

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche – « Médecine et Techniques Médicales »

Année Universitaire 2014/2015

Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Capacité d'Orthophoniste

Présenté par

Cindy ALEMANY-CHAMPENOIS (née le 23/11/1992)

Manon CELERIER (née le 24/01/1989)

Les « groupes thérapeutiques » en orthophonie

Etude et analyse à partir d'un questionnaire créé pour des
orthophonistes menant des activités groupales auprès d'enfants
de 2 à 15 ans

Président du Jury : Mr LELOUP Jean-Pierre, Psychomotricien

Directrice du Mémoire : Mme VIGNE-LEBON Claire, Orthophoniste

Membre du Jury : Mme VILLETTE Sylvie, Orthophoniste

REMERCIEMENTS

Nous remercions tout d'abord Monsieur Jean-Pierre LELOUP d'avoir accepté de présider notre jury.

Nous remercions chaleureusement Madame Claire VIGNE-LEBON, directrice de ce mémoire, pour ses conseils avisés et son soutien indispensable tout au long de cette année.

Un grand merci à Madame Sylvie VILLETTE pour son investissement en tant que membre du jury, et pour la transmission de sa précieuse expérience en tant que maître de stage.

Nous sommes sincèrement reconnaissantes envers les orthophonistes qui ont pris le temps de répondre à notre questionnaire et sans qui ce projet n'aurait pu aboutir.

Nous remercions tous les professionnels ayant participé de près ou de loin à la réflexion et à l'élaboration de ce mémoire.

Enfin, nous mesurons l'expérience considérable transmise par nos maîtres de stage lors de cette dernière année d'études. Nous leur en sommes extrêmement reconnaissantes.

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

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	1
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	7
CADRE THEORIQUE	8
PARTIE I – L’ORTHOPHONIE	8
1) Les sources de l’orthophonie.....	8
a) Des balbutiements autour de la surdité.....	8
b) Elargissement à d’autres domaines du langage.....	9
c) Les courants fondateurs de l’orthophonie moderne	10
2) L’orthophonie aujourd’hui	12
a) Définition... et anti-définition.....	12
b) La compétence des orthophonistes.....	15
c) La pratique orthophonique.....	16
3) Le soin et l’orthophonie	19
a) L’orthophonie, une profession de soin.....	19
b) Vers une orthophonie « thérapeutique ».....	21
PARTIE II- LE CONCEPT DU GROUPE	27
1) Approches ethnologique et sociologique du groupe	27
a) Définition générale.....	27
b) Les origines primitives du groupe	28
c) Natures et critères groupaux.....	29
2) La dynamique de groupe	32

a) Un concept « vivant »	32
b) Un processus paradoxal	33
3) Histoire des groupes thérapeutiques	34
a) Groupes psychanalytiques	34
b) Les groupes en orthophonie	39
PARTIE III – LA NOTION DE SOIN AU SEIN DU GROUPE	41
1) La notion de soin dans les groupes	41
a) Le cadre thérapeutique groupal	41
b) La notion clé de « contenance »	48
2) De la médiation à la symbolisation	52
a) Origine et nature de la médiation au sein du groupe : la médiation mise à jour.....	53
b) Médiation et vie psychique : « un détour pour la symbolisation »	57
c) Objets médiateurs en orthophonie	58
PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF DE RECHERCHE	64
PARTIE PRATIQUE.....	65
I – METHODE	65
1) Population ciblée	65
2) Matériel utilisé : le questionnaire informatique.....	66
a) Le choix du questionnaire.....	66
b) Elaboration du questionnaire de l'enquête	67
3) Procédure	74
II – RESULTATS.....	77
1) Structures et pathologies	77
a) Les structures recensées :	77
b) Pathologies rencontrées en pédopsychiatrie	80
2) Les objectifs des groupes.....	82
a) Objectifs en lien avec les populations accueillies	82
b) Objectifs communs retrouvés dans tous les groupes	84
3) Les types de groupes	85

a) Leur composition	85
b) Essai de classification par thèmes	86
4) La notion de « thérapeutique »	89
a) Proportion de groupes estimés thérapeutiques	89
b) Éléments cochés pour considérer un groupe comme « thérapeutique » ...	92
c) Données qualitatives concernant les groupes « thérapeutiques »	95
III – DISCUSSION	104
CONCLUSION	112
BIBLIOGRAPHIE	113
ANNEXES	118

INTRODUCTION

Tout individu appartient à un groupe. C'est là une caractéristique essentielle de l'Être Humain, qui, tout au long de son évolution, n'a eu de cesse de rechercher auprès de ses pairs un sentiment de communauté. Le groupe peut ainsi être social, familial, scolaire ou bien encore « thérapeutique ».

Nous avons ainsi pu faire l'expérience de prises en charge groupales en orthophonie au détour de différents stages, au sein de diverses structures et auprès de populations tout aussi hétéroclites. Ces observations nous ont particulièrement intéressées et questionnées.

Cohou évoque ainsi une nouvelle épidémie, « la groupite institutionnelle »¹, comme une inflammation qui s'étalerait sur la peau des institutions soignantes. Mais en quoi un groupe peut-il être considéré comme thérapeutique ? Quelles formes adopte-t-il en orthophonie ? « Qu'est-ce qui soigne »² ? L'élaboration d'un questionnaire dirigé aux orthophonistes menant ce type de prises en charge apparaît le plus à même de répondre à ces interrogations.

En effectuant tout d'abord un retour sur la discipline paramédicale qu'est l'orthophonie, puis en passant en revue la vaste littérature psychothérapique où les groupes de soin ont pris naissance, nous aborderons enfin les données actuelles concernant cette modalité de prise en charge. La deuxième partie de notre travail sera consacrée à la présentation de notre questionnaire ainsi qu'à l'analyse des réponses recueillies.

Commençons tout d'abord par retracer l'historique de la profession.

¹ Cohou, 2006

² Privat et Quélin-Souligoux, 2005

CADRE THEORIQUE

PARTIE I – L’ORTHOPHONIE

La première partie de notre travail est consacrée à la vaste discipline qu’est l’orthophonie. En retraçant l’historique de cette profession, puis en la définissant selon un éclairage plus actuel, nous posons les bases théoriques indispensables à ce mémoire de recherche. Enfin, nous évoquerons diverses approches ayant contribué à faire évoluer les pratiques orthophoniques.

1) Les sources de l’orthophonie

Nous nous attellerons dans ce premier temps à effectuer un balayage chronologique de l’histoire de l’orthophonie, depuis ses prémices jusqu’à sa véritable constitution. Rappelons à ce titre que sa construction fut d’abord européenne : l’orthophonie française est encore une toute jeune discipline. Nous tenterons donc de passer en revue quelques grands noms ayant contribué à la création et à l’émergence de l’orthophonie actuelle, dont les champs de compétences sont encore trop méconnus.

a) Des balbutiements autour de la surdité

Il nous faut remonter au XVIIIème siècle pour avoir un premier aperçu des débuts de l’orthophonie auprès d’une population particulière : les personnes sourdes. A cette époque en effet un grand intérêt est porté à la surdité en Europe.

Nombre de médecins et d'instituteurs se livrent à la « démutisation » des « sourds-muets », à l'instar de Johann Conrad Amann, médecin d'origine suisse, qui est la « référence constante » des oralistes de cette période et qui s'intéresse également à la physiologie de la voix et de la phonation³. L'espagnol Jacob Péreire, précurseur du siècle des Lumières, s'inscrit lui aussi comme un illustre éducateur auprès des sourds. Il use en effet d'une pratique résolument novatrice et moderne pour son époque dans l'instruction de ses « élèves » sourds, en proposant notamment une dactylogogie se rapprochant du Langage Parlé Complété, en privilégiant la lecture labiale et en favorisant l'apprentissage précoce de la lecture chez ces enfants.

Outre ce courant oraliste, n'omettons pas de citer l'influence de l'Abbé de l'Épée durant le XVIIIème siècle. Ce dernier est en effet considéré comme le précurseur de l'enseignement spécialisé des sourds. Percepteur de deux jumelles sourdes, l'ecclésiastique constate qu'elles communiquent entre elles grâce à des signes et des gestes. « Il découvre alors que les gestes peuvent exprimer la pensée humaine autant qu'une langue orale »⁴. Il crée ainsi une petite école et y développe un système de « signes méthodiques » auprès de ses élèves. Toutefois, cette méthode entraînera de nombreuses polémiques en France, jusqu'au Congrès de Milan en 1880 qui interdira l'utilisation des gestes dans l'enseignement des élèves sourds.

b) Elargissement à d'autres domaines du langage

Dès le XIXème siècle, divers domaines du langage attirent l'intérêt des médecins et autres spécialistes de l'époque. Jean Marc Gaspard Itard, médecin et rééducateur oriente ainsi son travail vers la démutisation des sourds et la rééducation du bégaiement. Il est également connu pour ses travaux concernant l'acquisition et le développement du langage, en témoigne son célèbre Rapport sur l'éducation de Victor, « l'enfant sauvage » de l'Aveyron à qui il a tenté d'inculquer le langage sans succès. Très en avance sur son temps, il décrit dès 1828 les dysphasies ainsi que leur rééducation.

³ Héral, 2006, p. 11

⁴ Brin-Henry, Courrier, Lederlé et Masy, 2011, p.1

Au contact d'Itard et grâce à l'aide de celui-ci, Edouard Séguin élabore un programme d'éducation spécialisée pour les enfants présentant un handicap mental. Il révolutionne alors les méthodes d'enseignement pour ces enfants et introduit la notion d' « intégration » pour ces élèves : Suzanne Borel-Maisonny reconnaîtra d'ailleurs son apport fondamental et son rôle de précurseur de l'orthophonie⁵.

Toujours dans cette optique d'élargissement des intérêts et des pratiques, citons André Castex, médecin ORL qui exerce notamment à l'Institution Nationale des sourds-muets à Paris. Ses nombreux écrits ont marqué l'histoire de l'oto-rhino-laryngologie française. Particulièrement intéressé par la voix, il crée l'ouverture d'un Cours gratuit d'orthophonie en 1903 et participe à la publication, dix-sept ans plus tard, d'un des premiers « Traité d'Orthophonie », ouvrage collégial démontrant les nombreux champs d'application de cette discipline.

c) Les courants fondateurs de l'orthophonie moderne

C'est de l'alchimie de trois disciplines que naît l'orthophonie actuelle : la médecine, la linguistique et la pédagogie. En effet, outre les grands précurseurs cités précédemment, trois noms s'imposent à nous dans nos recherches et semblent faire consensus concernant l'historique de notre profession au sens communément admis aujourd'hui : le docteur Marc Colombat de l'Isère, la linguiste Suzanne Borel-Maisonny et enfin le pédagogue Claude Chassagny.

• La médecine : Marc Colombat de l'Isère (1797 – 1851)

C'est à ce médecin français que nous devons le terme d'« orthophonie », du grec *ortho* signifiant « droit, régulier » et *phonos* « son, voix ». Ce terme inventé en 1829 désigne ainsi la correction des troubles de la voix et des « vices de la parole » et constitue de ce fait une « nouvelle branche des sciences médicales ». Colombat étudie principalement le bégaiement et crée l'Institut d'Orthophonie en 1830 en vue de le traiter, ainsi que toutes les autres maladies de la voix.

⁵ Héral, 2006

- **La linguistique : Suzanne Borel-Maisonny (1900-1995)**

Cette grammairienne et phonéticienne passionnée de la langue française est aujourd'hui encore considérée comme la principale figure de l'orthophonie dans notre pays.

Elle est appelée en 1926 par le Dr Veau, spécialiste des « becs de lièvre » à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Paris, pour travailler à ses côtés auprès d'enfants atteints de fentes labio-palatines. Intervenant d'abord de manière expérimentale auprès de ces patients, elle étend ensuite ses recherches cliniques et ses travaux à divers domaines, pouvant toucher aussi bien les enfants que les adultes, tels que la surdité, l'aphasie, les troubles d'articulation, le bégaiement ou encore la dyslexie, pour n'en citer que quelques uns. Peu à peu, « elle en vient à s'occuper aussi de la parole, puis du langage et de la pensée-langage ; c'est ainsi que l'orthophonie française a fini par embrasser la communication, le langage tout entier, qu'il soit oral ou écrit, et quelle que soit son origine, fonctionnelle, organique, traumatique, ou due à des handicaps divers »⁶. Ainsi l'orthophonie devient logiquement une discipline « fixée dans le champ de la médecine » et touchant à la communication toute entière.

Madame Borel-Maisonny crée de nombreux tests, ainsi que sa célèbre méthode éponyme phonético-gestuelle d'apprentissage de la lecture, et publie une quantité considérable d'articles. Elle est également à l'origine, en 1955, de l'attestation d'études d'orthophonie (aujourd'hui « Certificat de Capacité d'Orthophoniste » d'après la loi du 10 juillet 1964). Cette linguiste est aujourd'hui encore considérée comme la Mère de l'orthophonie en France.

- **La pédagogie : Claude Chassagny (1927 – 1986)**

Il convient de citer cette autre illustre figure de la profession en la personne de Claude Chassagny. Dès les années 1950, cet instituteur dyslexique et dysorthographe, qui deviendra rééducateur et psychanalyste, s'intéresse à

⁶ Kremer et Lederlé, 2009, p. 9

l'apprentissage de la lecture chez des enfants inadaptés socialement ou scolairement.

Il est l'initiateur de la Pédagogie Relationnelle du Langage que l'on décrira plus précisément dans une prochaine partie, ainsi que de la Technique des Associations. Il crée en 1971 l'IPERS (Institut Pédagogique d'Enseignement Rééducatif Spécialisé) afin d'y assurer ses formations. C'est suite à la disparition de cette structure en 2004 que naissent les « Ateliers Claude Chassagny ». Ce pédagogue est à l'origine d'une approche plus psychologique et relationnelle dans la thérapie du langage.

2) L'orthophonie aujourd'hui

a) *Définition... et anti-définition*

- Définition

La première définition de l'orthophonie introduite par le Docteur Marc Colombat de l'Isère comme une correction des « vices de la parole »⁷ s'éloigne très nettement de notre conception actuelle de la profession. Selon Le Dictionnaire d'Orthophonie⁸, on retrouve, au terme « orthophonie » :

« Discipline paramédicale dédiée à la prévention, au dépistage, à l'évaluation, au diagnostic et au traitement des troubles de la voix, de la parole, du langage oral et écrit dans son expression et sa compréhension, de la communication orale et écrite, et des troubles de la déglutition, chez les personnes tout au long de leur vie. »

Ainsi, la définition en vigueur de la profession, selon le premier alinéa de l'article L.4341-1 du Code de la Santé publique, est celle-ci :

⁷ Colombat de l'Isère, 1829, cité par Héral, 2006

⁸ Brin-Henry et al., 2011

« Est considérée comme exerçant la profession d'orthophoniste toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes de rééducation constituant un traitement des anomalies de nature pathologique, de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit, hors la présence du médecin.

Les orthophonistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale. »

L'auxiliaire médical qu'est l'orthophoniste intervient donc autour de trois grandes modalités, qui concernent : la prévention, le dépistage ainsi que la prise en charge, via le traitement orthophonique. De par ses compétences pluridisciplinaires, l'orthophoniste est ainsi amené à rencontrer des personnes de tous âges rencontrant des difficultés qui entravent leur communication au quotidien, et ce, quelle qu'en soit l'étiologie.

- **Ce que l'orthophoniste n'est pas**

De nombreux écueils restent toutefois possibles lors de la tentative de définition de l'orthophonie, tant les limites de cette discipline au carrefour de nombreux domaines peuvent sembler floues. A titre d'exemple, citons ces parents qui amènent leur enfant à son « cours d'orthophonie » ! Kremer et Lederlé⁹, tous deux orthophonistes, expriment ainsi le souhait des professionnels de ne plus être « confondus avec des enseignants spécialisés, des orthopédistes ou encore avec d'autres thérapeutes... ». De même, « l'orthophonie a souvent un statut difficile » nous dit Estienne¹⁰.

Dans leur ouvrage, les médecins Morgon et Aimard¹¹ introduisent leurs propos par une anti-définition de cette profession aux nombreux « domaines limitrophes ». Nous avons ainsi choisi de reprendre à notre compte cette présentation étonnante en vue de définir cette fois ce que l'orthophoniste n'est pas.

⁹ Kremer et Lederlé, 2009, p.5

¹⁰ Estienne, 2004, p.10

¹¹ Morgon et Aimard, 1988

- **Il n'est pas éducateur** : un enfant qui se développe correctement n'a pas besoin d'un accompagnement spécifique dans son éducation, l'orthophoniste n'est donc pas amené à rencontrer tous les enfants.
- **Ce n'est pas non plus un pédagogue**. Même s'il est amené à travailler autour des apprentissages de l'enfant, l'orthophoniste n'est pas un enseignant, il ne vise pas un objet d'apprentissage ou une transmission de savoir. De par ses compétences propres, l'orthophoniste se situe plutôt dans une « pédagogie personnalisée » qui aide l'enfant à progresser : l'objectif ici est bien l'individu.
- **L'orthophoniste n'est ni psychomotricien, ni kinésithérapeute**. Certes, il peut être amené à travailler ponctuellement autour de la sphère bucco-faciale ou de la graphie notamment, mais ces disciplines ont leurs propres praticiens spécialisés.
- **Ce n'est pas un psychothérapeute**, même si la relation qui se noue avec un patient dépasse parfois le champ du « langage apparent ». On sait combien le langage est complexe et combien ses troubles peuvent être intriqués à l'histoire propre du patient. Il convient évidemment d'en tenir compte dans sa pratique.
- **Enfin, rappelons que l'orthophoniste n'est pas un simple technicien**. S'il est évident que la compétence technique constitue un « bagage indispensable »¹², l'orthophonie ne s'y réduit pas. Cette discipline met d'abord l'humain au centre de sa pratique en tant que sujet singulier. Reprenons les propos de Françoise Estienne qui décrit ainsi le statut « hybride » de l'orthophoniste : « contraint à voltiger ou à cascader entre l'intuition de l'artiste et la rigueur du pointillisme du scientifique, la rigueur de la théorie et la souplesse de la pratique »¹³.

¹² Morgon et Aimard, 1988, p.2

¹³ Estienne, 2004, p.10

b) La compétence des orthophonistes

Cette toute jeune discipline qu'est l'orthophonie a beaucoup évolué, notamment au niveau légal, ces dernières décennies. Sans relater ici toutes les étapes historiques de la création de la profession, nous nous cantonnerons à évoquer les avancées majeures de la législation relative à notre formation et à nos compétences spécifiques.

- **Les études**

C'est en 1964 qu'un statut légal est accordé à la profession d'orthophoniste, parallèlement au premier diplôme national qui voit le jour à cette même période sous l'impulsion de Suzanne Borel-Maisonny, le Certificat de Capacité d'Orthophonie. Avec l'adoption en 2013 de la réforme des études paramédicales visant une harmonisation dans le système européen « LMD »¹⁴, les études d'orthophonie passent de quatre années à cinq désormais, portant ainsi le diplôme au grade « Master ». La formation initiale des orthophonistes est composée d'enseignements théoriques et dirigés, de stages pratiques, et se conclut par la rédaction d'un mémoire de recherche. On répertorie aujourd'hui 18 écoles sur le territoire français. Pour l'année 2013/2014, le numerus clausus s'élevait ainsi à 808 étudiants admis à entrer en Ecole d'Orthophonie sur concours.

Enfin, si la formation continue était déjà primordiale aux yeux des orthophonistes qui souhaitaient parfaire leur formation initiale, le « DPC »¹⁵ entré en vigueur en 2013 oblige désormais les orthophonistes à participer chaque année à une formation, dans le but de s'ajuster au mieux à l'évolution constante des progrès, techniques et recherches liées à notre pratique professionnelle.

