consultation, mais c'est quasiment impossible d'avoir des relations avec un pédopsychiatre. C'est rare quand il rappelle... Parce qu'il y a des délais d'attente phénoménaux, six mois. On écrit des courriers et il n'y a pas de retour. Une fois, le psychologue qui avait demandé un bilan orthophonique a rappelé, et tout de suite on a pu mieux intervenir auprès de l'enfant, plus rapidement, pour voir ce qu'il lui fallait, et on l'a orienté vers un CMPP car il avait des troubles associés. Le libéral a ses limites parce qu'on aura pas tout de suite un autre intervenant à côté. Il faut faire l'effort de s'ouvrir à l'extérieur.

Vous vous définissez... il y a plusieurs casquettes. On peut être technicienne parce qu'on fait de la technique. Thérapeute parce que c'est thérapie. On est là pour soigner les gens, quelque chose qui ne fonctionne pas, ne va pas. Rééducation, on est moins là-dedans. La rééducation, on va aller

vers un résultat. Une fonction déficiente que l'on va essayer d'améliorer. Dans Alzheimer ou Parkinson, on n'est pas là pour faire de la rééducation parce que c'est une prise en charge, un accompagnement. La rééducation, ça a un côté mécanique.

La psychothérapie ? Psychologue ou psychanalyse. La technique, je ne la connais pas forcément en détail.

Etes-vous suffisamment informée des qualités des autres professionnels ? non, justement. Est-ce qu'on fait l'effort, en libéral ? il faudrait faire un groupe. Donc on ne connaît pas exactement les pratiques des autres. J'avais reçu une psychomotricienne qui s'installait, et finalement, on n'y connaît pas grand chose. J'ai surtout des contacts avec les médecins : généralistes, neurologues, spécialistes, et le kiné. Le psychologue, j'ai eu l'impression d'être hors circuit au CMPP, ça m'a refroidie. Je fais beaucoup de comptes-rendus, une fois une m'a répondu, je m'adresse plus facilement à elle.

Arrivez-vous à estimer la limite ? c'est variable dans le temps. Ça dépend de comment on se sent à ce moment-là. Le problème de langage est souvent un symptôme, des problèmes d'attention... La frontière... En fait, quand moi je me sens mal à l'aise, que ça me dépasse, je ne peux plus aider l'enfant, je l'oriente vers un psychologue.

Comment l'introduisez-vous ? J'explique que je ne peux plus, que j'ai atteint mes limites, je ne peux plus apporter quoi que ce soit à l'enfant et il peut même en souffrir. A partir du moment où je me sens incompétente. J'en parle et puis voilà. Soit j'arrête la rééducation, soit on continue un peu mais il faut que les parents aient une démarche pour aller voir un psy, sinon on arrête. J'essaie de bien dire aux parents que moi je ne peux pas et que ça sert à rien d'aller voir une autre orthophoniste. Je le sens, et j'essaie de m'écouter aussi, voir où sont mes limites. Il y a un enfant avec lequel je vais aller relativement loin parce que je vais me sentir à l'aise. Ça ne va pas me mettre en danger.

Sur quels critères ? Une souffrance qu'a l'enfant, on la voit, à travers des tas de choses, quand on le voit évoluer, si ça bloque, les relations avec les parents. On voit l'enfant en souffrance. Si on voit que notre intervention n'est pas suffisante, on le ressent. Y a pas de signe objectif. C'est subjectif et je ne réagirai pas de la même façon d'un mois sur l'autre par rapport à l'enfant. L'enfant qui souffre, on peut le voir au premier rendez-vous, et quelquefois ça n'apparaît qu'au bout de quelques séances. Vous voyez un enfant complètement agité, au niveau langage très bien, on ne peut pas apporter au niveau technique, ce n'est pas notre domaine. A partir du moment où il n'y a pas de trouble du langage ou qui relève de notre compétence, je le dis aux parents, je ne peux pas prendre l'enfant, il n'y a pas de doute.