¹⁴ Licence – Master – Doctorat

¹⁵ Développement Professionnel Continu

- **Le décret de compétences**

Concernant son statut légal, l'année 2002 marque un tournant majeur dans la reconnaissance de la profession d'orthophoniste. En effet, Mai 2002 signe l'arrivée d'un nouveau décret de compétences tant attendu par les professionnels. Les différents articles publiés explicitent ainsi le rôle de l'orthophoniste non seulement dans la prévention, l'évaluation et la prise en charge précoce des différents troubles rencontrés, mais aussi sa capacité à compléter ou suppléer ces fonctions atteintes. Autre avancée majeure pour les professionnels, la prescription initiale du médecin est désormais formulée de la sorte : « bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire ». L'orthophoniste est ainsi seul responsable de la mise en œuvre ou non du traitement qu'il juge approprié suite au bilan qu'il aura effectué.

c) La pratique orthophonique

Nous tenterons tout d'abord d'effectuer un état des lieux de la profession en France, à la fois au niveau démographique et selon les différentes modalités d'exercice possibles, avant de nous pencher succinctement sur les multiples domaines de prise en charge orthophonique.

- **Démographie et modalités d'exercice**

Selon le site de l'INSEE ayant effectué un recensement des professions de santé en 2014 en France, près de 23 000 orthophonistes seraient répertoriés sur le territoire. Bien que ce nombre soit en constante augmentation au fil des années, les disparités selon les régions restent conséquentes : les zones rurales françaises, véritables déserts médicaux, connaissent en effet une grande pénurie d'orthophonistes.

Différents modes d'exercice s'offrent aux orthophonistes français. Si la majorité d'entre eux opte pour une installation en cabinet libéral, un exercice salarié est

également possible. Le salariat peut ainsi concerner le secteur public, dans les établissements rattachés à la Fonction Publique Hospitalière, ou bien encore le secteur privé, notamment au sein de centres spécialisés tels que les CMPP¹⁶ ou les SESSAD¹⁷. Enfin, un mode d'activité mixte est également possible, combinant ces deux types d'exercice.

- **Les cadres d'action : pathologies et rééducations**

Ainsi, selon son mode d'exercice, l'orthophoniste peut être amené à rencontrer des populations très diverses. Du très jeune enfant à l'adolescent, en passant par les adultes et les personnes âgées, et selon que leurs difficultés soient d'origine fonctionnelle, traumatique ou encore congénitale, l'orthophoniste est amené à travailler différemment auprès de tous ces patients entravés dans leur communication.

Le décret de 2002, relatif aux actes et à l'exercice de la profession, précise les différents domaines propres à la compétence des orthophonistes. La pratique orthophonique concerne ainsi :

- Les anomalies de l'expression orale ou écrite :

Quelle qu'en soit l'origine ou l'étiologie, l'orthophoniste est habilité à prendre en charge tous les troubles de l'articulation, de la parole et du langage oral ou écrit, qu'il s'agisse de la conséquence d'un handicap ou bien d'un trouble structurel.

- Les pathologies oto-rhino-laryngologiques :

Ce domaine recouvre ainsi toutes les pathologies de la voix, d'origine organique ou fonctionnelle, mais également toutes les rééducations en lien avec la surdité ou

¹⁶ Centre Médico-Psycho-Pédagogique

¹⁷ Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

encore les fonctions oro-myo-faciales, ayant un impact sur la production langagière du patient.

- Les pathologies neurologiques :

Qu'il s'agisse de patients cérébrolésés ou encore de pathologies neurodégénératives, l'orthophoniste est là encore sollicité, notamment autour de la prise en charge des aphasies séquellaires d'un AVC¹⁸, de troubles dysphagiques ou encore du maintien des fonctions de communication dans le cadre de démences.

Pour mener à bien ces différentes prises en charge, le travail individuel avec le patient est largement privilégié, favorisant une rééducation instrumentale. Il est toutefois possible de proposer des séances de groupe selon la nomenclature régissant les actes professionnels orthophoniques¹⁹. La rééducation doit alors être menée sur une durée minimale d'une heure, en présence d'au moins un praticien pour quatre patients. Ces rééducations nécessitant des techniques de groupe concernent diverses pathologies, dont :

- Le bégaiement
- Les retards de parole et de langage oral
- Les dysphasies
- Les surdités, appareillées ou non, qui incluent les démutisations, la rééducation du langage oral ou encore l'éducation à la lecture labiale
- Les pathologies du langage écrit, concernant la lecture et l'orthographe
- Les troubles du raisonnement logico-mathématique
- Les troubles du langage d'origine neurologique (aphasiques ou non)
- Le maintien des fonctions de communication dans le cadre des maladies neurodégénératives
- Les rééducations vocales selon une atteinte organique ou fonctionnelle, ainsi que l'éducation à la voix oro-oesophagienne ou trachéo-oesophagienne pour les patients ayant subi une laryngectomie.

¹⁸ Accident Vasculaire Cérébral

¹⁹ NGAP

Ce mode de prise en charge groupal est bien souvent complémentaire de la prise en charge individuelle. Il vise d'autres finalités de par son aspect écologique et transversal. Toutefois, cette modalité rééducative reste beaucoup plus fréquente au sein des institutions que dans les cabinets libéraux.

On voit donc clairement combien l'orthophonie est une discipline riche et complexe : depuis la prévention, jusqu'à l'évaluation et la prise en charge des pathologies touchant au vaste domaine de la communication, l'orthophoniste est sollicité dans un grand nombre de cas. Son rôle, encore méconnu du grand public comme des professionnels, a pourtant une importance considérable auprès de patients et de leurs familles, les prises en charge ayant bien souvent des répercussions écologiques majeures.

3) Le soin et l'orthophonie

a) L'orthophonie, une profession de soin

« Que l'orthophonie soit considérée comme une profession de soin paraît d'une évidence... évidente »²⁰. Mais, comme le dit l'orthophoniste Jean-Paul Heitz, dans son article, ce qui aujourd'hui est « évident » a été hier sujet à questionnement. Revenons d'abord à la définition commune du « soin ». Voici ce que l'on peut lire dans le Dictionnaire Hachette Encyclopédique de poche :

*« **Soin** : Nm 1 Attention, application que l'on met à faire quelque chose. Travailler avec soin. 2 Charge, devoir de s'occuper de quelque chose ou de quelqu'un. Il lui a laissé le soin de ses affaires. **Locution** Prendre, avoir soin de : être attentif à, bien veiller à, sur.*

***Soins** : Pl, actions, moyens visant à l'entretien du corps et de la santé, ou au rétablissement de celle-ci. **Locution** Etre aux petits soins pour quelqu'un : avoir pour lui des attentions délicates. Aux bons soins de : formule utilisée pour que la personne mentionnée transmette la lettre au destinataire. »*

²⁰ Heitz, 2006, p.34

On voit aisément combien ce terme est porteur de sens : dans toutes ces situations, le « soin » renvoie à une volonté d'attention envers quelqu'un ou quelque chose, qui rend alors visible une intention, dans la réalité²¹. Nous supposons tous que « notre pratique singulière va apporter un mieux au patient. Le soin réside dans la qualité de cette supposition, dans sa confrontation avec la réalité, et, pourquoi pas, dans l'humilité de reconnaître, parfois, que la supposition est à reconsidérer »²².

- **Demande, rencontre et relation de soin**

En orthophonie, toute première rencontre avec un patient ou des parents d'enfant émane d'une demande initiale. Celle d'un non-spécialiste envers un spécialiste du langage, supposé détenteur d'un savoir et d'un savoir-faire. Le sujet qui vient à notre rencontre formule donc une demande d'aide face à une plainte, une insatisfaction, dans le but de l'aider à y remédier. Une rencontre singulière s'établit dès le bilan initial qui débouchera (ou non) sur un contrat de soins, c'est-à-dire « un engagement mutuel à œuvrer ensemble pour obtenir les résultats que l'on s'est fixés »²³.

Nous établissons donc avec nos patients une relation de soin. D'un point de vue psychanalytique, une relation est une rencontre entre deux personnes singulières. La relation de soin l'est donc tout autant, dans un contexte qui est lui aussi unique et singulier. Cette singularité est alors une exigence éthique. Praticien et patient se laissent apprendre l'un de l'autre et leurs deux savoirs se retrouvent autour d'un non-savoir partagé : la rencontre se construit alors dans le doute et le tâtonnement. Rappelons à ce propos l'importance de la perception du sujet dans sa globalité en orthophonie : « la rééducation doit croire à ce thème et s'y attacher jusqu'à l'obsession »²⁴. Notre pratique ne doit aucunement isoler le langage « de tout le reste », mais plutôt réussir à entrevoir toutes les facettes du sujet singulier qui se trouve en face de nous. Un trouble du langage peut avoir de

²¹ Heitz, 2006, p.36

²² Heitz, 2006, p.36

²³ Estienne, 2004, p.40

²⁴ Morgon et Aimard, 1988, p.190

nombreuses répercussions sur le quotidien du patient et notre visée sera évidemment écologique, tentant de s'adapter au mieux à sa réalité quotidienne et à son entourage.

b) Vers une orthophonie « thérapeutique »

Les pratiques orthophoniques ont beaucoup évolué au fil des années, des progrès et des recherches. Depuis l'orthophonie classique, voire « pédagogique », des positions nouvelles ont vu le jour dès les années 1960, se référant à une orientation cette fois plus « thérapeutique ». Comme nous l'avons vu précédemment, la technique est bien sûr indispensable dans notre intervention en tant que spécialistes du langage : nous recevons beaucoup de patients pour lesquels « une bonne relation incompetente n'est d'aucun secours », c'est le cas dans les prises en charge d'adultes cérébrolésés ou d'enfants porteurs de handicaps spécifiques par exemple : « sans ces compétences très spécialisées, les bons sentiments et le maternage sont absolument insuffisants »²⁵.

Mais il semble évident que le langage humain ne peut être cloisonné à un périmètre bien défini, et l'orthophoniste ne peut aucunement isoler celui-ci dans sa pratique, au risque de rendre l'orthophonie synonyme de simple « technique ». Loin de s'opposer, technique et relation s'entremêlent sans cesse en orthophonie et dans cette optique, différentes approches ont enrichi nos réflexions. Nous nous penchons ici sur deux thérapies spécialisées du langage ayant eu une influence considérable dans les pratiques professionnelles.

- **La Pédagogie Relationnelle du Langage (PRL) de Chassagny**

La Pédagogie Relationnelle du Langage est une approche psychothérapique créée par Claude Chassagny, basée sur l'échange et la relation. Véritable

²⁵ Morgon et Aimard, 1988, p.191

« manière d'être »²⁶, cette théorie a la particularité de donner la priorité au sujet et non aux troubles qu'il présente : on touche dès lors à la notion de symptôme, que l'on décrira ultérieurement. Les références théoriques de ce modèle se basent essentiellement autour de la linguistique, la pédagogie ainsi que la psychanalyse. Dans son ouvrage Claude Chassagny explicite les trois notions-clé de la PRL, leur « juxtaposition [paraissant] cultiver le pléonasme »²⁷ et traduisant pourtant l'idée globale de sa théorie :

- La pédagogie

Tout d'abord, le terme de « pédagogie » n'est pas à comprendre au sens commun de la pédagogie du professeur vers l'enfant, comme une « sollicitation de celui qui sait (...) à celui qui doit apprendre »²⁸. Chassagny se réfère ici à une « pédagogie plus générale, universelle, qui implique que toute personne peut, à un moment donné, apporter une réponse éclairante à la demande d'une autre »²⁹. Ainsi, cela inclut certes la réponse de l'enseignant à la question d'un élève, mais également la réponse de toute personne sollicitée par une interrogation « née d'un besoin », qu'il s'agisse d'un parent ou d'un pair. « L'apport de connaissances n'est pas agression », puisque c'est bien ce qu'amène l'enfant qui est à considérer en premier lieu³⁰.

- La relation

Pour tenter d'explicitier le terme « relationnel », Chassagny se propose de considérer « la rencontre entre deux personnes ». L'affectivité joue tout d'abord un rôle primordial lors des premiers échanges et « le caractère relationnel devient principal » lors de la mise en place d'un suivi qui s'engage sur une durée importante. La pédagogie relationnelle est donc une « relation libre », naturelle,

²⁶ Chassagny, 1977, p.106

²⁷ Chassagny, 1977, p.53

²⁸ Chassagny, 1977, p.54

²⁹ Chassagny, 1977, p.53

³⁰ Chassagny, 1977, p.54

qui devient « support à la communication » : « il y a acceptation de vivre quelque chose ensemble »³¹, et ce sans aucune forme d'agressivité.

- Le langage

Enfin ce terme « langage » est à comprendre au sens large : il peut s'agir aussi bien du prélangage que du langage écrit. Selon Chassagny, « l'enfant va s'apprendre à communiquer »³² car c'est toujours la proposition et le faire de l'enfant qui seront pris en compte.

La rééducation PRL de Chassagny est « en quelque sorte la rencontre d'une réflexion et d'une formation technique »³³, permettant « d'entrer en résonance avec l'enfant et de lui laisser ordonner ses moyens d'expression »³⁴ : le langage n'est alors pas à considérer comme un simple outil de la linguistique, mais comme un élément constitutif de la personne et intériorisé par celle-ci.

- **La Thérapie du Langage et de la Communication (TLC)**

Une nouvelle approche thérapeutique va voir le jour en 1981 : la Thérapie du Langage et de la Communication (TLC), fondée par Geneviève Dubois, phoniatre, et Marc Lindenfeld, psychanalyste. L'orthophonie a en effet traversé une « crise d'identité » dans les années 80 selon Dubois³⁵ : la « pédagogie curative » proposée aux patients, selon des techniques parfois très pointues, n'apportait pas toujours les résultats escomptés et menait parfois même à l'impasse. Au fil des progrès et des techniques, la « classique rééducation » devenait donc presque désuète. Ainsi, se détachant de l'habituelle opposition « technique versus psychothérapie » dans les troubles du langage, cette approche

³¹ Chassagny, 1977, p.55

³² Chassagny, 1977, p. 56

³³ Chassagny, 1977, p. 60

³⁴ Chassagny, 1977, p.106

³⁵ Dubois, in Morgon et Aimard, 1988, p. 214

thérapeutique qu'est la TLC met le symptôme dans une position nouvelle. Celui-ci est un vecteur de communication en même temps qu'il l'entrave. Selon les auteurs, il convient donc de s'interroger sur un « aspect trop souvent négligé de la pathologie »³⁶, à savoir la différence entre le signe et le symptôme :

- **Le signe** clinique objectif, c'est le dysfonctionnement, « l'anomalie observable, celle qui apparaît au regard extérieur »³⁷, ce que l'on doit gommer pour pouvoir parler de guérison.

- **Le symptôme**, quant à lui, est plutôt à comprendre comme le discours du corps par l'inconscient. Le symptôme est « la meilleure façon qu'a trouvée une personne pour survivre dans les meilleures conditions, pour s'adapter à ce qu'elle a cru qu'on attendait d'elle ». Il est « un signe qui a toujours un sens »³⁸. Notre interrogation face au symptôme ne doit donc pas concerner son origine : *d'où vient-il ?*, mais bien sa signification : *que veut-il dire pour le sujet ?* « La discordance entre signe et symptôme est un phénomène observé avec une grande fréquence et qui mérite toute notre attention. Quand le signe clinique se fait symptôme, il est porteur de sens et prend à ce moment-là sa valeur totale de signe : au-delà de l'observable, il signifie »³⁹.

La rééducation traditionnelle s'inscrit donc sur un signe objectivé, testé, étalonné, quantifié. Son objectif est alors de réparer cette anomalie, ce déficit, et cela peut parfaitement fonctionner dans bien des cas, quand le sujet est prêt à réduire ce symptôme qui le gêne dans sa vie. Le problème se pose dès l'instant où « le signe joue le rôle de symptôme » : le sujet en a alors besoin pour communiquer et tenter de l'en débarrasser peut s'avérer très violent.

³⁶ Dubois, in Morgon et Aimard, 1988, p. 215

³⁷ Dubois, in Morgon et Aimard, 1988, p. 215

³⁸ Estienne, 2004, p.20

³⁹ Lindenfeld, in Morgon et Aimard, 1988, p.215

Lindenfeld pointe ainsi une « carence qui se situe exactement entre psychothérapies analytiques et rééducations »⁴⁰. C'est de ce constat que sont nées les Thérapies du Langage et de la Communication, dont la formation dure trois ans. La TLC offre alors une « ouverture vers une autre dimension de la rééducation » : une nouvelle voie, qui sans perdre les spécificités de l'orthophonie, permet d'aller plus loin. «Au-delà d'une pédagogie curative et d'une pédagogie relationnelle qui sont des étapes dans l'histoire de l'orthophonie, l'accès à un champ véritablement thérapeutique devient possible »⁴¹. Le symptôme est ici considéré comme moyen de communication choisi préférentiellement par l'enfant et qui lui est indispensable. L'orthophoniste, spécialiste de ce symptôme langagier, est alors amené à « aider l'enfant à prendre conscience de sa possibilité à faire entendre autrement ce qui se dit par là. De l'aider aussi à le dire autrement »⁴².

La finalité de la TLC n'est donc pas de « faire taire le symptôme », mais bien d'arriver à la « résolution pour et par l'enfant de ce qui a fait la nécessité de cette communication-symptôme »⁴³. Cet objectif diffère ainsi d'une rééducation traditionnelle visant la réduction du symptôme comme une guérison.

Deux orientations majeures sont donc retrouvées en ce qui concerne la prise en charge des troubles du langage : une position pédagogique et une autre plus thérapeutique, incluant les thérapies spécialisées du langage. Si ces dernières ont eu le vent en poupe à la fin du XXème siècle, notamment grâce à la PRL et la TLC, il semble qu'aujourd'hui l'essor des neurosciences redonne la priorité aux approches plus cognitives, sans toutefois balayer les apports de ces théories⁴⁴.

⁴⁰ Lindenfeld, in Morgon et Aimard, 1988, p.218

⁴¹ Lindenfeld, in Morgon et Aimard, 1988, p.216

⁴² Lindenfeld, in Morgon et Aimard, 1988, p.220

⁴³ Lindenfeld, in Morgon et Aimard, 1988, p.220

⁴⁴ Bellone et Oustric, 2004

CONCLUSION DE LA PARTIE I - ORTHOPHONIE:

Ainsi, l'orthophonie est une discipline en constante évolution. Depuis ses prémices jusqu'à sa pratique actuelle, elle n'a eu de cesse de s'enrichir de toute source d'inspiration, de progrès, de techniques et de découvertes, mêlant habilement les sciences humaines, la médecine, la psychologie, la pédagogie, ou encore les sciences du langage. La récente réforme des études témoigne également de la dynamique de cette discipline, toujours en évolution et en construction.

Citons Suzanne Borel-Maisonny à propos de l'orthophonie pour clore ce premier volet : « il faut de l'imagination et de la technique. (...) L'orthophoniste sans la liberté de créer s'il le faut le traitement qu'il juge approprié devrait abandonner sa tâche »⁴⁵.

⁴⁵Borel-Maisonny, citée par Morgon et Aimard, 1988, p.3

PARTIE II- LE CONCEPT DU GROUPE

Afin de mieux appréhender le sujet de notre travail de recherche, il est tout d'abord nécessaire d'aborder le concept du « groupe ». Nous nous intéresserons, en premier lieu et de manière générale, à ce qu'il représente pour l'Homme et à ce qu'il constitue au sein de notre société. Puis nous nous focaliserons sur un phénomène essentiel et naturel du groupe restreint : la « dynamique de groupe », à l'origine de laquelle se développent spontanément, chez les individus, certains comportements et affects. Enfin, nous aborderons l'histoire et le développement des prises en charges groupales en psychanalyse puis en orthophonie.

1) Approches ethnologique et sociologique du groupe

a) Définition générale

Dans La dynamique des groupes restreints, Anzieu, psychanalyste, et Martin, neuropsychiatre et psychosociologue, évoquent l'origine italienne du mot « groupe ». « Gruppo » possède deux significations : tout d'abord « nœud » qui exprime l'idée de cohésion, de lien, et « rond » qui renvoie à l'image d'un « cercle », d'une réunion de personnes.

Selon les dictionnaires et de manière générale, le groupe correspond « à un ensemble de personnes formant un tout et défini par une caractéristique commune ». Autrement dit un groupe correspond à « un rassemblement d'individus qui vont, pendant un temps, interagir, s'influencer mutuellement et se percevoir comme un 'nous' »⁴⁶. Ce terme enveloppe donc des ensembles sociaux de structure et d'étendue très diverses tels qu'une nation, un parti politique, une famille ou encore une classe scolaire. Ils correspondent tous à des groupes.

⁴⁶ Anzieu et Martin, 1982

Par ailleurs en psychologie sociale et en sociologie, on retrouve bien cette idée d'un ensemble de personnes possédant des caractéristiques ou bien des visées communes. « Pour que des collections d'individus deviennent des groupes, elles doivent accepter de poursuivre collectivement un but perçu et valorisé comme commun, établir une mesure satisfaisante d'interaction psychologique et reconnaître que le groupe a une vie à lui. »⁴⁷. Il y a l'idée de cohésion des membres et il est donc important de noter que les propriétés du groupe sont bien distinctes de celles, plus personnelles, de chaque individu qui le constitue.

En outre, tout individu appartient à un groupe. Avant même de se définir comme un sujet unique et d'avoir sa propre identité, il est défini par le groupe familial et/ ou culturel auquel il appartient. Son identité et sa personnalité se construisent par le biais de ce groupe qui lui offre des racines identitaires ainsi qu'un héritage. Selon Cohou, psychologue clinicienne, psychothérapeute et analyste de groupe et d'institution, «l'individu construit son individualité au sein de mécanismes groupaux qui le traversent et le fondent, tout à la fois sources d'aliénation et de construction. Tout être humain doit accomplir cette difficile tâche pour son épanouissement: trouver son originalité en intégrant la groupalité fondatrice, tout en préservant l'intimité de soi»⁴⁸. Pour se forger psychiquement et développer son identité, l'Homme a donc nécessairement besoin de se trouver au sein d'un groupe malgré les contraintes que cela implique parallèlement.

b) Les origines primitives du groupe

Selon Aristote, « l'Homme est [effectivement] un être social ». Certains animaux vivent de façon solitaire, d'autres vivent en communauté. L'Homme, lui, est indéniablement un « animal social » : il vit avec ses pairs et en tribus depuis toujours, comme l'ethnologie le confirme. Si on en revient à l'âge préhistorique, on constate que déjà l'homme vit en groupe, non pas par instinct mais par organisation et nécessité sociales et culturelles. On sait qu'en premier lieu l'Homme a eu besoin de se regrouper pour subvenir à ses besoins par la chasse

⁴⁷ Aubry, 1994, p.17

⁴⁸ Cohou, 2006, p.93-107

ainsi que pour garantir sa sécurité face aux animaux sauvages. Mais ce mode de vie s'est fixé bien au-delà de cette nécessité première et s'est incessamment développé en raison de la nature humaine elle-même. Le rassemblement en tribus dépassait le simple groupe familial ou clan de chasse. La tribu se formait également sur d'autres critères tels que les rapports sexuels ou encore selon les capacités de production d'outils de chasse de chaque individu. Les tribus étaient par ailleurs caractérisées par des signes visibles, corporels ou vestimentaires qui permettaient de signifier l'appartenance au groupe.⁴⁹

L'Homme, outre pour ses besoins vitaux, cherche donc depuis toujours à établir des relations avec ses pairs, à se rassembler selon certains critères et à signifier cette appartenance groupale. Malgré quelques exceptions, la solitude totale et permanente est rarement recherchée et investie par l'être humain. Au contraire, il est sans cesse en quête d'une insertion sociale et groupale, d'autant plus présente de nos jours en raison de l'évolution humaine et technologique.

c) Natures et critères groupaux

Les sociétés humaines se structurent en groupes de plus en plus nombreux, à la fois divers et intriqués. Comme nous l'avons vu, dans les toutes premières communautés, le nombre de groupes était relativement limité et les rendait simples à repérer. Puis les groupes se sont multipliés et diversifiés. De nos jours, certains groupes sont même très structurants pour le fonctionnement de notre société et possèdent une influence sur la globalité des individus : on pense par exemple aux nations. La plupart des personnes s'identifient à leur nation et se retrouvent dans ses valeurs et ses principes sociaux et culturels. L'appartenance régionale est aussi souvent très importante, notamment en France. D'autres groupes sont également structurants mais plus secondaires dans le sens où ils ne concernent que partiellement la société et la population : ce sont par exemple les communautés religieuses ou les partis politiques.

⁴⁹ Rouzaud, 2005

Plus précisément, Anzieu et Martin⁵⁰ distinguent différents types de rassemblements qui n'auront pas la même structure, ni la même cohésion ou encore la même finalité. Tout d'abord selon eux, un couple est nécessairement composé de deux individus alors qu'un groupe est formé dès la réunion de trois personnes, c'est-à-dire « avec la présence d'un tiers dans une paire et avec les phénomènes consécutifs de coalition, de rejet, de majorité, de minorité ». Ils évoquent ainsi :

– **La foule** : de façon involontaire et aléatoire, de nombreux individus se retrouvent au même endroit et au même moment. Chaque personne est motivée par un but individuel et personnel. Les individus n'ont en commun que le lieu, l'endroit et leur solitude. Les échanges y sont réduits voire inexistantes mais il peut y apparaître une « contagion des émotions » telle que l'énervernement excessif dans une file d'attente. On parlera alors ici plus d'un agrégat que d'un groupe.

– **La bande** : elle se compose, à l'inverse de la foule, d'un petit nombre de personnes qui possèdent des similitudes et des points communs. Le rassemblement est ici volontaire. Cependant la bande (de copains par exemple) n'est pas permanente, en effet elle existe lors de réunions occasionnelles. Elle n'est pas non plus éternelle et est souvent ébranlée par les transformations et les cycles de la vie sociale que chaque individu rencontre au cours de son existence. Selon Anzieu et Martin, « la bande devient durable si elle se transforme en groupe primaire mais elle change alors de caractéristiques »⁵¹.

– **Le groupement** : il correspond à la réunion récurrente d'un effectif variable de personnes dont les objectifs restent relativement fixes. Il existe ici des intérêts communs dont leur réalisation est la seule raison de ce rassemblement : en dehors, les membres n'ont aucune relation. Ce sont donc par exemple des partis politiques, des congrégations religieuses et les associations en général.

– **Le groupe primaire ou restreint** : il se compose d'un nombre restreint de personnes permettant une perception interindividuelle et des échanges entre les

⁵⁰ Anzieu et Martin, 1982

⁵¹ Anzieu et Martin, 1982

membres. On y trouve la poursuite active de buts identiques et collectifs où l'intérêt de chacun fusionne avec celui du groupe. Il peut se créer entre les membres des relations affectives. Une interdépendance et une solidarité entre les individus subsistent même hors du groupe. Enfin, on y constate une organisation empreinte de normes, de codes et de croyances et au sein de laquelle chaque membre a son rôle. « Les groupes primaires sont primaires en ce sens qu'ils apportent à l'individu son expérience la plus primitive et la plus complète de l'unité sociale ; ils le sont aussi en ce qu'ils ne sont pas changeants au même degré où le sont les relations plus élaborées, mais qu'ils forment une source relativement permanente d'où le reste coule toujours... Ainsi ces groupes sont des sources de vie non seulement pour l'individu mais aussi pour les institutions sociales »⁵². Il s'agit par exemple de la famille, essentielle dans la construction de soi, ou encore d'un groupe d'amis. Le groupe restreint est soumis à la « dynamique de groupe », notion essentielle que nous développerons ultérieurement.

– Le groupe secondaire ou l'organisation : il s'agit de systèmes sociaux et de collectivités structurées et programmées en vue d'objectifs nécessaires à la vie en société tels que le soin, l'enseignement. Il n'y a pas de liens intimes ni de solidarité entre les membres, les relations sont impersonnelles et froides.

Le groupe est donc au cœur de la vie de l'Homme et ce depuis toujours. Il s'inscrit dans le processus de son existence et de son évolution. Ces regroupements, en constante évolution, permettent à l'individu de s'identifier et de se construire psychiquement et socialement.

⁵² Anzieu et Martin, 1982, p.39

2) La dynamique de groupe

a) *Un concept « vivant »*

Pour mieux comprendre le concept de « groupe restreint » ou « primaire », il faut le percevoir comme un « corps ». « Le terme de ‘membres’, appliqué spontanément aux individus composant un groupe, évoque [bien en effet] l'image d'un ‘corps’ dont ils seraient les parties, à la fois dépendantes et mobiles »⁵³. On comprend donc qu'il s'agit d'une structure vivante et en mouvement dans laquelle des phénomènes psychosociaux apparaissent et se développent.

D'ailleurs, un de ces phénomènes inhérents aux groupes restreints a suscité un vif intérêt chez de nombreux auteurs. Le concept de « dynamique de groupe », qui nous vient du psychologue américain Kurt Lewin, se présente effectivement comme un des phénomènes essentiels et indispensables dans le bon fonctionnement d'un groupe⁵⁴.

Pour le psychosociologue et psychopédagogue Roger Mucchielli⁵⁵, la dynamique des groupes se crée implicitement lors de l'unification de l'ensemble des personnes du groupe, c'est-à-dire lorsque le collectif s'impose face à l'individuel et que le « nous » y prend sa place et tout son sens. Elle comprend donc l'ensemble des mécanismes psychiques et des processus sociologiques qui émergent et se développent dans ces petits groupes. Plus précisément, elle correspond aux interactions entre les participants ainsi qu'aux lois naturelles qui régissent ces échanges.

Cette notion s'étend ainsi au fonctionnement de ces groupes restreints et aux effets qu'ils ont sur leurs membres. En effet on sait que certains comportements, croyances et opinions peuvent être suscités et influencés par l'appartenance et par la relation à un groupe. Ces ascendances et impacts groupaux peuvent par la suite devenir significatifs et manifestes à travers les représentations et les actions individuelles. La dynamique d'un groupe peut donc

⁵³ Anzieu et Martin, 1982, p.3

⁵⁴ Mucchielli, 2000

⁵⁵ Mucchielli, 2000

faire naître des changements dans les attitudes et les convictions d'un individu. Des valeurs et des sentiments forts comme la solidarité et la pression peuvent alors émerger de façon puissante de cette « dynamique de groupe ». Cette influence groupale met ainsi en évidence une cohabitation et une co-stimulation complexes et inconstantes de deux dimensions : intime et sociale

b) Un processus paradoxal

La situation de groupe révèle une dynamique instable provoquée d'une part par des tensions entre le plan individuel et le plan collectif, et d'autre part, par la coexistence de deux sortes d'objectifs à atteindre. Le groupe vise en effet :

- La résolution et l'apaisement d'un problème
- Ainsi qu'un objectif socio-émotionnel qui s'attache à conserver une liaison et une harmonisation au sein du groupe.⁵⁶

Anzieu et Martin⁵⁷ expriment clairement cette ambivalence individuelle et sociale dans laquelle s'inscrit le membre du groupe. Selon eux, « le petit groupe représente pour les êtres humains un lieu simultanément ou alternativement investi d'espairs et de menaces. Entre la vie intime (celle du couple ou du recueillement solitaire) et la vie sociale (régie par des représentations et des institutions collectives), le petit groupe peut fournir un espace intermédiaire qui tantôt redonne vie aux liens et tantôt aménage les écarts indispensables entre l'individu et la société. Le groupe est un intermédiaire entre l'individu et la société. »

Le philosophe Jean Maisonneuve évoque lui aussi « cette puissance collective [qui] suscite des réactions ambiguës : elle rassure et elle menace »⁵⁸. Cette ambivalence prouve donc bien l'impact que le groupe exerce sur l'individu et sur son fonctionnement affectif et psychique.

⁵⁶ Quélin-Souligoux et Privat, 2007

⁵⁷ Anzieu et Martin, 1982, p.11

⁵⁸ Maisonneuve, 1999, p.3

Ainsi, on comprend que cette influence et cette dynamique groupales sont parfois complexes à gérer pour l'individu, mais on voit aussi nettement qu'elles lui sont indispensables et constructives pour sa place et son évolution sociales. C'est pourquoi la dynamique de groupe va constituer très nettement un des outils essentiels du soin par le biais de la thérapie de groupe.

3) Histoire des groupes thérapeutiques

a) Groupes psychanalytiques

L'ethnologie regorge d'exemples de thérapies de groupe. Rituels de possession, cérémonies et autres pèlerinages thérapeutiques ont toujours existé, tant dans les cultures exotiques que dans la tradition européenne.

Les premières formulations de Freud au sujet des groupes auront une importance considérable dans leur mise en place. En effet, le groupe et le facteur social l'ont beaucoup intéressé et s'il n'a jamais « cautionné une quelconque forme de psychothérapie de groupe »⁵⁹, ses formulations sur la psyché de groupe et la psychologie des masses fourniront les « bases du développement ultérieur des théories psychanalytiques du groupe »⁶⁰.

- **Développement des groupes thérapeutiques aux États-Unis : l'individu dans le groupe**

Dès les années 1920 – 1930, des groupes thérapeutiques ont vu le jour aux États-Unis et ont été mis en place dans des institutions. Toutefois, les bases théoriques et méthodologiques diverses de ces thérapies de groupe ont entraîné de multiples débats et résistances. C'est Burrow que l'on peut présenter comme le « précurseur » de ces thérapies de groupe. Ce disciple de Freud est le premier à appréhender le groupe comme « une entité qui pourrait avoir des fonctions

⁵⁹ Chapelier, 2000, p.17

⁶⁰ Kaës, 1999, p.22

thérapeutiques »⁶¹. Il propose ainsi en 1925 le terme de « *groupanalyse* ». Peut-être trop en avance, il ne sera pas suivi par ses confrères qui ne pouvaient à l'époque concevoir qu'une psychanalyse dans le groupe, et non une psychanalyse de groupe.

En ce qui concerne la pratique américaine de la psychothérapie dans le groupe, on peut citer deux postulats majoritairement admis par les thérapeutes outre-Atlantique :

- Tous les êtres humains possèdent une « faim sociale », qui est un « besoin affectif et instinctif de communion avec autrui ».
- La psychothérapie de groupe est le lieu idéal pour satisfaire cette « social hungry ». Cet environnement favorable, recréé dans ces groupes, autorise une « expérience émotionnelle correctrice thérapeutique »⁶².

En 1934 Slavson va être le premier à proposer un travail de traitement en groupe auprès d'enfants à l'âge de la latence grâce à des jeux ou à des activités. Il met ainsi en place l'AGT (*Activity Group Therapy*), où le thérapeute minimise le plus possible ses interventions en vue de favoriser les relations entre les enfants. Les auteurs s'accordent pour leur attribuer différents processus thérapeutiques, tels que l'expression d'émotions dans un cadre apaisant dû à la contenance du groupe, la catharsis et sa vertu thérapeutique, ou encore l'ancrage de la situation dans la réalité, du fait de la présence des autres enfants. Dans ces techniques de groupe mises en place par Slavson, les enfants évacuent les tensions qu'ils n'ont pu élaborer psychiquement par une activité physique. Selon lui en effet le langage de l'enfant est trop limité, il doit alors s'exprimer par le mouvement. Un jeu symbolique ou encore un matériel de bricolage ou d'artisanat sont alors souvent proposés, selon l'âge des participants. Mais ce modèle a été remis en question, l'activité en elle-même ne suffirait pas à aider les enfants dans leurs difficultés. Les techniques plus verbales et interprétatives sont par la suite privilégiées.

⁶¹ Chapelier, 2000, p.28

⁶² Chapelier, 2000, p.33

On voit alors clairement que pour ces auteurs l'interprétation psychanalytique n'est pas lié au groupe, mais bien à l'individu. Le groupe en lui-même n'a pas de vie propre et ne fait donc pas l'objet d'une théorisation particulière. « Il est en fait seulement le support de plusieurs psychothérapies individuelles. Nous pouvons donc parler ici de psychothérapies en groupe »⁶³.

- **La Seconde Guerre Mondiale et le groupe comme entité spécifique**

Il nous faut ainsi logiquement aborder l'influence de la psychosociologie américaine au travers des recherches de Lewin, qui auront une grande résonance sur les pratiques de psychothérapies de groupe. Ce dernier aborde en effet les fondements de la « dynamique des groupes », vue précédemment, décrivant le groupe comme un système d'interactions où s'exerce un champ de forces.

A partir de ces recherches et dans le contexte de la Seconde Guerre Mondiale, deux psychanalystes londoniens sont alors confrontés aux pénuries de soins individuels pour faire face aux urgences traumatiques et inventer de nouveaux dispositifs : Bion et Foulkes. Apparaît donc un nouveau courant de psychanalyse groupale. Foulkes crée la « *group analysis* » : il s'agit d'une technique de psychothérapie psychanalytique de groupe, qui combine à la fois la compréhension groupale et l'analyse individuelle. Contrairement à Slavson, il mettra l'accent sur l'importance des échanges verbaux. Il s'agit là des premières théories psychanalytiques de groupe, décrivant alors le groupe comme une « entité psychique spécifique »⁶⁴. Le groupe n'est plus uniquement une somme de processus individuels : il a une organisation qui lui est propre.

Foulkes décrit ainsi des présupposés de la « groupe-analyse »⁶⁵ :

- L'essence de l'homme n'est pas individuelle mais sociale.
- Toute séparation entre individu-société, psyché-soma, et imaginaire-réalité est artificielle.
- Le premier rapport social est le rapport nourrisson-mère.

⁶³ Privat, 2001, p.12

⁶⁴ Kaës, 1999, p.28

⁶⁵ Chapelier, 2000

- L'homme ne peut se réaliser pleinement qu'au sein d'un réseau groupal.

Selon lui, l'unité première à considérer est le groupe : la totalité n'est pas la somme des éléments. L'individu intériorise les forces opérant dans son groupe d'appartenance. Il considère ainsi le groupe comme une « matrice psychique » qui est le concept central de sa théorie. Les sujets sont alors « subordonnés à la matrice groupale »⁶⁶. Pour Foulkes, cette matrice permet le développement de l'individualité⁶⁷. En effet « il y a un aspect énergétique dans ce processus accéléré de partage, de renvoi réflexif, d'effet de miroir, qui touche le narcissisme du groupe et de chacun »⁶⁸.

Dans la suite des travaux de Klein, Bion propose un modèle décrivant le fonctionnement psychique au sein de petits groupes. Il définit ainsi la « mentalité de groupe », dont l'une des caractéristiques est l'anonymat. Le groupe est en effet une entité propre, indépendante des personnalités qui le constituent. Pour l'auteur, les « participants du groupe sont considérés comme des processus et des contenus, anonymes et désobjectivisés »⁶⁹. Le groupe implique de ce fait la perte de l'individualité, contrairement à Foulkes.

- **1950 – 1960 Développement du travail psychanalytique de groupe en France**

On assiste en France à un essor considérable des pratiques psychanalytiques de groupe à la fin de la Seconde Guerre Mondiale, au vu des besoins économiques et sociaux du pays après ce conflit. Avec l'avantage de renforcer la cohésion sociale, cette pratique crée alors une forme d'illusion à l'échelle de la société : « faire du groupe le levier psychologique de la résolution des problèmes sociaux »⁷⁰.

⁶⁶ Kaës, 1999, p.28

⁶⁷ Privat et Quélin-Souligoux, 2005

⁶⁸ Guettier, 2006, p.92

⁶⁹ Kaës, 1999, p.28

⁷⁰ Kaës, 1999, p.33

En 1966, Anzieu assimile le groupe au rêve. Il est, selon l'auteur, une réalisation imaginaire d'un désir inconscient. Trois principes découlent de ce modèle du rêve :

- La tendance à l'isomorphie, c'est à dire l'indifférenciation des individus au sein du groupe.
- Le principe d'autosuffisance : le groupe doit avoir une organisation interne avant de partir à l'affront de la réalité externe.
- Enfin vient le principe de délimitation entre le dedans et le dehors, assimilé à la contenance du groupe.