Avez-vous reçu des parents pas prêts à plus ? peut-être... En général, on n'en parle pas donc on dit qu'ils ne sont pas prêts, le généraliste n'ose pas en parler, et je crois que c'est ses propres peurs aussi, on projette des choses, ses propres peurs sur le parent des enfants. Si les parents sont complètement opposés, j'y peux rien, mais au moins j'en aurai parlé. Si on n'en parle pas, si c'est un sujet tabou, c'est évident que les parents vont en avoir peur, ça garde un aspect mystérieux et les gens en ont peur parce qu'ils ne connaissent pas, parce qu'on en parle de façon compliquée. Moi, ça ne me fait pas peur d'en parler. Je préfère en parler plutôt que de ne rien dire. Faut pas être agressif, évidemment, et il faut faire attention à les déculpabiliser déjà, à bien leur expliquer que c'est pas eux, en tant que parents qui sont remis en cause, mais c'est parce que leur enfant souffre et que eux doivent justement garder leur rôle de parents et pas forcément tout comprendre et tout assumer tous seuls et qu'il faut se faire aider. Leur enfant n'est pas pour autant fou non plus. Il faut repréciser les peurs et en discuter avec eux. Pour qu'ils sortent de là en ayant un peu mieux compris pourquoi je leur ai proposé ça. Peut-être qu'ils vont pas aller tout de suite, mais quelques années plus tard, si une autre personne en parle.

Quelles ont été les réactions ? plutôt positives, je n'ai jamais eu de refus. Les gens comprennent. C'est vrai que des parents ne vont pas faire la démarche tout de suite, mais ils sont prêts à entendre. A partir du moment où on leur cache pas, où on leur explique simplement. Les gens sont prêts à tout, je dirais, à tout entendre. Quelquefois, ils font trop confiance au domaine médical, donc il faut pas dire n'importe quoi. Ils sont capables d'écouter, d'entendre.

Vous posez-vous des questions ? bien sûr, tout le temps. Les questions, c'est dans la pratique, dans le moment : qu'est-ce que je fais ? Comment je réagis, est-ce que je propose autre chose ? est-ce que j'en parle tout de suite à la mère ? Est-ce que l'enfant veut vraiment continuer, est-ce que c'est pas le désir de la mère ? C'est plus difficile de dire aux parents d'aller voir un psychologue que " votre enfant a besoin d'un psychologue ". Souvent, c'est les parents. Certains en ont pris conscience. L'enfant peut être porteur d'un symptôme familial. L'enfant fait éponge, symptôme du mal-être d'un parent. Quand le parent se soigne.

Faites-vous des doubles prise en charges ? oui. L'enfant sait où il va, est investi dans chacun, à partir du moment où c'est clairement dit aux parents.

Vous travaillez avec les parents ? pour les trois, quatre ans, de la guidance parentale. Ou alors je prends un temps tout seul avec l'enfant pour qu'il s'approprie les lieux, puis il invite ses parents un par un à une séance. Ça change suivant les inspirations. Si je suis à l'aise, si je n'arrive pas à cerner l'enfant avec son parent...

Pourquoi garder l'enfant en orthophonie ? si les parents sont opposés à une autre prise en charge et qu'on sait qu'alors l'enfant n'aura rien, pour aider un peu l'enfant.

## Témoignage 6

J'ai été diplômé à Paris en 93. J'ai fait deux fois la première année de médecine après le bac. J'ai eu le concours tout de suite. On était la deuxième année à avoir orthophonie en quatre ans.

Mes formations complémentaires. J'ai fait le Gepalm, l'IPERS, trois ans de Technique des Associations, et je suis en troisième année de PRL.

Orientations thérapeutiques : du fait de ces formations, et d'un parcours psychanalytique personnel, j'ai une orientation un peu " psy " mais c'est réducteur. Je suis pas psychothérapeute, ni analyste, mais c'est sûr que je vais peut-être prendre plus de recul par rapport au symptôme qui est proposé. Mais à part ça...

Participation à un groupe de travail. Je fais de la recherche dans un hôpital parisien, de la clinique ORL, ça n'a rien à voir avec le reste de ma formation, mais c'est un groupe de travail. Et puis, l'IPERS, j'ai un groupe de réflexion, trois fois dans l'année, sur la Technique des Associations, on s'est créé un petit groupe comme ça.