On aborde ainsi la « notion d'illusion groupale » développée par cet auteur. Il s'agit du sentiment de bonheur ressenti par les membres du groupe, du fait d'être bien ensemble, dans un « bon groupe ». Cette illusion groupale apporte donc une confiance dans le groupe, où les différences sont alors écartées au profit d'une « idéologie égalitariste »⁷¹.

Le psychanalyste René Kaës décrit quant à lui le modèle de « l'appareil psychique groupal » a la fin des années 1960. Il fonde l'idée d'une construction psychique commune, du fait du groupement. Pour les auteurs européens, le groupe est ainsi « considéré comme une entité psychologique à part entière, ayant une vie et une énergie propres, indépendante des individus qui le composent et douée d'un dynamisme évoluant pour son compte »⁷².

Ainsi, nous avons pu exposer quelques grands courants de la psychothérapie de groupe. Au vu de leur diversité, tant au niveau de leurs conceptions théoriques que dans leur mise en pratique, il convient de souligner que nous ne prétendons pas à l'exhaustivité. Nous nous limitons ici à en présenter les principales orientations psychanalytiques, véritable préalable à la distinction des nombreux dispositifs groupaux existants aujourd'hui.

⁷¹ Chapelier, 2000, p.61

⁷² Privat et Quélin-Souligoux, 2005, p.46

b) Les groupes en orthophonie

Les données retraçant la naissance des prises en charge orthophoniques groupales sont très peu nombreuses. Il semblerait toutefois que les premières traces de ce type de traitement datent de 1947 avec le travail de Wepman auprès de patients aphasiques⁷³. Cet auteur est considéré comme l'un des précurseurs du courant socio-thérapeutique, accordant une importance singulière à l'environnement psychoaffectif du patient et à la prise en charge globale et écologique de son aphasie⁷⁴.

De même, l'orthophoniste Léo Barblan⁷⁵ évoque enfin que l'un des principaux fondements du groupe en orthophonie se situe au niveau de la « dynamique langagière et communicationnelle ». On se réfère ici à la notion de pragmatique du langage, les actes produits par le locuteur s'insérant dans un contexte de communication. Ainsi, pour lui « on accède au langage parce qu'on se trouve en situation d'écoute et de partage, parce qu'on passe du rôle de celui qui écoute à celui qui énonce. Mutualité et partenariat servent de ferment fonctionnel à l'accès et au développement du langage, qu'il soit verbal ou non verbal. La variété des rôles que chacun est amené à assumer, garantit au sujet parlant son adaptabilité et sa mobilité fonctionnelle au niveau du langage. La présence de ses partenaires constitue autant de formes d'étayage par les feed-back correctifs, les ajustages et les accordages communicationnels nécessaires pour garantir une communication aussi réussie que possible »⁷⁶. On comprend aisément que cette dynamique interactionniste soit au cœur des échanges groupaux, qui permettent une grande variabilité dans les contextes de communication entre ses membres quels que soient leur âge et l'étiologie de leurs troubles langagiers.

⁷³ Buttet-Sovilla, 1997

⁷⁴ Seron, 1995

⁷⁵ Barblan, 2000

⁷⁶ Barblan, 2000, p.4

CONCLUSION DE LA PARTIE II – LE CONCEPT DU GROUPE

Ainsi, un intérêt croissant est retrouvé pour ces thérapies de groupe en orthophonie, entraînant de multiples publications dans le domaine de l'aphasiologie notamment. Ce mode de prise en charge, bien souvent complémentaire de la rééducation individuelle, est unanimement reconnu comme « un outil valable, utile et efficace »⁷⁷. Toutefois, la définition précise de ce qu'est « un groupe thérapeutique » reste floue, tout comme le contrôle de son efficacité pour les auteurs. Ainsi, le docteur Buttet-Sovilla pointe l'ambiguïté de cette notion, qui interroge. En effet, elle « fait souvent référence à la psychothérapie », mais peut également renvoyer pour d'autres à une simple « pause-café »⁷⁸. Il convient donc logiquement de se pencher sur la littérature traitant des groupes dits « thérapeutiques » dans la partie suivante.

⁷⁷ Buttet-Sovilla, 1997, p.98

⁷⁸ Buttet-Sovilla, 1997, p.99

PARTIE III – LA NOTION DE SOIN AU SEIN DU GROUPE

« Le fait de regrouper des individus n'est pas thérapeutique en soi, au pire, il peut même conduire à des effets destructeurs »⁷⁹. Ainsi on comprend aisément qu'un groupe thérapeutique n'est pas qu'un simple agrégat de personnes, il se doit d'être pensé et réfléchi en amont. Mais quelles sont alors les conditions qui rendent un groupe véritablement « thérapeutique » ? Privat, psychanalyste et pédopsychiatre, et Quélin-Souligoux, psychologue et psychothérapeute, parlent ainsi d'un « flou persistant à propos des soubassements théoriques et du projet thérapeutique » de ces groupes, se demandant même explicitement : « qu'est-ce qui soigne ? »⁸⁰.

Afin de tenter de répondre à ces questions, nos lectures nous amènent donc à scinder ce chapitre en deux grandes parties. Nous aborderons tout d'abord la notion de soin se référant à la théorie psychanalytique dans les psychothérapies de groupe, puis nous évoquerons le soin symbolique prodigué par le biais des médiations dans les dispositifs groupaux plus divers pouvant être rencontrés en orthophonie.

1) La notion de soin dans les groupes

a) Le cadre thérapeutique groupal

Le cadre d'un groupe thérapeutique revêt une importance considérable. Ce terme ne recouvre pas uniquement « l'organisation technique et matérielle de la rencontre mais l'ensemble des facteurs intervenant dans le traitement » nous dit le psychologue et psychanalyste Jean-Bernard Chapelier⁸¹. Il comprend ainsi divers éléments tels que « la théorie employée, la formation et la personnalité du

⁷⁹ Laurent, 2009, p.9

⁸⁰ Privat et Quélin-Souligoux, 2005, p. IV de l'avant-propos

⁸¹ Chapelier, 2000, p.90

thérapeute, les règles de fonctionnement, le lieu, les médiateurs et les activités proposées... ». Le cadre donne corps au groupe et comprend ainsi ses conditions matérielles, humaines et psychiques.

Ce cadre n'est donc nullement improvisé : il a ses raisons d'être, qui sont réfléchies au préalable entre les soignants selon leurs objectifs. Nous évoquerons ici les principales caractéristiques du cadre retrouvées dans les différents groupes thérapeutiques et qui peuvent s'appliquer en orthophonie.

- **Le cadre institutionnel**

« La pratique du groupe est exigeante » nous disent les psychologues Billard et Costantino⁸². « C'est pourquoi une attention particulière doit être portée sur l'élaboration d'un dispositif de groupe, qui prenne en compte à la fois les objectifs thérapeutiques recherchés et le cadre institutionnel dans lequel il s'inscrit ». Le groupe qui est mis en place au sein d'une institution fait en effet partie de l'offre de soins proposée par cette dernière. On ne peut donc aucunement ignorer l'importance du cadre institutionnel dans la mise en place d'un tel dispositif. Des éléments-clé tels que la population accueillie, la durée de séjour ou encore les spécificités de l'institution doivent en effet être au premier plan de toute création de groupe.

Le cadre institutionnel a ainsi pour rôle de préserver la cohérence des soins en son sein. « Le groupe n'aurait d'ailleurs pas de sens en dehors de ce cadre-là et ne serait pas transposable à l'identique dans une autre structure »⁸³. Les auteures soulignent ici l'importance de la réflexion préalable à la mise en place d'un groupe au sein d'une institution. Il ne s'agit pas en effet de faire un groupe pour « faire un groupe », où les patients pourraient être interchangeables, mais bien de proposer un groupe dans le cadre d'une indication spécifique.

⁸² Billard et Costantino, 2011

⁸³ Billard et Costantino, 2011

On pointe ici un risque important : « face à l'essor actuel des groupes de toutes sortes, le risque est de 'faire' du groupe, sans penser sa pratique »⁸⁴. Cohou dans son article évoque même une toute nouvelle maladie : la « groupite institutionnelle », sorte « d'invasion inflammatoire de l'espace institutionnel par des groupes sans liens entre eux, en dehors d'une réflexion sur le rapport entre la partie et le tout. 'Faire du groupe' prend alors une fonction identifiante, créer son groupe devient le moyen d'affirmer une identité professionnelle en panne »⁸⁵.

Une articulation logique est donc nécessaire au sein de l'institution, où une co-construction doit s'élaborer entre les professionnels. Chaque soignant, selon sa formation et les objectifs qu'il définit, va pouvoir constituer un groupe singulier et choisir un dispositif qui lui sera propre. « Chaque dispositif de soin a donc sa raison d'être, sa pertinence, ses propres ressorts potentiellement soignants »⁸⁶. C'est de ce travail pluridisciplinaire que peuvent émerger de nouveaux dispositifs groupaux. Les fonctions des uns et des autres s'articulent ainsi de façon cohérente vers un même but de soin psychique contenant. Toutefois, l'équipe soignante doit s'efforcer de différencier clairement les rôles de chacun au sein de cette même enveloppe institutionnelle : une délimitation claire doit être faite, où le rôle et la place de chacun sont respectés.

- **Le dispositif clinique du groupe : unités espace / temps / action**

Concernant le groupe lui-même, nous sommes tout d'abord confrontés à une situation paradoxale pour Privat et Quélin-Souligoux⁸⁷. En effet, la mise en groupe est excitante pour les enfants, et en même temps c'est bien le groupe qui va pouvoir « remplir une fonction d'étayage », et ce, « grâce à son rôle pare-excitant »⁸⁸. Pour les auteurs, « c'est la confrontation à cette situation paradoxale [qui conduit] à rechercher un dispositif approprié, permettant d'obtenir un réel effet thérapeutique de la prise en charge groupale »⁸⁹. Ainsi le dispositif mis en œuvre

⁸⁴ Billard et Costantino, 2011

⁸⁵ Cohou, 2006

⁸⁶ Billard et Costantino, 2011

⁸⁷ Privat et Quélin-Souligoux, 2005

⁸⁸ Privat et Quélin-Souligoux 2005, p.6

⁸⁹ Privat et Quélin-Souligoux 2005, p.6

se doit d'être préalablement réfléchi autour de trois unités de base décrites par Anzieu, rappelant la règle du théâtre classique : l'unité de lieu, l'unité de temps et l'unité d'action.

Le dispositif du groupe délimite tout d'abord un rapport à **l'espace**. Un lieu et un aménagement bien définis sont en effet nécessaires pour mener un groupe. « Dans la situation de groupe, la régression va d'emblée amener à un questionnement sur l'enveloppe matérielle de l'espace groupal »⁹⁰. Les auteurs conseillent donc de mener le groupe dans une petite salle, qui comprendrait une table et le nombre de chaises adéquat pour les membres présents. On évitera de laisser trop de matériel en vue des enfants : cela pourrait les distraire, accentuer les débordements et de ce fait limiter leurs productions verbales. Le groupe se déroulera toujours dans ce même espace, tout au long de sa durée d'existence, offrant un climat sécurisant aux enfants.

L'unité de **temps** est également à prendre en considération. En effet, le groupe se déroule toujours le même jour et à la même heure, il est régulier et a une durée définie, d'une à deux heures en général. Il se déroule selon un même schéma d'une séance à l'autre, pouvant comprendre un temps d'accueil et d'échange entre les membres avant de débiter l'activité définie. Une discussion, une comptine ou encore un goûter peuvent clôturer la séance de manière ritualisée. De plus, le groupe a une durée de vie pré-établie : Pierre Van Damme, psychologue et psychothérapeute, parle d'un « cycle » de groupe, qui selon lui doit être basé sur une année scolaire, soit neuf mois, « le temps d'une gestation, le temps pour chaque enfant de renaître à une autre vie »⁹¹. Pour l'auteur, « le groupe doit mourir » à la fin de cette période : il n'est en effet thérapeutique que s'il favorise l'autonomie de ses membres.⁹²

Enfin, un groupe est réfléchi en vue d'un objectif et de la poursuite d'un but. C'est là l'unité **d'action** qui est considérée. Une tâche précise est en effet assignée aux participants dans le groupe selon les objectifs thérapeutiques

⁹⁰ Privat et Quélin-Souligoux, 2005, p.52

⁹¹ Van Damme, 1994, p.24

⁹² Van Damme, 1994

préalablement déterminés. Il peut notamment s'agir d'une activité autour d'une médiation.

- **La position du thérapeute**

Une autre caractéristique incluse dans ce cadre groupal est évidemment la présence du(des) thérapeute(s) dans le groupe, celui-ci ayant « pour première tâche de participer à la création d'un espace thérapeutique groupal et de veiller à sa sauvegarde »⁹³. Cette caractéristique devient alors « essentielle » dans le cadre d'un « rassemblement dissymétrique d'adulte(s) et d'enfants »⁹⁴, la différence d'âge des participants devant évidemment être prise en considération. En effet, selon les auteurs, le travail thérapeutique en groupe doit pouvoir « s'appuyer sur le déploiement et l'élaboration des modes de communication plus spécifiques entre pairs, que l'adulte se doit donc de respecter, en favorisant toutes les interactions groupales »⁹⁵. Le groupe permet à la fois « un étayage sur les pairs », favorisant donc les identifications, en même temps qu'un travail sur la relation entre enfants et adultes.

Ainsi, il nous faut logiquement aborder la question du transfert. Ce phénomène est présent dans toute thérapie, y compris donc, en orthophonie. Toutefois, seul un psychologue analyste ou un psychanalyste est à même de l'interpréter. En ce qui nous concerne, et sans pour autant les analyser, il convient d'être conscient de ces relations transférentielles qui se jouent au sein du groupe. Revenons tout d'abord à la définition de ce phénomène en psychanalyse : il s'agit du « report des sentiments que le patient a éprouvés dans l'enfance à l'égard de ses parents, sur la personne de l'analyste »⁹⁶. Ces sentiments ambivalents font que le transfert peut être positif ou négatif. Un autre phénomène découle logiquement de ce transfert : c'est le contre-transfert, qui concerne cette fois l'analyste et ses « réactions inconscientes en réponse au transfert de son patient »⁹⁷. Outre ces

⁹³ Privat et Quélin-Soulligoux, 2005, p.6

⁹⁴ Privat et Quélin-Soulligoux, 2005, p.8

⁹⁵ Privat et Quélin-Soulligoux, 2005, p.8

⁹⁶ Brin-Henry et al. 2011

⁹⁷ Brin-Henry et al. 2011

deux grands mouvements, la situation groupale induit également des transferts latéraux, entre les membres du groupe.

- **Co ou monothérapie ?**

Un autre questionnement fréquent au sein des institutions concerne « le choix du nombre optimum de thérapeutes pour la conduite des groupes »⁹⁸. Devant l'inconnu de la situation groupale, les enfants ont en effet tendance à se raccrocher à ce qu'ils connaissent. Ainsi un couple de thérapeutes pourra renvoyer à une image parentale, alors qu'un seul adulte renverra plutôt au côté scolaire. Toutefois ce mode de défense sera remis en question si le thérapeute ne se comporte ni comme un parent ni comme un instituteur : l'enfant sera alors confronté à de nouvelles possibilités de relation avec l'adulte.

« Le plaisir du travail en couple est indéniable » pour Privat et Quélin-Souligoux⁹⁹. On le comprend aisément : la pluridisciplinarité, propre au travail institutionnel, permet des échanges riches autour des expériences pratiques et des connaissances théoriques de chacun des intervenants. Van Damme parle ainsi des nombreux bénéfices tirés de sa « collaboration fructueuse » avec une collègue orthophoniste durant plusieurs années, évoquant même un « groupe support pour mieux comprendre et soutenir les enfants »¹⁰⁰. Ce fonctionnement en binôme peut donc accroître les possibilités de contenance du groupe.

Toutefois, des risques peuvent advenir de cette cothérapie et il convient de les garder à l'esprit. Des perspectives défensives peuvent tout d'abord conduire les thérapeutes à fonctionner en binôme : « la complexité de la tâche et la tendance à agir des enfants en groupe ont conduit certains thérapeutes, confondant peut être contenance et contention, à se mettre à deux, voire à trois, pour 'affronter et contenir' les enfants »¹⁰¹. Un autre risque du fonctionnement en couple est que celui-ci peut « tendre à se constituer comme un groupe extérieur à

⁹⁸ Privat et Quélin-Souligoux, 2005, p.143

⁹⁹ Privat et Quélin-Souligoux, 2005, p.146

¹⁰⁰ Van Damme, 1994, p.25-26

¹⁰¹ Privat et Quélin-Souligoux, 2005, p.144

celui des enfants »¹⁰². Enfin, rappelons que la constitution d'une « unité harmonieuse » nécessaire entre les deux thérapeutes peut demander un certain temps au sein d'une équipe¹⁰³.

Les différents auteurs laissent donc majoritairement cette question ouverte. Privat et Quélin-Souligoux rappellent toutefois que jamais un groupe n'est conduit seul, du fait de son appartenance à une institution. Ce tiers est toujours présent, au sein du groupe lorsqu'il s'agit d'une cothérapie, ou en dehors, notamment lors des supervisions. L'institution reste le « groupe d'appartenance des thérapeutes, au sens où ils y sont physiquement insérés et qu'elle fait partie de leur réalité sociale. Mais on peut considérer que c'est pour eux un groupe de référence puisqu'ils adhèrent plus ou moins explicitement à un projet éducatif, rééducatif ou social qui est propre à cette institution »¹⁰⁴.

- **Nombre de participants**

Enfin, le nombre de patients présents au sein du groupe est également sujet à un questionnement majeur. Barblan nous dit ainsi que « la présence de trois enfants avec un ou deux adultes ne permet pas de considérer qu'il y a constitution potentielle d'un groupe »¹⁰⁵. Cette configuration ne renverrait selon l'auteur qu'à une « petite famille » où la dynamique ne serait que celle d'un « agrégat » et non d'un véritable groupe. Il convient également de se dégager de toute confusion avec une « petite classe ». Le groupe thérapeutique n'est ainsi constitué qu'en atteignant une « masse critique » constituée de quatre à six enfants selon l'auteur, pouvant aller jusqu'à une douzaine de participants si ceux-ci sont plus âgés.

¹⁰² Privat et Quélin-Souligoux, 2005, p.146

¹⁰³ Van Damme, 1994

¹⁰⁴ Quélin-Souligoux et Privat, 2007, p.8

¹⁰⁵ Barblan, 2000, p.9

b) La notion clé de « contenance »

Parmi les différentes conditions requises pour qu'un espace groupal ait une dimension thérapeutique, une notion particulière retient notre attention au fil de nos lectures. Nous choisissons de la développer particulièrement dans cette partie : il s'agit de la contenance. Cette notion, ancree tout d'abord dans la relation mère-bébé, développée notamment par Bick, Winnicott, Bion et Anzieu, « renvoie [donc] implicitement à un lieu, une surface, une limite, une frontière qui marque un seuil entre un dehors et un dedans »¹⁰⁶.

Trois aspects essentiels de la fonction contenance sont ainsi résumés par la psychologue et psychothérapeute Nadia Kacha¹⁰⁷ :

- « La notion d'attention, de présence psychique, accompagnée de celle d'attachement, de chaleur et de sécurité ;
- La notion de maintenance, de soutènement, de support, d'appui ;
- La notion de capacité d'accueil des pensées angoissantes associée à l'aptitude à les métaboliser et à leur donner un sens. »

Cette contenance est thérapeutique : ce qui soigne n'est pas la décharge de la parole ou le dévoilement des fantasmes pour Ciccone, psychologue et psychanalyste, « ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue »¹⁰⁸.

Nous présentons cette partie comme une mise en abyme de différents niveaux, un emboîtement de poupées gigognes, depuis la contenance de l'institution accueillante, jusqu'à celle prodiguée par le groupe et enfin celle du thérapeute.