Parcours professionnel, en libéral et en salariat dès le début. En 1993 en libéral, en 1994 en service ORL jusqu'en septembre 2001, cabinet libéral à Rennes et deux jours par semaine à l'hôpital à Paris.

Définition de l'orthophonie en libéral. Alors... L'orthophonie pour moi, c'est la prise en charge des troubles de la communication. En libéral, par rapport au salariat, on est assez seul. Ça a du bien et du pas bien. Du bien, on est totalement libre et responsable de ses actes, en même temps ça me paraît important de pouvoir reprendre son travail ailleurs, ou avec d'autres thérapeutes, ou avec d'autres praticiens, orthophonistes ou pas, parce que ça me paraît dur à porter seul parfois, et puis ça fait du bien de pouvoir communiquer avec d'autres orthophonistes. C'est la prise en charge des troubles de la communication, qu'elle soit orale ou écrite, avec en plus pour moi, avec

ma spécialisation en ORL, je mettrais bien tout ce qui est déglutition de l'adulte, améliorer le quotidien de l'adulte qui ne parle pas bien, ou ne mange pas bien, ou les deux, la sphère oro-faciale.

Rééducateur, thérapeute, technicien... Vous ? praticien, ça fait un peu médecin. Rééducateur, pourquoi pas. Thérapeute, ça fait un peu psy. Technicien, c'est un peu réducteur. En même temps, on est technicien, on a des techniques à proposer. Rééducateur. Ça me plaît pas bien parce qu'on dirait qu'on va réparer et je ne crois pas qu'on soit là pour ça. Orthophoniste. Entre thérapeute et technicien. Un peu des deux. C'est pas simple.

Pour moi, le psychothérapeute, ça va être celui qui va... La psychothérapie doit être un lieu d'échange, d'écoute, de partage de l'expérience de celui qui vient pour une relation d'aide. Il va être plus dans l'analyse et dans l'interprétation de ce qu'il voit. Moi, j'essaie d'accueillir, comme en psychothérapie, la globalité du sujet, du symptôme qu'il présente mais je ne vais pas interpréter, ou pas trop en tout cas, je m'en défends, ou si je le fais, je le fais avec d'autres, pas tout seul, et c'est clair, je ne propose pas de psychothérapie, même si je vais avoir une attention particulière à ce que va dire le sujet, à la relation qui va s'instaurer entre lui et moi. En PRL, on travaille beaucoup sur l'articulation entre l'orthophonie et la psychothérapie. Moi je pense qu'on peut pas séparer de façon tranchée, en même temps je pense que l'on n'est pas là que pour un ch/j, on est là pour aider quelqu'un qui a un symptôme et ce symptôme s'inscrit dans sa vie, dans la globalité de sa personne. Donc on est là pour l'aider à avancer ; en cela c'est une relation d'aide comme en psychothérapie, et puis ça va s'arrêter au moment où l'orthophoniste va sentir que ses propres limites sont atteintes. Il n'y a pas de limite définie. Je pense que la limite est imposée par la relation que l'on a avec le patient, par le patient lui-même, et par surtout la possibilité d'écoute et d'aide de l'orthophoniste. C'est en cela qu'il peut y avoir une différence, je pense.

Demande et gêne par rapport à la question ? C'est par la relecture de ce que je vais vivre avec le patient que je vais pouvoir proposer avec lui et pour lui des choses qui me paraissent adaptées. Mais il y a certaines fois où je vais atteindre mes limites et où je pense qu'une thérapie sera plus adaptée, parce que moi, dans ma relation, je ne me sens pas aller plus loin avec le patient et je pense que je ne pourrai pas lui apporter.

Description d'un cas parlant. Un pré-adolescent en refus total de l'écrit, de l'école, qui va progresser en séance parce que je vais lui proposer autre chose que de l'écrit et qu'on va créer une confiance mutuelle qui va lui permettre petit à petit d'accepter d'entrer dans l'écrit et surtout dans les règles, et puis un jour, il vient en pleurs, dans un contexte familial particulier, en me disant qu'il a envie de partir de chez lui, qu'il a envie de mourir... Je me suis paniqué alors que j'aurais peut-être pas dû. Alors j'en ai parlé, sans le trahir avec ses parents, avec des amis psychologues, et petit à petit on en a rediscuté ensemble et je l'ai orienté vers une thérapie où les parents ont pu entendre qu'il fallait une thérapie et j'ai continué à suivre le pré-adolescent en rééducation. Je pense que je ne savais pas maîtriser son angoisse et la mienne. Je ne savais pas où il pouvait aller et ce que je pouvais entendre au travers de ses plaintes.