¹⁰⁶ Costantino, 2011

¹⁰⁷ Kacha, in Chapelier et Roffat, 2011, p.87

¹⁰⁸ Ciccone, 2001

- **Le groupe est contenu par l'institution qui l'accueille.**

Il semble primordial d'aborder en premier lieu la relation entre le groupe thérapeutique et l'institution qui l'accueille. Outre le cadre institutionnel vu précédemment, c'est un véritable « emboîtement » qui s'opère cette fois entre l'enveloppe institutionnelle et groupale. Ainsi, « il est essentiel que le 'groupe institution' fonctionne comme un contenant » qui protège le groupe de l'extérieur et qui en même temps organise son contenu¹⁰⁹.

Costantino parle à ce titre de « fonction première d'un lieu de soin » : l'indication d'une institution a ainsi pour but de « suppléer des systèmes de pare-excitation saturés, défaillants ou tout au moins fragilisés » et donc de « contenir les projections des patients, c'est-à-dire pouvoir endiguer tout ce dont ils se délestent »¹¹⁰. L'institution soignante est en effet un lieu d'accueil pour les patients et peut être considérée comme un « réceptacle » de leurs problématiques singulières. Elle est de ce fait une enveloppe institutionnelle d'accueil¹¹¹.

En ce qui concerne le groupe mené en son sein, l'institution est garante de son objectif thérapeutique, lui permettant de conserver une souplesse de fonctionnement, tout en étant contenu dans et par cette institution¹¹². De ce fait, les effets thérapeutiques du groupe « se renforcent si son utilisation se réfère à une théorie de l'institution de soins, comme espace de changement pour les patients – lieu de dépôt, de transformation psychique »¹¹³. Le groupe est en effet perméable à la vie de l'institution ; une certaine cohérence s'avère donc nécessaire dans sa mise en place.

A ce titre, il convient de souligner l'importance des échanges concernant la pratique de groupe au sein de l'institution pour les auteurs, dans un but à la fois de « maintien du lien entre les individus », et également dans un « travail d'approfondissement théorique »¹¹⁴. Nous nous référons ici aux différents temps

¹⁰⁹ Privat et Quélin-Souligoux, 2005, p.167

¹¹⁰ Costantino, 2011

¹¹¹ Billard et Costantino, 2011

¹¹² Privat et Quélin-Souligoux, 2005

¹¹³ Cohou, 2006

¹¹⁴ Privat et Quélin-Souligoux, 2005, p.168

de reprise, dans l'immédiat de l'après-groupe, mais aussi aux synthèses ou bilans d'équipe pluridisciplinaire ayant lieu plusieurs fois par an dans les institutions. Soulignons également le rôle prégnant des temps réguliers de supervision pour les soignants : le superviseur, extérieur au groupe, offre en effet une neutralité d'écoute toute profitable. La régularité de ces rencontres devient même « un moment primordial dans la création de l'espace de contenance »¹¹⁵. Rappelons que l'institution est également le groupe d'appartenance des soignants. Ceux-ci doivent pouvoir s'y sentir soutenus.

« L'enveloppe institutionnelle permet l'existence de l'enveloppe groupale qui elle-même permet celle de l'enveloppe psychique » nous dit la psychiatre Laurent, reprenant cette image d'encastrement¹¹⁶.

- **Le groupe a lui-même une fonction contenante**

Le groupe psychothérapique vise un travail de pensée. Pour ce faire, « il est nécessaire de mettre en place un contenant avant d'aborder les contenus qui ne sont pas d'emblée élaborables sans vécus persécutifs risquant de déclencher de la violence »¹¹⁷.

La contenance du groupe passe tout d'abord par le cadre et le dispositif mis en place, que nous avons décrits précédemment. Cette fonction contenante est alors assurée par les enveloppes matérielles, temporelles et spatiales instaurées par les soignants, visant ainsi à limiter l'excitation due à la mise en groupe. Une certaine rythmicité est retrouvée et contribue de même à sécuriser l'enveloppe groupale. Les règles et les limites du groupe participent également à cette fonction de contenance. Elles garantissent le respect de l'autre et de ses productions, qu'elles soient matérielles ou verbales. Citons à titre d'exemple la règle de confidentialité qui peut être indiquée dans de nombreux cas et qui garantit aux membres du groupe que leurs productions ne sortiront pas de ce cadre.

¹¹⁵ Abdoucheli-Dejours, in Chapelier et Roffat, 2011, p.152

¹¹⁶ Laurent, 2009, p.16

¹¹⁷ Privat et Quélin-Souligoux, 2005, p.167

« Le travail sur le groupe, sur sa constitution en tant qu'espace ayant un dedans et un dehors, participe à un mouvement de mise en place d'une enveloppe limitante qui va permettre d'aménager un lieu de pensée, une aire de symbolisation »¹¹⁸. Cet objet contenant et protecteur qu'est le groupe offre pour Privat un étayage permettant de supporter des pensées différentes ou étrangères. « Ainsi, le sentiment d'appartenance va contribuer à conjurer les angoisses de morcellement et de perte d'identité, le groupe pourra être utilisé dans un premier temps comme la base d'une sorte de néo-identité, une prothèse, soutenant le sentiment défaillant d'identité personnelle »¹¹⁹. On touche ici à l'identification et au sentiment d'appartenance permis par le groupe, du fait des relations interpersonnelles entre ses membres. Cela permet ainsi par la suite l'apparition de « l'illusion groupale » décrite par Didier Anzieu comme « un état fusionnel particulier entre les membres d'un groupe, caractérisé par le sentiment d'être bien ensemble »¹²⁰. Cet état se présente alors comme le « ciment du groupe » et permet de renforcer le sentiment de cohésion des membres.

- **Contenance du thérapeute**

Enfin, abordons la contenance du thérapeute. Elle est en effet l'une de ses principales fonctions, si ce n'est la première. « La construction d'un espace thérapeutique groupal dépend des interventions du thérapeute dont la première tâche est de créer le sentiment de sécurité nécessaire pour laisser se déployer et se symboliser les contenus archaïques éveillés par la mise en situation de groupe »¹²¹. En effet, la mise en groupe d'enfants suscite une certaine excitation. L'adulte a ainsi un rôle de réassurance et de contenance auprès des enfants, le sentiment de confiance entre le soignant et les enfants étant la condition *sine qua non* à tout travail thérapeutique¹²². Kacha effectue un parallèle entre la mère et son

¹¹⁸ Privat et al., 2001

¹¹⁹ Privat et al., 2001

¹²⁰ Anzieu, in Denieu, 2006, p.86

¹²¹ Laurent, in Kaës et Laurent, 2009, p.14

¹²² Privat, in Kaës et Laurent, 2009, p.76

bébé et le thérapeute du groupe : celui-ci se doit d'être « un repère pour les membres du groupe, il est la balise, la bouée sur laquelle ils vont s'accrocher »¹²³.

De même, Kacha file une métaphore à propos de la fonction de contenance du thérapeute via le conte des « trois petits cochons ». Le thérapeute est alors décrit comme « l'artisan de la fabrication de l'enveloppe groupale » : il est responsable de la qualité des matériaux utilisés pour la construction de la « maison-enveloppe groupale ». Celle-ci se doit d'être résistante aux attaques du loup à l'extérieur du groupe mais également à l'intérieur, offrant un climat de sécurité pour ses membres. On l'aura compris, les parpaings et le ciment de la maison renvoient en réalité au cadre et au dispositif du groupe¹²⁴.

Pourtant, le thérapeute peut parfois lui-même mettre à mal la maison-enveloppe qu'il a construite. Ses propres défaillances peuvent être exacerbées dans le cadre du groupe, qui « attaque nos défenses ». Kacha insiste donc sur l'importance d'une certaine solidité psychique chez le soignant qui prend en charge des groupes, nécessaire à sa fonction contenante.

Toujours dans cette idée d'intrications permettant d'assurer la fonction de contenance, l'auteure rappelle que le soignant « devra lui-même être contenu par ses connaissances, son superviseur, son institution »¹²⁵.

2) De la médiation à la symbolisation

La médiation, portée par l'objet médiateur, tient une place essentielle au sein des groupes thérapeutiques, nous allons ainsi tenter d'en préciser la nature et la fonction. Puis nous nous intéresserons à l'impact de la médiation sur la vie psychique du patient en psychanalyse, ainsi qu'à l'utilisation de certains objets médiateurs spécifiques retrouvés dans les groupes en orthophonie.

¹²³ Kacha, in Chapelier et Roffat, 2011, p.95

¹²⁴ Kacha, in Chapelier et Roffat, 2011, p.90

¹²⁵ Kacha, in Chapelier et Roffat, 2011, p.95

a) Origine et nature de la médiation au sein du groupe : la médiation mise à jour

- **Qu'est-ce qu'une médiation?**

Tenter de définir la vaste notion de « médiation » peut s'avérer compliqué. Quélin-Souligoux souligne lui-même les difficultés rencontrées en voulant expliciter ce terme. Il parle ainsi d'un « foisonnement terminologique » autour de ce mot-valise aux nombreux sens possibles, selon les contextes dans lesquels il est employé¹²⁶.

Étymologiquement, le mot « médiation » proviendrait du terme latin « *medi* », retrouvé dans « Méditerranée » pour la mer « au milieu des terres », ainsi que du verbe « *mediare* », qui signifie « s'interposer ». Aujourd'hui, la médiation a gardé cette notion de position mitoyenne et prend le sens d'un « intermédiaire » ou encore, au sens philosophique, d'une « articulation entre deux propositions dans un raisonnement »¹²⁷.

Cette idée d'espace « articulateur » et de position « médiane » se dégage bien des propos de la psychiatre Anne-Marie Dubois¹²⁸. Elle évoque ainsi la médiation comme renvoyant à la notion de « résolutions de problèmes, pour lesquels des solutions directes ne peuvent être trouvées. La médiation sert d'intermédiaire dans la communication ». Ainsi on comprend qu'il s'agit d'un moyen de constituer et de soutenir une production, un échange entre le patient et le thérapeute, en contournant les obstacles.

- **L'art et la naissance de la médiation dans le soin**

L'utilisation de « médiations thérapeutiques comme le modelage, la peinture ou encore la musique sont anciennes dans l'histoire du soin, notamment dans la

¹²⁶ Quélin-Souligoux, 2003

¹²⁷ Brin-Henry et al., 2011

¹²⁸ Dubois, in Chidiac, 2008, p.10

psychothérapie psychanalytique des enfants et des psychoses »¹²⁹. Anne Brun, psychologue et psychanalyste, évoque en effet l'influence curative de certains arts, comme la peinture et la musique, déjà vantées dans la Bible ou encore dans certains ouvrages datant de la Renaissance.

Par la suite, l'art a été intégré dans le domaine du soin. Cependant, « il s'agissait d'un recours passif à des stimulations artistiques, censées réintroduire, dans l'esprit malade, l'harmonie qui lui faisait défaut, voire tempérer les passions »¹³⁰. Puis, motivée par un registre verbal parfois impossible à investir, l'utilisation des médiations artistiques a pris place dans la psychanalyse des enfants. Selon Anna Freud, le dessin constitue « un moyen de communication »¹³¹.

La médiation, aujourd'hui particulièrement présente dans les groupes, apparaît sous des formes très diverses et à des niveaux variés selon les populations, les types de groupes et les structures.

- **Sous quels aspects se présente la médiation dans les groupes ?**

Il existe différentes sortes d'objets médiateurs qui vont permettre de soutenir cette médiation. Mais, pour la plupart, ils ont tous le point commun d'appartenir plus ou moins au domaine artistique et surtout d'être « malléables », « plastiques » ou encore de susciter une certaine élaboration et expression¹³². L'objet médiateur peut alors se présenter sous différentes formes et sera :

- soit un objet concret (un jouet, de la pâte à modeler, un instrument de musique, du papier-crayon...)
- soit un objet culturel déjà pré-constitué (un conte, une écoute musicale...)
- ou encore un jeu dramatique¹³³

¹²⁹ Brun, in Brun, Chouvier et Roussillon, 2013

¹³⁰ Chartier, 1993, cité par Brun, 2013, p.12

¹³¹ Freud, 1945, cité par Brun, 2013, p.19

¹³² Chouvier, in Brun et al., 2013

¹³³ Quélin-Souligoux, 2003

Ces médiations sont bien distinctes, « elles ont toutes leurs particularités et leurs vertus propres, et ne peuvent donc pas être proposées indifféremment à tout patient qui en fait la demande »¹³⁴.

D'ailleurs, le psychologue et psychanalyste Chouvier souligne que l'objet médiateur relève du choix partagé et réfléchi des thérapeutes, selon les « propriétés sensorielles » et « le type de pratique clinique » qu'il offre. Il doit être investi par eux : c'est la condition sine qua non afin qu'il puisse remplir « ses fonctions d'intermédiaire et de dépôt transférentiel pour l'ensemble du groupe ». La médiation ne prend sens que si le thérapeute s'en saisit lui-même¹³⁵. Selon Marion Milner, artiste peintre, psychologue et psychanalyste, le thérapeute doit être « amoureux du médium choisi »¹³⁶.

Parmi les objets médiateurs principaux, on distingue ceux qui ont la particularité essentielle d'être :

- Un médium malléable

Selon le psychologue et psychanalyste Roussillon, qui reprend le terme introduit par Milner, la « malléabilité du médium » correspond à une propriété commune de nombreuses médiations utilisées dans les groupes thérapeutiques. C'est ce qui leur permet ainsi de prendre différentes formes suivant les besoins de la création. Le médium est par conséquent un « symboliseur » et, pour jouer ce rôle, il doit être malléable. Il doit donc être à la fois indestructible, extrêmement sensible et indéfiniment métamorphosable tout en restant lui-même. La pâte à modeler est l'exemple le plus prégnant puisqu'elle est manipulable à volonté sans pour autant être endommagée¹³⁷.

Ces objets externes de jeu, transformables sans être forcément modifiés, tels que la pâte à modeler ou encore le papier-crayon, vont ainsi jouer un rôle dans le développement psychique des enfants. «La réalité externe et celle du monde

¹³⁴ Dubois, in Chidiac, 2010, p.7

¹³⁵ Chouvier, in Brun et al., 2013

¹³⁶ Milner, in Quélin-Souligoux et Privat, 2007, p.20

¹³⁷ Roussillon, in Brun et al., 2013

psychique interne du sujet vont pouvoir ainsi se rencontrer autour de cette qualité ». La plasticité de l'objet médiateur va alors permettre aux enfants la manipulation d'une certaine souplesse, jusqu'alors insuffisamment rencontrée »¹³⁸.

Par ailleurs, la médiation peut être amenée par le jeu :

- Le jeu

L'objet médiateur peut aussi être qualifié « d'embrayeur imaginaire »¹³⁹ et pour cause, les groupes à médiation pour enfants utilisent aussi le jeu car, souvent, ces jeunes ne savent pas jouer. En effet, cela prend tout son sens au regard des travaux de Winnicott, pour qui le jeu est un médiateur de la vie psychique de l'enfant. « C'est le jeu qui est universel et qui correspond à la santé : l'activité de jeu facilite la croissance et par là même, la santé. Jouer conduit à établir des relations de groupe »¹⁴⁰. Le jeu permet effectivement la maturation de l'enfant, favorisant la construction des objets internes. Ainsi quand ces « médiateurs naturels » sont en panne ou font défaut, le groupe à médiation « a pour fonction première de pallier ces manques ». D'ailleurs Dubois évoque elle aussi « un mode de création de soi-même » construit via « l'accès à une vie imaginaire »¹⁴¹. Cette autre composante de l'objet médiateur permet donc également de créer ce lien, absent ou défaillant, entre réalité extérieure et intra-psychisme.

Ainsi on s'aperçoit que l'objet médiateur, tout comme le jeu, favorise au sein d'un cadre organisé et collectif des processus d'expérimentation et de création souvent manquantes ou défaillantes. L'utilisation de l'objet médiateur va alors, parmi d'autres composantes groupales, permettre d'activer chez ces enfants un processus appelé « symbolisation », au sein d'un cadre transférentiel et fantasmatique structurant que peut offrir le groupe¹⁴².

¹³⁸ Quélin-Souligoux, in Privat et Quélin-Souligoux, 2007

¹³⁹ Chouvier, in Brun et al., 2013

¹⁴⁰ Winnicott, 1975

¹⁴¹ Dubois, in Chidiac, 2010, p.9

¹⁴² Winnicott, 1975

b) Médiation et vie psychique : « un détour pour la symbolisation »

La médiation, selon Anne Brun, est « un support au processus de symbolisation » et est donc fortement impliquée dans la dynamique thérapeutique¹⁴³. La médiation, dans les dispositifs cliniques, correspond en fait au « vecteur du langage grâce auquel le travail de symbolisation va pouvoir se développer »¹⁴⁴.

L'objectif de ces groupes médiatisés est de faire surgir (ou re-surgir) des processus psychiques qui ne peuvent être mobilisés autrement ou alors dans une forme beaucoup moins efficace. Autrement dit, ce qu'on nomme « symbolisation » correspond à « l'émergence de formes nouvelles de représentation » et à « une réouverture permanente » de ces processus, engagées par le sujet grâce au support des médiations¹⁴⁵.

L'objet médiateur viendrait par conséquent aider le thérapeute dans ce mécanisme de symbolisation, ou encore de représentation, qui serait difficile à mettre en place au seul moyen des interactions verbales¹⁴⁶.

Cette symbolisation s'effectue en plusieurs étapes au cours de la vie de l'enfant. La symbolisation primaire correspond au passage de la trace mnésique, ou encore perceptive, de l'objet à sa « représentation-chose ». Elle correspond donc d'abord à l'idée de se représenter une chose. La symbolisation secondaire correspond, quant à elle, au passage de cette représentation en chose à une représentation en mots, et donc à l'évocation possible d'un objet même quand il n'est pas présent¹⁴⁷.

Au sein du groupe, c'est donc grâce aux médiations que le patient va pouvoir saisir des expériences n'ayant jamais été éprouvées, et ainsi raconter via ce médium sa vie psychique et son vécu. Il va donc revivre des expériences non symbolisées, mais cette fois en tant qu'acteur, dans le but de s'en saisir et de se

¹⁴³ Brun, in Brun et al., 2013

¹⁴⁴ Rousseau, in Brun et al., 2013

¹⁴⁵ Brun, 2005

¹⁴⁶ Quélin-Souligoux, 2003

¹⁴⁷ Roussillon, 2012

les appropriier. L'objet médiateur sert d'entremetteur et de connecteur entre des réalités psychiques et extérieures.

Ainsi on voit que « les psychothérapies à médiations artistiques activent les processus de création chez le patient qui, en créant, se crée lui même comme sujet »¹⁴⁸. Et on comprend ainsi que la possibilité de médiation de l'objet médiateur est alors plus attachée à son utilisation particulière qu'à sa simple présence, cette dernière ne renvoyant alors qu'à un support de communication.

c) Objets médiateurs en orthophonie

- **Choix et place de l'objet**

La pratique groupale orthophonique fait elle aussi appel à l'utilisation d'objets médiateurs. Toutefois, les objectifs n'étant pas les mêmes qu'au sein d'un groupe à versant psychanalytique, le choix du support ainsi que sa fonction sont également divergents.

Quélin-Souligoux et Privat évoquent différents types de groupes selon la place et l'investissement de la médiation. Selon eux, il en existe trois sortes :

- Les psychothérapies de groupe : elles peuvent inclure un dispositif de médiation mais il ne s'agit là que d'une composante du groupe et non d'un mode d'intervention spécifique. Ce sont ici les phénomènes groupaux qui intéressent le thérapeute et le médiateur n'est alors qu'une aide aux interventions verbales pouvant être difficiles. Celui-ci est certes un support à la communication, mais il supporte également la richesse de chacun, facilitant de ce fait l'expression de la pensée et des affects. On se réfère ici aux techniques psychothérapeutiques groupales d'inspiration psychanalytique.