Etes-vous suffisamment informé des qualités des autres professionnels ? A Paris, j'avais un réseau de thérapeutes. Moi ayant fait une analyse, je sais bien les différences entre psychanalyste, psychothérapeute, psychiatre, pédopsychiatre, donc je peux orienter en fonction de ce que je ressens de la famille, de ses possibilités financières, de ce que je connais des thérapeutes, de leur propre travail (avec des enfants jeunes ou plus âgés). Des contacts avec eux. Oui, quand ils le souhaitent ou quand je le souhaite. C'est pas toujours facile, c'est pas toujours bon non plus parce que quelquefois l'enfant arrive avec l'étiquette donnée par un autre thérapeute, on n'a pas l'esprit

libre. Donc je ne suis pas sûr qu'il faille toujours avoir des contacts. En tout cas, je ne crois pas que ce soit une règle absolue.

Arrivez-vous à estimer quand ça n'est plus de votre ressort ? ça fait partie des propres limites qu'on a, quand le cadre qu'on propose à la rééducation n'est plus respecté. Quand on sent aussi que la famille est dans une souffrance terrible qu'on n'arrive pas à gérer seul. Je pense que oui, j'arrive à estimer. Ou on m'aide à estimer quand je peux reprendre avec d'autres personnes.

Quels critères, indices ? c'est tellement particulier à chaque cas. Je crois qu'il y a un indice important, c'est votre propre ressenti dans la rééducation. Dès que vous vous sentez débordé, angoissé. On peut se sentir pas à l'aise, agressé, mais tenir. Mais quand on commence à sentir qu'il y a un nœud, que ça n'avance pas, que soi-même on n'est pas bien, je pense qu'avant de paniquer il faut d'abord en parler, ensuite on voit avec les autres comme des groupes de PRL ou de travail si on peut avancer ou s'il vaut mieux passer le relais.

Est-ce estimable au bilan, pendant les séances ? je crois que c'est rarement estimable au bilan, sauf si j'estime que ça n'est pas du ressort de l'orthophonie, par exemple c'est plutôt un professeur qu'il faut... J'ai rarement orienté dès le bilan.

Vous a-t-on fait des " coups fourrés " ? Quand ça se passe comme ça, les médecins qui vous connaissent ne vous envoient jamais quelqu'un par hasard. Quand vous commencez à avoir un réseau, vous savez pourquoi il vous adresse celui là en particulier. Parfois l'orthophonie peut faire tremplin, si les choses sont bien claires dès le départ, tout le monde s'y retrouve. Et si je ne connais pas le médecin et que l'indication du bilan est trop lourde, j'appelle, je parle avec lui. Ça arrive, mais je pense que c'est plutôt que le médecin soit ne s'en sort pas soit parce qu'il ne maîtrise pas bien ce qu'il pourrait proposer à ce patient-là et donc je le pense plus comme un bilan proposé par un autre professionnel pour organiser différemment la prise en charge de l'enfant ou de l'adulte.

L'accompagnement. C'est patient-dépendant. D'abord ça me paraît évident qu'avant toute prise en charge, les parents soient acteurs de la prise en charge donc moi j'essaie, dans la mesure du possible, de rencontrer le papa et la maman. Que les parents soient porteurs du travail de leur enfant, et de l'histoire aussi, que je ne cherche pas à les isoler de leur enfant, que je cherche à travailler avec leur enfant, et donc avec eux. J'essaie que, de notre conversation, de notre avancée, il y ait peut-être des prises de conscience personnelles qui se fassent, et que peut-être ils soient amenés à se poser eux-mêmes la question. Moi c'est plutôt ça que je préfère, plutôt que de dire : il faut que vous alliez voir un psychologue. Ou alors si je le dis, je le dis pas comme ça et j'essaie de leur montrer pourquoi je suis en difficulté avec un problème, pourquoi ça me paraîtrait important, et pourquoi on est bien dans une aide de l'ici et maintenant et dans le futur de l'enfant ou de l'adulte en question. Donc c'est beaucoup de relationnel, beaucoup d'attention et beaucoup de... de se mettre à une écoute authentique de celui qui est en face de soi, en se disant qu'on ne peut pas l'emmener là où il n'a pas envie d'aller. Il ne peut vous donner que ce qu'il a, donc il ne peut pas forcément tout de suite et rapidement s'ouvrir, parler de ses propres difficultés, souffrances, je crois que ça met du temps et que ce temps fait partie de l'accompagnement. Je pense que c'est le temps et l'écoute.