¹⁴⁸ Brun, 2005

- Les groupes à médiation, quant à eux, ne privilégient pas une analyse du sens. L'objectif principal du médiateur est alors de répondre aux difficultés des patients à représenter ou symboliser. C'est ici la relation à la médiation qui importe : « elle s'impose comme le ciment du groupe ». Cette médiation est alors déjà constituée et « fait partie des objectifs du travail commun », il peut par exemple s'agir de supports tels que les contes, les marionnettes ou encore la danse.
- Les groupes thérapeutiques médiatisés : dont la principale caractéristique repose sur la place originale allouée à la médiation, qui n'enferme aucunement le groupe dans une activité codifiée par des règles de fonctionnement. La proposition de médiation permet ici une libre organisation de l'activité autour du support. Elle privilégiera ainsi l'expression de mouvements groupaux, tout en proposant une expérience de contenance. L'utilisation de la médiation est ainsi protectrice : elle permet l'expression symbolique des affects via les objets médiateurs, créant de ce fait un véritable sentiment d'appartenance groupal. Selon les auteurs, c'est d'ailleurs principalement ce type de groupes thérapeutiques qui sont animés par les orthophonistes, éducateurs ou encore psychomotriciens.

En effet, en orthophonie, c'est un travail autour d'une communication plurielle défailante qui est entrepris mais les productions, de quelque nature que ce soit, ne sont pas interprétées.

D'autre part, l'objet médiateur sera sélectionné en fonction du champ d'action dans lequel se situe l'orthophoniste et des dysfonctionnements présentés par les membres du groupe. Le choix de la médiation, selon que le groupe est plutôt à visée d'expression, de langage instrumental ou encore de socialisation, induira certains aspects du groupe mais cela ne l'empêchera pas néanmoins de

« cheminer à différents niveaux : celui de l'expressivité, du sens et du relationnel »¹⁴⁹.

Le choix de la médiation sera aussi influencé par l'expérience professionnelle et les centres d'intérêts de l'orthophoniste. En effet son investissement auprès de l'objet médiateur apparaît nécessaire pour engager le groupe à se l'approprier et à l'investir à son tour.

- **Diversité des objets médiateurs**

L'objet médiateur se présente donc comme un support de communication qui permet d'aborder le déficit, non pas de plein front, mais par des sentiers détournés. La (re)conquête de la fonction défaillante est alors approchée de manière implicite, ludique et fonctionnelle.

Les objets médiateurs sont nombreux et variés dans les groupes en orthophonie. Mais parmi eux, certains sont très régulièrement retrouvés comme :

- Le conte : qui agit sur la vie psychique de l'enfant, lui offrant un support aux images internes et ouvrant la voie de la symbolisation. Le conte peut aussi par la suite être joué. L'indication du groupe conte est particulièrement fréquente auprès des enfants ou adolescents psychotiques¹⁵⁰ mais on trouve ce médiateur dans de nombreuses autres situations en orthophonie, notamment dans des cas d'immaturité engendrant des altérations de langage oral, de langage écrit, d'orientation temporo-spatiale, d'instabilité...

- Le jeu : selon Oberson, psychologue et logopédiste, qui utilise ce médiateur, il s'agit ainsi de « groupes de thérapie par le jeu s'adressant à des enfants qui présentent des troubles plus ou moins graves de la communication et du langage, et pour lesquels une relation duelle adulte-enfant, aussi rassurante qu'elle soit, ne

¹⁴⁹ Quélin-Souligoux et Privat, 2007, p.37

¹⁵⁰ Chouvier, in Brun et al., 2013

nous paraît pas suffisante pour leur donner l'envie de communiquer de quelque manière que ce soit »¹⁵¹ Ce médiateur peut-être décliné de façon variée.

- L'écriture et les ateliers d'écriture. Ils sont utilisés avec des enfants qui ont peu, voire pas, d'expériences positives avec l'écrit, ayant du mal à saisir les règles qui régissent l'écriture ou à entrer dans la dimension symbolique du langage écrit. Ils concernent également des enfants qui peinent à exprimer leurs émotions et à être dans la relation aux autres¹⁵². Selon Françoise Estienne, les principaux objectifs visent à réconcilier ces enfants avec leurs propres pensées et à leur donner la capacité de la traduire. Ils ont aussi pour but de les aider à travailler sur leurs symptômes en leur proposant un lieu d'expression libre par la trace écrite quelle qu'elle soit : un dessin, un trait ou encore une rature. Toutes les formes d'écriture y sont accueillies.

- Les photos au sein des groupes « photolangage » qui consistent à utiliser la photographie comme médiateur de la pensée, de la parole, et de l'expression auprès de personnes souffrant de différents troubles psychiques : démentiels, psychotiques, dépressifs...

- Le chant et la musique auprès de patients cérébrolésés avec l'objectif de travailler la voix, le langage, la respiration, l'attention et bien d'autres fonctions déficitaires par l'intermédiaire du rythme et de la mélodie.

D'autres pathologies sont approchées de manière plus globale faisant intervenir le langage directement, avec des supports variés et changeants au fil du temps comme dans le cas du bégaiement ou encore de l'aphasie.

Certains objets médiateurs sont par conséquent retrouvés dans les groupes psychanalytiques, toutefois les techniques et les outils utilisés en parallèle (LSF¹⁵³, Makaton...) conduisent à des objectifs et à des interventions spécifiquement orthophoniques. Mais à nouveau, on s'aperçoit que les médiations sont un moyen

¹⁵¹ Oberson, 2000

¹⁵² Estienne, 2000

¹⁵³ Langue des Signes Française

et non une fin en soi et qu'elles « se doivent d'être avant tout au service d'une expression de soi engageant la globalité de la personne et sa créativité»¹⁵⁴. On comprend que la médiation accompagne le processus groupal en proposant une alternative et un détour pour accéder à une faille, à un manque. Le domaine de la psychanalyse utilise la médiation dans le but de potentialiser les effets de contenance et d'aboutir à la symbolisation. Ainsi, selon Brun, « le travail du thérapeute consiste en partie à se demander quelles composantes sensori-perceptivo-motrices [de l'objet médiateur] le patient a utilisées, et à s'interroger sur ce qui a pu être symbolisé»¹⁵⁵. Le champ orthophonique utilise également l'objet médiateur comme une déviation pour stimuler une fonction altérée.

¹⁵⁴ Quélin-Souligoux, 2003

¹⁵⁵ Brun, 2005

CONCLUSION DE LA PARTIE III – LA NOTION DE SOIN AU SEIN DU GROUPE

Nous avons vu précédemment que la médiation au sein du groupe n'est pas la seule composante thérapeutique du groupe. En effet, le cadre groupal tout comme la notion de « contenance » sont des éléments essentiels à cet aspect de soin. Il est donc compliqué de scinder en deux parties distinctes ce qui résulte du médiateur d'un côté, de ce qui revient aux processus de groupes eux-mêmes, les deux étant étroitement intriqués¹⁵⁶.

¹⁵⁶ Vacheret, 2002

PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF DE RECHERCHE

Comme nous l'avons vu précédemment, la notion de « groupe thérapeutique » ainsi que ses spécificités ne sont pas encore clairement définies. Bien qu'un grand nombre d'auteurs, relevant pour la plupart de la psychothérapie d'origine psychanalytique, se soient penchés sur la question de « ce qui soigne » dans le groupe, peu d'informations concernent spécifiquement l'orthophonie. Pourtant, nous avons chacune été amenées à observer, voire à participer à des groupes durant nos différents stages : ce mode de prise en charge nous a de ce fait particulièrement intéressées et interrogées. **En quoi un groupe peut-il ainsi être qualifié de « thérapeutique » en orthophonie ?**

Afin de clarifier cette notion de « groupe thérapeutique » fréquemment retrouvée en orthophonie, la présente étude se base donc sur l'utilisation d'un questionnaire destiné aux orthophonistes. Nous souhaitons ainsi faire un état des lieux de cette notion auprès des professionnels concernés dans leur pratique quotidienne. **Notre objectif sera ainsi de révéler la spécificité thérapeutique de cette modalité de prise en charge en orthophonie.**

PARTIE PRATIQUE

I – METHODE

Au vu de notre problématique et de notre objectif de recherche, il nous paraît pertinent d'avoir recours aux méthodes de la stratégie descriptive. Le choix de l'enquête, et plus précisément du questionnaire, est donc l'outil le plus à même de nous éclairer sur la spécificité thérapeutique du groupe en orthophonie, via une observation fermée et armée. Cette première partie concerne plus particulièrement la méthodologie employée dans notre recherche, depuis la population d'étude jusqu'à l'élaboration du matériel de l'enquête, en n'omettant pas de décrire la procédure employée.

1) Population ciblée

Notre questionnaire est ainsi adressé à un panel d'orthophonistes délimité au préalable selon deux critères principaux :

- Les professionnels choisis exercent (ou ont déjà exercé) au sein d'un centre ou d'une institution.
- Ils y mènent actuellement (ou y ont déjà mené) des prises en charge groupales auprès d'enfants ou de jeunes âgés de 2 à 15 ans.

Nous avons volontairement choisi de délimiter notre champ d'étude à ces deux critères. En effet, si des groupes peuvent être menés au sein de cabinets libéraux, ce n'est à nos yeux pas le mode d'intervention le plus fréquemment rencontré. De

surcroît, la classe d'âge des « 2 - 15 ans » nous a semblé être la plus pertinente pour notre étude : les indications de prises en charge de groupe sont extrêmement nombreuses et peuvent concerner des patients de tous âges, présentant des pathologies très diverses. Nous souhaitons ainsi rester cohérentes dans notre travail quant à notre projet initial et nos stages respectifs : nous sommes toutes deux accueillies cette année dans des structures proposant des groupes d'enfants et/ou de préadolescents, au sein d'un CMP (Centre Médico-Psychologique) ainsi que d'un IEM (Institut d'Education Motrice). De plus, nous préférons rester modestes dans notre recherche et choisissons ainsi de la délimiter, dans le seul et unique but de la mener à bien.

Nous nous sommes donc fixé pour objectif de recueillir au minimum une trentaine de réponses de la part des orthophonistes, en envoyant une centaine de questionnaires, afin d'optimiser le nombre de retours et ainsi la fiabilité de notre étude.

Etant donné l'étendue limitée de notre champ de recherche, nous restons prudentes quant à la généralisation de nos résultats à une plus large population. Nous sommes en effet restreintes à la fois par le temps et les moyens dont nous disposons pour faire parvenir notre enquête à un niveau plus conséquent, régional ou national par exemple.

2) Matériel utilisé : le questionnaire informatique

a) Le choix du questionnaire

Dans le cadre de notre stratégie de recherche descriptive, l'utilisation d'un questionnaire s'est avérée être la méthode la plus adaptée à notre projet. En effet, le questionnaire nous permet une observation indirecte des pratiques et des opinions de l'échantillon d'orthophonistes interrogé. Par cette observation standardisée, fermée et armée, nous pouvons décrire et analyser leurs réponses au sujet des groupes thérapeutiques.

Toutefois, si le questionnaire présente de nombreux avantages, notamment en facilitant l'obtention d'informations de manière rapide et économique, nous ne négligeons pas ses inconvénients. En effet, il convient de prendre en compte le faible taux de réponses recueillies suite à l'envoi massif de notre enquête. De surcroît, les informations obtenues peuvent être biaisées : nous veillons ici à limiter cet effet en insistant sur l'anonymat des réponses recueillies. Les participants ne doivent pas être tentés de modifier leurs réponses du fait qu'ils participent à une recherche. Enfin, l'analyse des données s'avère complexe lorsqu'il s'agit de réponses ouvertes, c'est pourquoi nous avons tenté d'en limiter le nombre et de prévoir un laps de temps conséquent afin d'analyser nos résultats.

b) Elaboration du questionnaire de l'enquête¹⁵⁷

Nous avons ainsi élaboré informatiquement ce questionnaire. Sa création nous a été facilitée par l'utilisation du logiciel « Google Drive ». Le support informatique nous a permis de bénéficier de nombreux avantages non négligeables. Au niveau économique tout d'abord : la création du questionnaire ainsi que sa diffusion par mail sont entièrement gratuits. Cela n'impose donc aucun frais à la charge des orthophonistes souhaitant nous répondre. Nous avons également mesuré le précieux gain de temps que nous offrait ce procédé, nous évitant ainsi un recueil fastidieux des résultats. Ici, la saisie et l'analyse de données sont facilitées. La présentation informatique nous a également paru plus attrayante, offrant une grande liberté à la personne interrogée : libre à elle en effet de nous répondre au moment qui lui semble le plus approprié, sur son lieu de travail ou même à son domicile.

Tout au long de son élaboration, nous avons tenu à suivre une ligne directrice : allier rapidité, efficacité et concision au sein de notre questionnaire. Nous souhaitons véritablement limiter le nombre de questions posées tout en restant le plus pertinentes possible, afin de récolter un nombre conséquent de données, sans que cela ne soit trop rébarbatif pour notre échantillon. Un temps de réponse d'environ cinq minutes, pour les douze questions proposées, nous paraissait

¹⁵⁷ cf Annexe 1

convenable. Nous avons ainsi veillé à délimiter au maximum nos questions, en prenant soin de réfléchir à chaque formulation afin d'être le mieux comprises. Pour mener à bien notre recherche et ne pas rendre notre questionnaire trop monotone, nous avons été amenées à varier nos façons d'interroger en rédigeant des questions fermées et ouvertes, combinant donc une analyse quantitative et qualitative au sein de notre étude. Ces différentes questions ont à la fois une visée écologique, qui prend en compte les expériences professionnelles des orthophonistes et une visée plus théorique qui concerne alors spécifiquement la notion de « groupe thérapeutique » étudiée ici.

Pour débiter la création de ce formulaire, la rédaction d'une rapide présentation à visée informative et explicative nous a semblé nécessaire. A l'ouverture du formulaire, les orthophonistes découvrent donc nos axes de questionnements ainsi que notre objectif de travail. Nous profitons de cette plage de texte pour rappeler les informations essentielles à nos conditions de recherche, à savoir l'exercice salarié ainsi que la prise en charge groupale d'enfants ou jeunes de moins de 15 ans. Nous apportons enfin les données pratiques indispensables au bon recueil des formulaires de retour, comme la garantie de l'anonymat des réponses, la date limite de recueil des formulaires ainsi qu'une adresse mail permettant de nous contacter.

Nous entamons notre questionnaire par un renseignement signalétique. En effet, notre première question "**Dans quel département exercez-vous ?**" a d'abord pour objectif d'entrer en contact avec la personne interrogée et de la mettre en confiance, par une question neutre et simple. Cette question d'identification ne sera toutefois pas analysée dans le cadre de notre travail, n'apportant pas de réelle incidence sur notre recherche.

Notre seconde question "**Dans quel type d'institution / structure travaillez-vous ? Préciser les principales pathologies rencontrées.**" nous aide à cerner

l'univers de l'orthophoniste, définissant son lieu d'exercice, sa pratique et son domaine de compétences. Par ce recensement, nous souhaitons mettre en lumière la grande diversité des structures proposant aujourd'hui des prises en charge groupales, ainsi que les multiples pathologies que l'orthophoniste est à même de rencontrer dans sa pratique.

La troisième question posée, **"Quel type de groupe menez-vous au sein de l'institution ? Préciser l'intitulé, le nombre de participants, l'âge moyen pour chacun des groupes menés et la médiation s'il y a."** a pour but de nous apporter une indication sur la diversité des groupes et des populations concernées par cette modalité de prise en charge. Cette question assez longue est volontairement très détaillée : elle doit nous permettre d'avoir un aperçu global des groupes menés et de ce qui s'y fait en orthophonie.

Il convient de noter que plusieurs paramètres du « groupe thérapeutique » recensés dans notre revue de la littérature entrent ici en considération, à savoir le nombre de participants et l'utilisation possible d'une médiation.

"Quels sont les objectifs de ce groupe ? Préciser pour chacun des groupes menés." Cette quatrième question cherche ici à déterminer les divers objectifs des prises en charge groupales décrites précédemment. Nous voulons voir par cette question si les objectifs concernent exclusivement le domaine de l'orthophonie, s'ils s'intriquent à des objectifs plus psychologiques ou sociaux dus à la mise en groupe, ou si ces derniers dominent largement l'indication groupale.

La question suivante **"Selon vous, s'agit-il d'un groupe "thérapeutique" ? Oui / non / Cela dépend des groupes que vous menez"** aborde clairement la notion de « thérapeutique » qui nous intéresse particulièrement et la définition qu'en a l'orthophoniste dans sa pratique. Par le choix multiple qui est proposé, nous induisons donc que certaines prises en charge groupales peuvent ne pas être

thérapeutiques. La recherche d'incohérences parmi les réponses nous semble ici particulièrement pertinente : en effet, nous pouvons imaginer que certains des groupes menés pourront avoir les mêmes objectifs et pourtant ne seront peut-être pas tous considérés comme « thérapeutiques » par les orthophonistes. La comparaison des diverses réponses recueillies nous semble véritablement primordiale dans le cadre de notre recherche. Cette question fermée introduit logiquement la suivante.

"En quoi ce(s) groupe(s) ne sont-ils pas thérapeutiques ? Et comment les qualifieriez-vous alors?" Ici, nous recherchons clairement à définir les modalités qui incluent ou excluent ce groupe du champ du thérapeutique. Cette question fait appel à l'expérience des orthophonistes, qui font ainsi preuve de recul par rapport à leur pratique. Nous cherchons par la même occasion à recenser les différentes sortes de groupes pouvant être proposés en orthophonie.

"Quels sont les éléments qui vous paraissent nécessaires à l'aspect thérapeutique d'un groupe en orthophonie? Les éléments proposés sont basés à la fois sur nos recherches bibliographiques et sur nos observations cliniques." Nous poursuivons par cette question dite « cafétéria ». Il s'agit là d'une question fermée qui offre un choix multiple mais limité de réponses. Le choix de la question à choix multiples permet de simplifier l'élaboration des réponses ainsi que leur dépouillement. Elle a également pour avantage de donner des pistes aux orthophonistes. La case « autre » leur permet cependant de répondre plus librement et de nous faire partager des éléments pertinents de leur expérience et pratique groupales, qui ont pu nous échapper. Le choix de la formulation nous a cependant longtemps posé question. Nous craignons effectivement que les items de réponse ne les influencent trop, qu'ils s'en contentent ou qu'ils les valident toutes. Nous avons donc fait le choix d'y insérer des « distracteurs ». Nous espérons également que la case « autre » sera utilisée afin de nous apporter des éléments nouveaux et inattendus.

Cette question porte donc sur les groupes thérapeutiques en orthophonie de façon plus large que les précédentes. Elle ne concerne plus uniquement les groupes menés par les professionnels mais le groupe thérapeutique en général. Pour élaborer ce point, nous nous sommes essentiellement appuyées sur la littérature concernant les groupes psychothérapeutiques ainsi que sur nos diverses observations de stages. Nous l'indiquons aux professionnels afin d'apporter une valeur et un poids théoriques à nos propositions. Nous avons en effet recensé les caractéristiques thérapeutiques qui nous semblaient les plus pertinentes en psychothérapie et fréquemment constatées en orthophonie.

Parmi ces éléments qui soignent en groupes psychothérapeutiques, on répertorie les items suivants:

- Une formation préalable à la mise en place d'un groupe
- La co-animation avec d'autres professionnels
- L'utilisation d'une médiation
- La régularité et fixité du cadre du groupe
- La supervision par un autre professionnel
- L'enveloppe groupale sécurisante
- La dynamique groupale favorisant les interactions

Puis nous avons tenté d'en élaborer certains concernant plus précisément l'orthophonie tels que:

- Le développement d'un moyen de communication
- Au moins un des objectifs du groupe relève des compétences spécifiques de l'orthophoniste
- Commentaire et analyse des productions (langagières ou autres)

Enfin, nous y avons ajouté quelques distracteurs, non pas dans l'objectif de « piéger » notre échantillon d'orthophonistes, mais plutôt en les invitant à ne pas tout cocher par facilité. Nous espérons ainsi recueillir les éléments les plus pertinents :

- L'orthophonie est une discipline paramédicale
- Une attitude bienveillante

- Suivi individuel en parallèle

Ainsi nous souhaitons cerner les éléments qui sont thérapeutiques : le soin est-il uniquement rattaché aux aspects psychologiques du groupe ou bien également à des éléments purement orthophoniques complémentaires voire même prédominants ?

On bascule alors vers une réflexion personnelle. Cette question tente d'amener les orthophonistes ciblés à analyser les groupes qu'ils mènent, mais aussi à élargir leur champ de réflexion sur la question plus théorique du soin dans le groupe en orthophonie.

Cette question, dont l'analyse des réponses sera à la fois quantitative et qualitative, est donc essentielle pour notre recherche et l'avancée de notre questionnaire.

"Si certains éléments cités précédemment vous concernent, merci de bien vouloir les expliciter et les détailler succinctement." La réponse précédente étant proposée sous forme d'une question à choix multiples, nous souhaitons avec cet item que les professionnels explicitent leurs réponses. Nous voulons ainsi comparer les éléments psychothérapeutiques repérés dans la littérature à ceux présents et effectifs dans les groupes en orthophonie. En effet ces aspects « soignants » peuvent exister dans les groupes thérapeutiques en orthophonie sans pour autant s'exprimer de façon identique.

Les réponses à cette question permettent de bien cerner la conception du groupe thérapeutique en orthophonie grâce à une description plus précise des éléments qui, selon les professionnels concernés, font soin.

Cette fois, c'est une approche entièrement qualitative qui est à considérer. Ces données seront donc bien plus complexes à dépouiller et à analyser mais devraient être très enrichissantes pour notre questionnaire.

La question suivante "**Comment qualifieriez-vous votre rôle au sein du groupe ?**" nous apporte de nouveaux éléments sur le côté thérapeutique quant à la position qu'occupe l'orthophoniste au sein du groupe. Un choix multiple est là encore proposé.

"Selon vous, la situation de groupe est-elle plus propice au travail de certains axes plutôt que la relation duelle ? Si oui, merci de préciser en quoi." Cette nouvelle question a pour but de cerner l'intérêt du groupe ainsi que ses apports face au suivi individuel, qui constitue le mode de prise en charge le plus courant en orthophonie.

Nous cherchons en effet à savoir si le groupe est parfois plus approprié dans certains cas que la relation duelle : peut-être selon la pathologie, l'enfant ou encore les objectifs visés par l'orthophoniste. L'aspect thérapeutique est-il dans certaines situations plus présent dans le groupe que dans l'individuel ? Nous cherchons donc à connaître la motivation du choix d'un suivi en groupe. Cela devrait également nous permettre d'appréhender la tendance du groupe en orthophonie. Il semble évident qu'on ne travaille pas les mêmes aspects thérapeutiques en groupe et en relation duelle : le soin se trouve-t-il autant dans cette prise en charge collective que dans celle patient-soignant ? Cette question devrait donc nous apporter des informations essentielles quant à la nature des objectifs thérapeutiques du groupe.

Le choix d'une question ouverte telle que "**Quelle explication donneriez-vous à ce récent essor de la pratique orthophonique en groupe ?**" est toujours délicat car elle est complexe à formuler et à dépouiller. Cependant elle peut apporter des informations très utiles.

Notre objectif est ici de comprendre un phénomène relativement nouveau dans le monde de l'orthophonie et que nous avons clairement constaté pendant nos stages ainsi qu'à travers la littérature. Cet essor, les orthophonistes y ont

inévitablement assisté et grâce à cette question subjective nous voulons connaître les motivations de ce développement, notamment au sein des institutions.

Il existe probablement des raisons pratiques et peut-être même économiques mais on ne peut s'arrêter là: le groupe offre immanquablement des avantages à la prise en charge orthophonique. Et nous cherchons ainsi à savoir ce qui pousse de plus en plus les institutions et les orthophonistes à créer et à élaborer des groupes.

Pour clore ce questionnaire nous avons choisi d'utiliser un item très ouvert et beaucoup plus léger : **"Enfin laissons place à vos lumières qui nous éblouiront à coup sûr ! N'hésitez pas à nous faire part de vos avis et commentaires qui ne manqueront pas d'étoffer notre réflexion."** Le choix d'un ton volontairement humoristique a pour but d'inviter les orthophonistes à nous répondre sans gêne aucune et de laisser libre cours à leur inspiration du moment quant à notre sujet. Nous sommes en effet dans le cadre d'une recherche et sommes donc bien conscientes qu'il existe des points obscurs voire même insoupçonnés concernant le cœur de notre questionnement. Nous avons donc décidé de laisser un espace complètement libre pour toute remarque ou ajout d'informations concernant les groupes en orthophonie. Nous avons ainsi l'espoir que les orthophonistes ciblés par notre questionnaire partagent avec nous leur expérience et leur savoir afin d'avoir d'autres éclairages que nous n'aurions pas pensé à demander.

3) Procédure

Ainsi, une fois notre questionnaire élaboré, nous avons convenu d'utiliser tous les moyens à notre disposition pour le faire parvenir au plus grand nombre d'orthophonistes susceptibles de répondre à nos critères. Aucune restriction, telle que la localisation géographique par exemple, ne nous a semblé être utile. Notre objectif était bien d'atteindre un plus grand nombre de professionnels en vue d'obtenir une trentaine de réponses comme convenu précédemment.

Nous souhaitions initialement débiter nos envois durant le mois de décembre. De légers contretemps nous ont cependant amenées à transmettre notre formulaire au début du mois de janvier, pour éviter un envoi durant les vacances de Noël, qui ne nous semblaient pas favorable à un recueil optimal de réponses. La date limite de retour a été fixée au 20 février : un mois et demi était donc consacré au recueil des réponses, nous permettant par la suite de disposer d'un laps de temps conséquent pour les analyser.

Nous avons donc majoritairement transmis notre formulaire par e-mail. A cette fin, nous avons jugé pertinent de nous créer une adresse mail commune, dédiée uniquement à notre recherche, afin de faciliter le transfert d'informations au sein de notre binôme. Nous avons ainsi débuté nos envois par nos anciens maîtres de stage nous ayant accueilli au cours de notre cursus et auprès desquels nous avons pu observer différents groupes. Puis nous avons également sollicité nos camarades de promotion, afin qu'ils nous transfèrent les coordonnées de professionnels menant également des groupes à leur connaissance. Enfin, le répertoire des maîtres de stages fourni par l'Université de Nantes nous a permis l'accès à d'autres adresses professionnelles. Pour tous ces envois, nous avons été amenées à rédiger un mail-type, présentant notre démarche¹⁵⁸. Nous avons volontairement rédigé un texte succinct expliquant notre requête. En effet, le lien transmis dans le mail redirige automatiquement les orthophonistes vers notre formulaire en ligne, où notre démarche est plus largement explicitée.

Passés ces premiers envois, nous avons également eu l'idée de tirer profit des réseaux sociaux, où la communauté d'orthophonistes est particulièrement active. De nombreux groupes sont en effet répertoriés, invitant étudiants et professionnels à échanger et partager autour de l'orthophonie dans son sens le plus large. Ainsi, nous avons choisi de publier une annonce, invitant les orthophonistes à se rendre sur le lien menant à notre formulaire. Toutefois, il nous est impossible de quantifier la proportion de réponses obtenues par l'une ou l'autre des méthodes de démarchage employées.

¹⁵⁸ cf Annexe 2

A la date du 20 février, nous avons comme convenu atteint notre objectif de 30 réponses recueillies et clôturions donc notre recueil, nous permettant de disposer de deux mois pour analyser nos résultats. Les réponses des orthophonistes sont ainsi récoltées sous la forme d'un tableur, permettant une lecture linéaire pour chacune d'entre elles, facilitant le traitement des données préalable à notre analyse.

II – RESULTATS

Présentons à présent les réponses des trente orthophonistes nous ayant retourné leur questionnaire.

1) Structures et pathologies

L'une des premières questions que nous avons souhaité poser aux orthophonistes concerne bien évidemment leur lieu d'exercice et de pratique de groupes. Ainsi, nous obtenons une grande diversité de réponses, à la fois selon les structures d'accueil recensées ainsi que sur les pathologies accueillies en leur sein.

a) Les structures recensées :

Au niveau des structures recensées tout d'abord, la diversité des données recueillies nous a amenées à les scinder en quatre grands domaines, bien que certaines pathologies puissent relever de plusieurs secteurs à la fois.

- **Les structures spécialisées en pédopsychiatrie**

Ce terme recouvre les Services Hospitaliers du même nom mais également les différents centres spécialisés dans lesquels travaillent les orthophonistes ayant répondu. Ainsi on y trouve :

- Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)
- Les Hôpitaux de Jour (HDJ)
- Les Centres Médico-Psychologiques pour Enfants et Adolescents (CMPEA)
- Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

- Les Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) « Autisme »
- ou encore les Centres Psychothérapeutiques pour Enfants et Adolescents (CPEA)
- **Les structures spécialisées dans les troubles de l'audition et du langage**

Dans cet autre grand champ d'action, nous réunissons les diverses structures spécialisées en surdité et/ou en troubles sévères du langage, telles que :

- Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et CAMSP « Surdité »
- Les Instituts Médico Educatifs (IME) « Surdité »
- Les Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) « Surdité »
- Les Centres de soins pour enfants présentant une déficience auditive et/ou des troubles sévères du langage
- Ainsi que les Services Hospitaliers de surdité précoce et d'implantation cochléaire
- **Les structures spécialisées dans les atteintes motrices et structurelles**

Le troisième grand domaine recueilli concerne les structures spécialisées dans les atteintes et handicaps moteurs, à savoir :

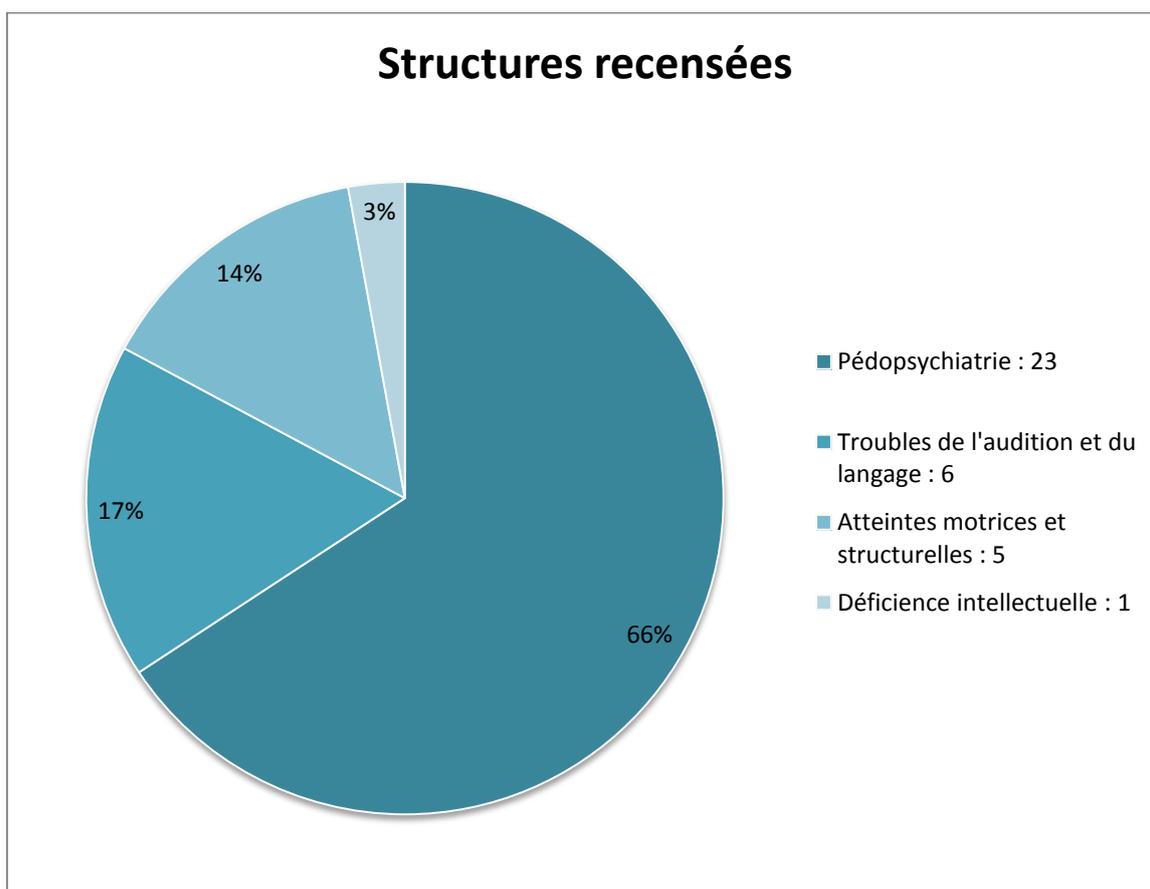
- Les Instituts d'Education Motrice (IEM)
- Les SESSAD « Moteurs »
- Ainsi que les Services Hospitaliers de chirurgie maxillo-faciale et plastique

- **Les structures spécialisées dans la déficience intellectuelle**

Vient enfin la dernière catégorie de structures recensées, à savoir les institutions spécialisées dans la déficience. Il s'agit donc ici des :

- Instituts Médico Educatifs (IME)

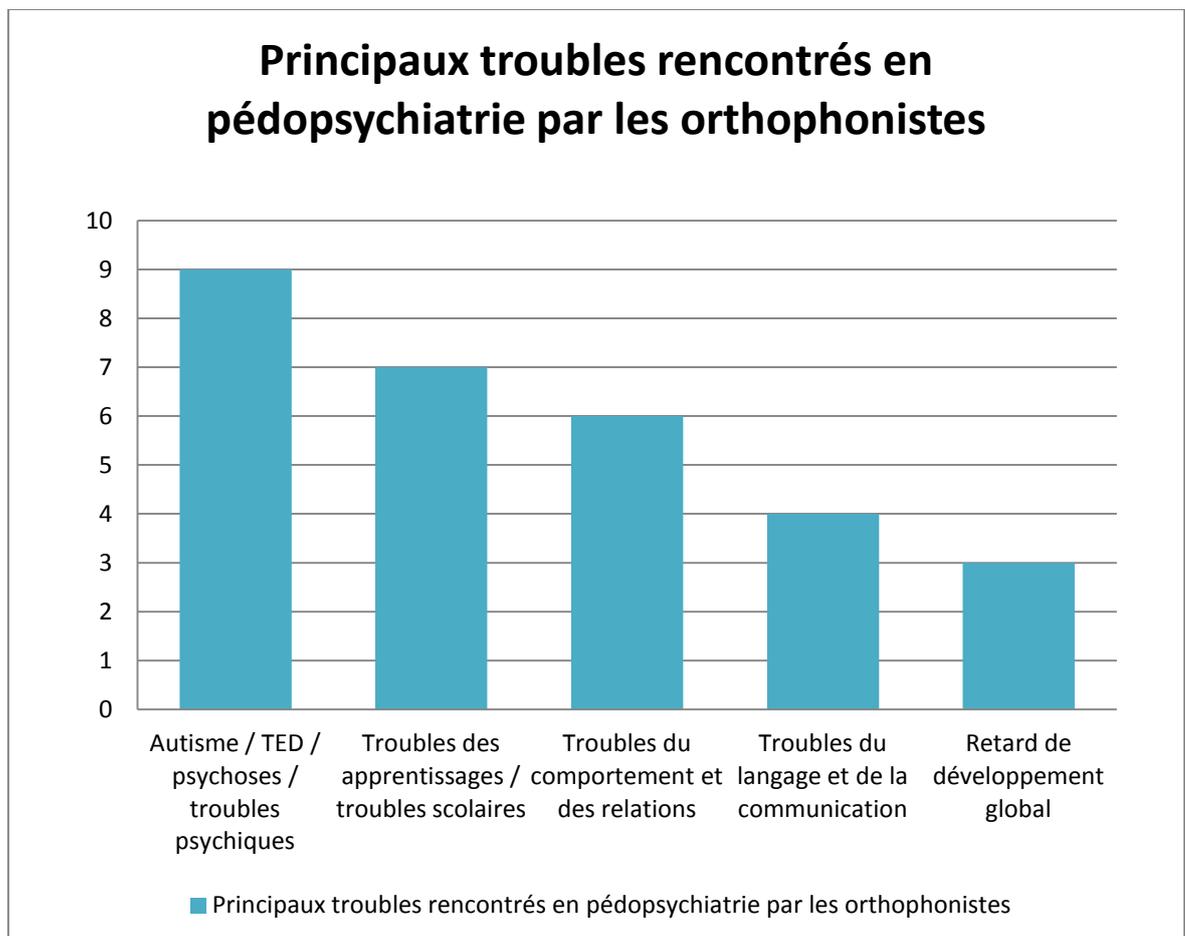
Nous choisissons donc d'illustrer les proportions de ces champs d'action par le biais d'un graphique. Parmi les 30 formulaires de réponses recueillis, nous notons que 5 orthophonistes exercent dans 2 structures à la fois. Ainsi, ce sont bien 35 centres que nous avons recensés comme suit :



b) Pathologies rencontrées en pédopsychiatrie

Il convient désormais de décrire plus précisément les pathologies rencontrées par notre échantillon d'orthophonistes. Soulignons toutefois que seulement 17 d'entre eux ont explicité précisément les types de troubles rencontrés et pris en charge sur leur lieu d'exercice.

- Ainsi, sur les 23 orthophonistes travaillant dans le secteur de la pédopsychiatrie, 12 d'entre eux ont développé leur réponse en vue de nous apporter un éclairage sur les types de pathologies et de troubles rencontrés. Rappelons qu'un même professionnel peut rencontrer plusieurs de ces troubles sur son lieu d'exercice. Parmi ces données, voici les éléments recueillis :



On constate donc aisément que la majeure partie des troubles recensés est liée aux pathologies autistiques, aux troubles envahissants du développement (TED) ou encore à la dysharmonie psychotique retrouvée chez les patients accueillis en pédopsychiatrie. D'autres difficultés, liées ou non à ces troubles psychiques, sont également recensées et peuvent (ou non) se chevaucher. Il s'agit alors des troubles scolaires notamment, incluant les cas d'échecs scolaires ou de troubles des apprentissages. Les troubles du comportement sont bien évidemment pris en compte ici, tels que les difficultés de relation à l'autre, l'inhibition ou encore les troubles de l'attachement. Divers troubles du langage sont cités par les professionnels, pouvant aller du simple retard de parole ou de langage jusqu'aux troubles plus vastes de la communication, en passant par ceux plus spécifiques du langage oral ou écrit. Enfin, des retards plus globaux sont cités, associant retards de langage et de développement psychomoteur.

Hormis dans le secteur « pédopsychiatrique », les présentations des autres pathologies rencontrées par les professionnels sont restées très succinctes dans les formulaires qui nous ont été retournés. L'utilisation de graphiques ne nous semble donc pas nécessaire à l'illustration des propos à venir.

- Deux des six orthophonistes rattachés au secteur du langage et de l'audition ont apporté un éclairage à leur pratique institutionnelle. Ainsi l'on retrouve la notion d'éducation précoce auprès des enfants sourds dans ces deux réponses, l'une se rattachant plus particulièrement à la pose d'implants cochléaires.
- Les orthophonistes exerçant au sein de structures spécifiques aux handicaps moteurs ont également pu nous apporter des précisions quant aux populations et aux étiologies rencontrées. Tous les professionnels rattachés à un IEM évoquent ainsi la prise en charge du handicap ou de la déficience motrice, que celle-ci soit ou non accompagnée de troubles associés. Enfin, le Service Hospitalier de chirurgie maxillo-faciale et

plastique s'adresse plus particulièrement aux enfants atteints de fentes labio-palatines.

- En dernier lieu, le seul orthophoniste de notre échantillon à travailler en IME évoque une population atteinte de déficience intellectuelle moyenne à sévère et pouvant présenter des troubles des apprentissages.

Ainsi, dans les structures accueillant des patients aux handicaps avérés, tels que la surdité, la déficience intellectuelle ou bien le handicap moteur, on constate que l'orthophoniste est amené à travailler autour de la fonction lésée, mais aussi des troubles pouvant en découler.