Garder l'enfant ? Si on se demande si on l'oriente ou si on le garde ? C'est dépendant de ce qui se passe dans les séances. Est-ce que la relation évolue ou stagne ? Est-ce qu'il y a trop d'agressivité de part et d'autre, est-ce qu'on peut s'entendre ? Mais je ne suis pas sûr que ce soit forcément pour l'orienter vers un thérapeute, ça peut être passer la main à un autre orthophoniste, décider d'arrêter les séances, faire une coupure. Je crois que c'est très dépendant de la relation, du cadre, de vos propres limites et puis de comment les séances se déroulent, des progrès éventuels qui sont faits, de vos propres limites thérapeutiques.

- ***retranscription d'après une prise de notes (à la demande des orthophonistes ne souhaitant pas être enregistrés)***

## Témoignage 7

### Parcours personnel :

intérêt pour Chassagny dès le départ. Diplômée en 1979 à Nantes. Veut ensuite monter sur Rennes pour faire psychologie. Travail en IME, IMP<sup>47</sup>, CMPP à Rennes à mi-temps, et en libéral. DEUG de psychologie. Formation à la Technique des Associations. Participation à un groupe Balint. A partir de 1987, avec monsieur puis madame Lindenfeld, analystes parisiens, dans ATHELEC (association des thérapeutes du langage et de la communication), quatre à six ans de formation et groupe de contrôle une fois par mois. Grande psychanalyse personnelle. Participation à l'association de la cause freudienne (ACF). Psychanalyse à contrôle thérapeutique. DESS de psychopathologie en 2000. Travail à la " section clinique " (école de psychanalyse) de Rennes depuis 1994.

Ne se considère pas comme orthophoniste " pure ", s'il y en a.

Il faut évaluer la demande, le symptôme. Est-ce que les parents peuvent entendre quelque chose de leur part dans le symptôme de l'enfant ? Comment l'enfant se positionne ? Avec quels concepts on travaille ? Certains symptôme se prêtent au psy, comme le bégaiement.

Quelle définition de la psychothérapie : comportementaliste... comme ça, ça va bien avec l'idée de rééducation... la déviation du symptôme, le désir de l'enfant n'est pas interrogé.

Quels critères pour une psychothérapie ? Le comportement, l'affectif, l'échec.

Une famille s'adresse à vous. On doit être en mesure de s'en occuper. On fait bouger les choses en jouant sur cette relation. Ça marche à partir du moment où la famille accepte.

Rapport des parents au savoir, à la communication, au langage écrit, fait que l'enfant puisse n'en rien savoir.

Considère le symptôme comme psychologique dès le départ.

A que psychothérapeute on adresse ? Quel diagnostic psychologique ?

les parents viennent parce qu'on leur a dit de venir. Si l'enfant est heureux de venir, les parents acceptent, ça part de là.

Exemple d'un enfant avec une baisse de résultats scolaires brutale. La mère refuse l'approche de Madame 7 car ne voulait que de l'orthophonie, ne voulait rien en savoir.

Dans la logique actuelle, un trouble égal un remède.

Il faut se demander : pourquoi cette personne a construit ce symptôme, à qui et à quoi il sert avant de le rééduquer.

Quand l'enfant est en grande difficulté, ils ne comprennent pas, les parents. On voit des parents qui n'iraient pas voir de psychologue.

Toujours entendre la demande mais ne pas y répondre. Répondre à côté pour qu'ils s'interrogent sur la demande.

---

<sup>47</sup> IMP : Institut Médico-Pédagogique.

En PRL, la relation permettra de faire sauter le symptôme. Mais parfois il faut créer des symptômes pour pouvoir vivre avec.

## Témoignage 8

### Parcours personnel :

études de sciences, puis l'école de Lyon, diplôme en 1969. Mémoire sur la phoniatry. Stages de phoniatry avec Monsieur Le Huche, et journées sur la phoniatry avec Cécile Fournier. Le bégaiement, je ne veux plus en faire. Expression scénique avec Sylvie Le Huche.

Le côté scolaire ne m'intéressait pas. L'aspect phoniatry plutôt.

Bagage technique, oui, mais de moins en moins. Il y a un savoir-faire technique. Et beaucoup de relationnel : tout va beaucoup mieux alors que j'ai à peine travaillé ça.

Utilisation de la relaxation technique Le Huche : le training autogène.

J'ai commencé la formation PRL mais pas complète car ça ne m'a pas plu du tout. C'est TRES psy. J'ai l'impression dans faire beaucoup, mais cette façon d'interpréter... ça me met mal à l'aise.

Je fais de la rééducation vocale, orthodontique, mais pas très technique.

Les groupes de travail, c'est indispensable.

Je suis en libéral depuis le début (choix) et un mi-temps en CMPP pendant quinze ans. Il y a un travail d'équipe.

Et un groupe Balint pendant un an.

En libéral, pas de structure lourde. On n'est jamais tout à fait isolé.

J'envoie chez un psychiatre, en général, parce que c'est remboursé.

La psychothérapie, c'est une relation d'aide. Je ne sais pas, je n'y ai jamais assisté.

Quand ça se sent, il y a un malaise, les parents en parlent.

La plupart n'ont pas besoin. Pas d'envoi systématique si troubles scolaires.

On en parle souvent. Ça serait une bonne chose. En général ils sont d'accord. Il ne faut pas être directif.

L'enfant doit être heureux de venir ici. Je ne suis jamais dépassé.

Dans la mesure où la personne est heureuse de venir et qu'il y a des troubles orthophoniques...

Question pas résolue : qu'est-ce que l'orthophonie ? “ ça marche, c'est remboursé... ”

Conseil : faire du général. La voix, ça aide pour l'orthographe... mais avec des limites pour les rééducations pointues (déglutition post chirurgicale ou neurologie, ça demande une formation).

## Témoignage 9

Diplômée à Nancy en 1969.

Plein de formations : Le Huche, de la neuropsychologie à la Salpêtrière, de la phoniatry.

Participation à un groupe Balint, discussion avec une psychologue des cas, et sa réciproque.

Travail en CMPP et en neurochirurgie, puis en libéral et en clinique de rééducation fonctionnelle.

Définition Comme un généraliste, tous les cas à résoudre. On est obligé de se former dans tout. On est thérapeute. Forcément rééducateur. Thérapeute j'aime pas trop, pas seulement, on fait appel à la personne globalement.

Critères, indices ? Quand l'enfant est très immature, instable, avec des problèmes de comportement, quand il y a un blocage indéterminé. Quand il y a refus de rééducation, opposition.

Ce que peut être une psychothérapie ? des entretiens, des dessins, des jeux, je pense. L'enfant doit être motivé. Chez l'orthophoniste, le but est clair. Chez le psy, on sait pas trop quoi dire, quelle finalité.

Il y a des problèmes de remboursement, donc on envoie souvent en CMPP.

J'ai trouvé un psychologue avec du retour, un compte-rendu, pour moi et pour les parents. C'est plus intéressant.

En psychothérapie, on ne sait pas ce qui se passe.

J'ai des contacts avec un psychomotricien, des psychothérapeutes, les instituteurs.

Si la rééducation n'avance pas, ça bloque, je demande de l'aide, un avis extérieur.

Si j'ai un doute au bilan, j'envoie chez un psychologue, ou pendant les séances, c'est variable.

Si l'enfant est instable au bilan ou présente des problèmes globaux, envoi vers un CMPP, mais problème d'attente de six mois.

L'accompagnement. C'est variable. On tente l'orthophonie, et on va voir. Les parents préfèrent un essai en orthophonie de dix séances.

Une fois, agressivité des parents, surpris par l'annonce.

Les parents sont d'accord s'il y a de grosses difficultés.

Les doubles prises en charge, pas beaucoup, car problème de Sécurité Sociale.

Exemple d'une petite de trois ans, elle a fait une psychothérapie, puis elle est retournée en orthophonie.

Quand il y a des troubles du comportement consécutifs aux troubles du langage, l'orthophonie permet de remettre la communication et le comportement s'améliore.

L'aide extérieure des classes d'adaptation évite la perte de temps.

## Témoignage 10

Diplôme de psychomotricité en 1980 à Paris.

Travail en institution en IME, IR<sup>48</sup>, et école de psychanalyse.

Analyse personnelle.

Diplôme d'orthophonie en 1987 à Paris. Liens entre les deux professions du rapport corps/langage.

Formation Le Huche pour le rapport du corps à la voix. Formation de relaxation, de jeux dramatiques.

Travail en IME puis installation en libéral, avec des patients de l'IR.

---

<sup>48</sup> IR : Institut de Rééducation.



Utilité de travailler en réseau : instituteur, psychologue, médecin.

Particularité du libéral : la liberté de choisir ses partenaires, ses patients, son travail. Et la solitude.

Participation à un groupe, mais sans superviseur.

Ce qui nous renseigne, c'est la progression de l'enfant.

“ je continue de vous voir à condition... ” “ donnez-moi des nouvelles ” comme étayage.

La question c'est : quoi dire aux gens quand c'est fini ici.

Pour les parents, donner des repères dans le temps (dans six mois...)

On les repère, les enfants “ borderline ”.

Certains parents demandent : est-ce que c'est de l'orthophonie ?

Les parents qui supportent, on peut aller jusqu'à envoyer à l'hôpital de jour.

Ou pas :on voit dans trois mois.

Critères : quand ça n'avance pas.

Je suis protectrice des parents : “ moi j'ai besoin de l'avis d'un psy... et vous réfléchissez pourquoi j'ai dit ça. ” pour apporter des éléments.

Moi je ne sais pas, mais je pense que.

Pour une thérapie familiale, plus difficile.

Je laisse le centre décider de la forme de psychothérapie.

Importance de donner des noms.

## Témoignage 11

Diplôme en 1978 à Nantes. Un an en CMPP et du libéral.. PRL dès la deuxième année. Puis du libéral.

Petite fille psychotique amène à travailler en synthèse avec un pédiatre.

Groupe Balint avec un pédiatre et congrès Balint.

Association en libéral.

Travail en groupe pour des adolescents ayant des troubles du langage écrit avec un pédiatre.

Technique des associations.

Psychothérapie personnelle pendant cinq ans en groupe par analyse transactionnelle.

Vécu du parent avec mon fils en difficulté.

Formation sur la trisomie 21 et la prise en charge du petit enfant et de sa famille.

Le libéral : liberté, car le médecin a une mauvaise connaissance. En ville, choix des pathologies.

Autres termes : speech therapist, ou encore logophoniste (Le Huche).

La psychothérapie : l'enfant va moins mal. Traite la souffrance derrière le symptôme. Quand il y a une négation du symptôme, de la souffrance. quand il y a un engrenage de l'échec généré par le trouble.

Informée : oui, je sais à qui adresser. Mais pas assez de liens pour discuter des cas.

Critères : pour un enfant sans problème de langage mais avec des troubles du comportement, c'est rapide ! Quand ça vient d'un médecin avec une indication biaisée, ne pas psychiatriser.

Quand le problème n'est pas là : difficulté de contrainte, de cadre, de curiosité. Estimable pendant le bilan ou les séances, c'est variable.

Introduction : il a des troubles du langage, mais aussi... Ce n'est pas facile pour lui.

Renvoyer la question pour avoir leur réponse à eux, parents.

Montrer que l'enfant souffre.

Pourquoi garder ? Quand les parents ne sont pas prêts. Il faut un temps pour faire entendre que le problème n'est pas là. Les parents nous ont choisi comme thérapeute, donc réticence à transférer l'investissement sur quelqu'un d'autre. Prendre de la distance pour éviter la fusion .