2) Les objectifs des groupes

Nous avons clairement pu le constater : les structures ainsi que les populations référencées précédemment sont extrêmement diverses et hétéroclites. Le point commun à toutes ces données réside pourtant dans le fait que des orthophonistes y mènent des groupes. La quatrième question de notre formulaire nous éclaire donc quant à l'objectif même de ces groupes, à la fois selon les populations accueillies, mais également selon un angle de vue plus commun.

a) Objectifs en lien avec les populations accueillies

Selon les populations accueillies au sein de l'institution concernée, les objectifs des groupes menés par l'orthophoniste (et éventuellement un autre soignant) vont différer. Ainsi, l'on retrouve schématiquement trois grandes sortes d'objectifs dans ces groupes :

- L'objectif **technique**, autour d'une fonction définie qui est altérée.
- L'objectif à visée plutôt **pédagogique**, autour des apprentissages notamment.
- L'objectif plus **psychique**, visant la construction de soi.

Nous tenons évidemment à rappeler que de nombreuses intrications sont tout de même retrouvées entre ces trois visées, il ne s'agit aucunement d'un classement cloisonné, mais bien d'une tentative de mise en ordre des données recueillies selon les éléments les plus saillants.

Les objectifs plus « **techniques** » peuvent ainsi concerner la mise en place d'outils ou de moyens alternatifs de communication auprès de certains enfants. C'est le cas en IME par exemple, où l'orthophoniste utilise les pictogrammes et gestes issus du Makaton afin d'aider les enfants atteints de déficience intellectuelle dans leur narration. De même, en IEM, auprès d'enfants handicapés moteurs, un orthophoniste dit avoir pour objectif de « *développer la communication (verbale, gestuelle, avec outils alternatifs de communication)* ». Un autre ajoute ainsi travailler autour de « *la désignation, [du] choix, [du] code oui/non et [de] l'utilisation d'appareils de communication* » tels que les aides et synthèses vocales. Enfin, n'omettons pas d'évoquer les groupes à visée d'apprentissage et de maîtrise de la Langue des Signes Française (LSF) auprès des enfants atteints de surdité.

Les groupes à visée plus « **pédagogique** » peuvent ainsi concerner les pratiques groupales visant un objet d'apprentissage précis, ou bien encore un travail de métaphonologie ou de grammaire axé spécifiquement vers l'acquisition du langage écrit. C'est par exemple le cas dans des groupes travaillant la « *méthode des jetons* », qui ont donc pour objectif de « *travailler les différentes notions grammaticales* », permettant ainsi « *d'aborder ou de conforter l'apprentissage de la langue écrite* ».

Enfin viennent les groupes à visée plus « **psychique** », retrouvés pour la plupart au sein des structures pédopsychiatriques. Les principaux objectifs des groupes menés en CMP, SESSAD ou encore en Pédopsychiatrie concernent la construction de soi parmi les autres. On retrouve donc principalement des axes de travail autour de la pragmatique dont « *l'identification et l'expression des émotions* », « *le décodage de situations sociales* », « *les interactions et habiletés sociales* » et les « *tours de rôle* ». Un des orthophonistes évoque d'ailleurs précisément « *l'apprentissage d'une méthode de résolution de problèmes sociaux* ». On apprend également que de nombreux groupes se focalisent sur « *la construction de l'imaginaire* » et sur sa « *différenciation avec le réel* ».

Ainsi, malgré les interconnexions entre ces différents domaines, nous avons délibérément choisi de classer ces objectifs en trois catégories prégnantes pour mieux en saisir les spécificités.

b) Objectifs communs retrouvés dans tous les groupes

Parallèlement aux objectifs divergents que nous avons pu recenser selon les populations accueillies, grâce aux questions 4 et 11, nous nous sommes aperçues qu'il existait, dans la grande majorité des groupes, des visées communes.

En effet, que les groupes aient des objectifs plus pédagogiques, psychiques ou techniques, le travail en groupe permet de cibler d'autres buts plus globaux tels que « *favoriser les échanges* » et la prise en compte de l'autre, dans le cadre d'une dynamique et d'un « *enrichissement mutuel* ». Les orthophonistes expliquent en effet que le groupe permet d'atteindre des objectifs inaccessibles en situation duelle, comme le fait d'éprouver de l'empathie, de « *se décentrer* » et de « *partager avec ses pairs* ». Ils se rejoignent alors aussi sur l'idée que ce partage va permettre une « *stimulation* », une « *imitation* » et une « *émulation* » entre les enfants qui, « *portés par le groupe, montrent de nouvelles compétences* ».

3) Les types de groupes

La troisième question de notre questionnaire nous apporte une multitude d'informations quant aux différents types de groupes menés par les orthophonistes. Par une description formelle de leur composition, puis en les regroupant selon des thèmes saillants, nous tentons ici d'effectuer un recensement des pratiques groupales de notre échantillon.

a) Leur composition

- **Les intitulés**

Tout d'abord, nous avons pu constater une grande diversité parmi les intitulés des groupes. Pour la plupart, ils dévoilent par leur nom une partie de leur nature et de leur constitution comme les « *Groupes Jetons* », les « *Groupes Orthophonie LSF* », les « *Groupes d'Habilités Sociales* » ou encore les « *Groupes Théâtre* ». Pour certains, il est même aisé d'en deviner la médiation. On remarque que des groupes sont aussi plus fréquents que d'autres, comme les « *Groupes Contes* » retrouvés sept fois parmi les 75 groupes recensés, les « *Ateliers d'Écriture* » recueillis six fois ou encore les « *Groupes d'Habilités Sociales* » recensés quatre fois.

Certains ont un titre moins transparent et plus vague tel que le « *Groupe Langage* », le « *Groupe à Penser* » ou encore le « *Groupe à Remédiations Cognitives* ». On relève aussi des intitulés originaux comme le « *Groupe Papote* », le « *Groupe Patouille* » ou encore le « *Groupe à la Conquête de l'Espace* ». Certains sont homonymes mais ne concernent ni la même population ni les mêmes axes de travail. Parmi eux, se trouvent les « *Groupes Corps-Langage* » menés en Pédopsychiatrie autour de l'espace, du corps et des émotions mais en aussi en CAMPS en vue « *d'améliorer la communication et la présence de*

l'enfant » parmi les autres. Enfin, on s'aperçoit que certains groupes n'ont pas d'intitulés.

- **Le nombre de participants**

Le nombre de participants au sein des groupes varie lui aussi. Majoritairement, on peut dire qu'un groupe en orthophonie est composé de trois à six enfants. Selon les données recueillies, un groupe peut même n'accueillir que deux patients ou alors au contraire en inclure jusqu'à 10.

- **Les âges**

Une grande diversité dans les âges a aussi été constatée puisqu'on trouve au sein des groupes des enfants de 12 mois à 20 ans. Tous les âges sont concernés par ce type de prise en charge : des tout-petits aux jeunes adultes.

On constate que les enfants sont globalement réunis par tranche d'âge au sein d'un groupe, respectant un écart maximal d'environ deux ans entre le plus jeune et le plus âgé. Toutefois, il existe dans certains groupes une disparité des âges importante, incluant en leur sein des enfants par exemple âgés de 3 à 10 ans dans le « *Groupe Blabla* » en SESSAD ou encore de 10 à 15 dans l'« *Atelier Makaton* » en IME.

b) Essai de classification par thèmes

En nous saisissant des grands axes travaillés ou abordés dans chaque groupe, nous avons tenté d'en établir une classification. Bien entendu, il existe de fortes intrications entre ces thèmes mais nous avons tout de même pu en extraire un plus prééminent dans chacun des groupes.

Tout d'abord, nous avons retenu l'axe du **langage** puisqu'il concerne plus de la moitié des groupes recensés : 51 groupes sur les 75 sont orientés sur un des larges versants du langage. Sous ce premier pôle, nous rassemblons les groupes dont le langage peut tout aussi bien correspondre à l'objectif qu'à l'outil. Nous comprenons alors en effet tous les groupes ayant trait au langage formel, aussi bien oral qu'écrit, au langage plus personnel jusqu'à la communication avec l'autre ainsi qu'aux interactions sociales. Cet axe central du langage se retrouve dans des groupes très diversifiés et sous des formes particulièrement variées. On y recueille tous les groupes « *Théâtres* », « *Contes* », mais aussi le groupe « *Papote* » qui « *s'appuie sur la relation entre les enfants pour développer le langage* », le groupe « *Ecoute musicale* » qui se focalise sur « *l'étude de la langue à partir de texte de chansons françaises* », le groupe « *Remédiations cognitives* » « *qui vise le renforcement cognitif en accompagnant le patient à comprendre son propre fonctionnement* » ou enfin « *Je raconte* » qui travaille sur « *la prise de parole, le récit et la communication avec les autres* ».

On s'aperçoit donc que le langage est un axe particulièrement présent dans les groupes recensés, sous des formes et des objectifs très variés.

Ensuite nous avons sélectionné le champ **sensori-moteur**, relativement important parmi les groupes recensés en orthophonie. En effet, 16 groupes sur 75 sont d'avantage centrés sur des phénomènes sensoriels et moteurs, tels que la musique et la voix, les capacités psychomotrices, les fonctions oro-faciales ou encore la manipulation d'objets ou d'instruments.

Parmi ces groupes, on trouve « *l'Atelier sensoriel* », en IME, qui a pour but de « *diversifier les prises alimentaires en terme de types d'aliments ingérés et de textures acceptées* », le « *Groupe de guidance parentale* », en Service de Chirurgie maxillo-faciale, qui joue un rôle de « *prévention des troubles du langage, de la surdité et des incompétences vélo-pharyngées [accompagnée] de démonstrations et d'exercices de souffle et de stimulation oro-faciale* », le « *Groupe rythme musical de la Méthode Verbo-Tonale* », en IME, s'appliquant à « *améliorer la mémoire auditive, les modulations de voix, le rythme et le débit de la parole au moyen de la Méthode Verbo-Tonale* », et enfin les « *Groupes d'éveil*

et communication » visant « l'échange, la communication spontanée et l'éveil psychomoteur ».

Bien moins nombreux que ceux centrés sur le langage, on relève tout de même quelques groupes axés sur des éléments sensori-moteurs.

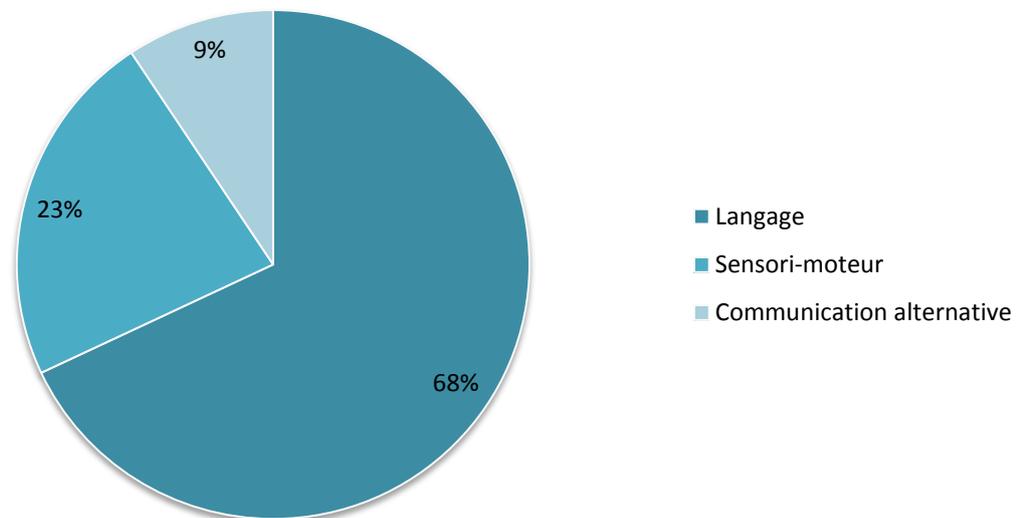
Enfin, nous avons retenu l'axe de **la communication alternative** comprenant les autres moyens de communication tels que les signes LSF, le Makaton ou encore les synthèses vocales. Sont alors concernés sept groupes sur les 75 recueillis.

Parmi eux, on relève les « *groupes Signes* » en CAMPS ou encore « *Orthophonie LSF* » en IME. Le groupe « *Communication* » en IEM « *permet aux enfants sans langage oral ou avec dysarthrie utiliser des moyens alternatifs de communication type synthèses vocales* ». Enfin, les groupes « *Blabla* » et « *Jeux de langage* » en SESSAD, travaillent autour de la communication non-verbale par le biais de pictogrammes, de signes et de mimes ainsi qu'autour de la communication verbale grâce à « *l'utilisation d'appareils* ».

Ainsi, on constate que parmi les groupes recensés un grand nombre d'entre eux se dirigent plus vers une perspective purement langagière alors que d'autres s'orientent vers une dimension sensori-motrice ou encore vers une communication alternative.

Nous choisissons d'illustrer cette classification au moyen du graphique suivant :

Principaux axes de travail retrouvés dans les groupes



4) La notion de « thérapeutique »

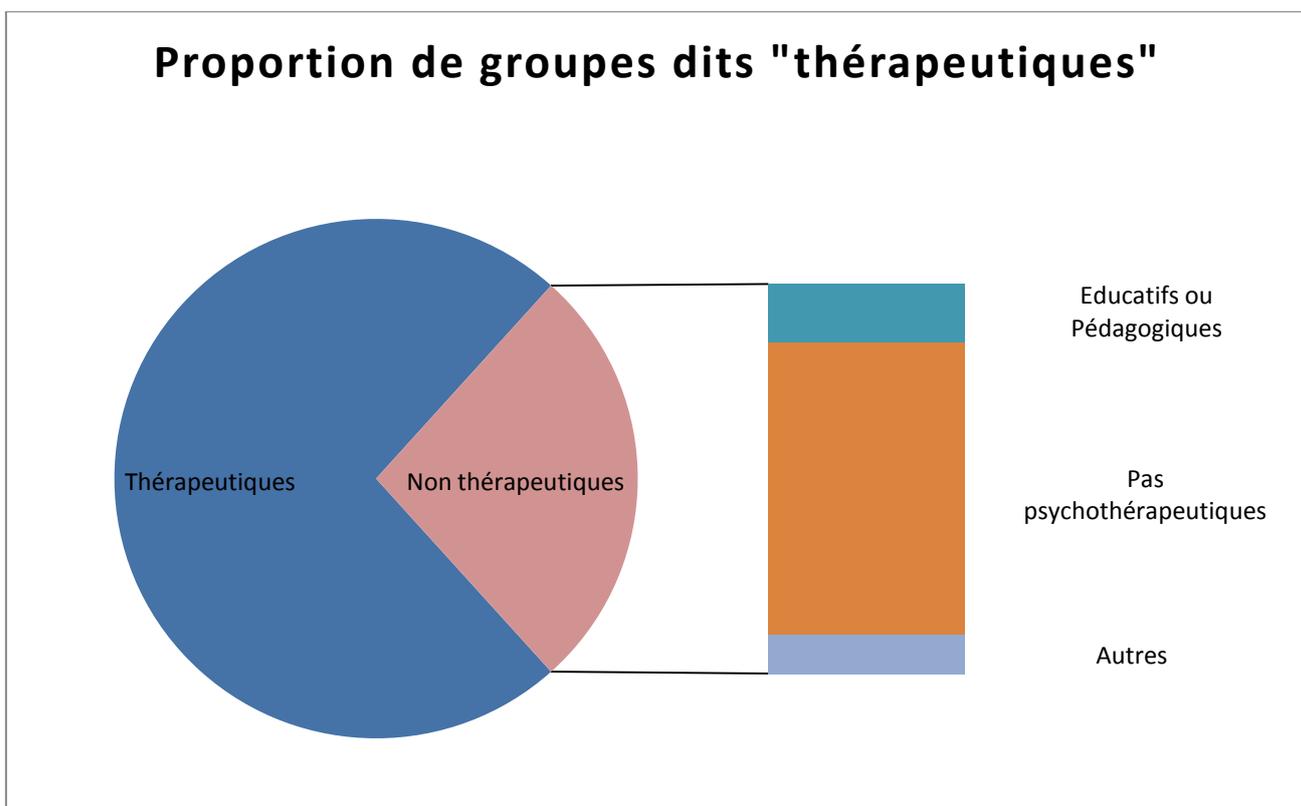
Au moyen de notre questionnaire, nous avons interrogé la notion de « thérapeutique » au sein d'une prise en charge groupale et ce qu'elle signifiait plus concrètement pour les orthophonistes au cœur-même de leurs groupes.

a) Proportion de groupes estimés thérapeutiques

Tout d'abord, nous avons souhaité connaître le pourcentage de groupes considérés comme « thérapeutiques » selon les orthophonistes eux-mêmes. Nous pouvons alors avancer que les professionnels interrogés estiment que 55 groupes sur les 75 menés sont thérapeutiques et que les 20 autres ne le sont pas.

Les 20 groupes estimés « non-thérapeutiques » sont ainsi qualifiés différemment par les professionnels. Trois d'entre eux sont plutôt jugés

« éducatifs » ou « pédagogiques », quinze autres ne sont pas qualifiés de thérapeutiques car ils sont menés sans collègues psychologues ou psychothérapeutes et ne sont donc pas « psychothérapeutiques ». Enfin deux « autres » groupes ont été recensés : un « groupe d'observation » sur quelques séances uniquement, ainsi qu'un groupe « d'entraînement aux habiletés sociales ».



Ayant anticipé cette disparité dans les réponses, notre sixième question vient nous éclairer quant aux raisons qui amènent les orthophonistes à justifier du caractère « non-thérapeutique » de leurs groupes. Nous jugeons pertinent de les classer et de les citer.

On comprend tout d'abord que l'aspect non-thérapeutique peut-être lié directement aux encadrants, et plus précisément à leurs qualifications professionnelles ou encore à leur gestion du groupe.

En effet, on relève à plusieurs reprises que certains groupes ne sont pas thérapeutiques parce qu'ils ne sont « *animés que par deux orthophonistes* » ou bien menés en pluridisciplinarité mais en « *l'absence de psychologue ou de psychothérapeute* ». D'autre part, on apprend que l'effet thérapeutique d'un groupe peut être annihilé en fonction de l'état d'esprit et des réactions des professionnels, comme dans le cas où « *le comportement d'un jeune monopolise l'attention des encadrants* » et que ces derniers « *sont ponctuellement dépassés* ». On comprend que la mise à mal du groupe nécessite alors un « *rappel très stricte des règles [nous] imposant d'entrer dans de 'l'éducatif'* ».

Par ailleurs, on distingue une autre cause de l'effet non-thérapeutique d'un groupe qui a trait plus directement à sa problématique et à ses objectifs propres. En effet, il nous est confié que des groupes ne sont pas thérapeutiques parce qu'ils sont plutôt « *pédagogiques* », « *éducatifs* » ou encore « *rééducatifs* ». Donc on comprend qu'en la présence d'un de ces trois axes, la nature thérapeutique d'un groupe n'est pas effective. D'ailleurs, selon un des orthophonistes interrogés, les groupes qu'il mène ne peuvent être thérapeutiques puisqu'il s'agit de « *groupes de rééducation [et qu'il n'y a donc] pas de travail sur le transfert* ». Dans la même idée, un autre nous rapporte que les groupes qu'il anime « *auraient été thérapeutiques s'ils avaient eu pour objectif de se raconter, de communiquer sur soi, d'exprimer ce qui [est ressenti ou vécu]* ». C'est aussi l'idée que mentionne un autre orthophoniste lorsqu'il nous rapporte qu'un groupe ne peut être thérapeutique dans les cas où les enfants, atteints de surdité par exemple, « *n'ont pas de troubles associés* ». Enfin on note aussi que certains groupes ne peuvent être qualifiés de thérapeutiques car ce sont plutôt « *des groupes d'observation [ayant pour but] d'élaborer le projet de soin* » ou encore correspondent plus à des « *groupes d'entraînement, aux habiletés sociales par exemple* ».

Il apparaît alors que selon les axes établis et les objectifs poursuivis au sein du groupe, sa nature sera ou non thérapeutique.

Ainsi, nous nous apercevons que les orthophonistes qui ont répondu à notre questionnaire considèrent que la grande majorité des groupes qu'ils mènent

sont « thérapeutiques ». D'autres, en revanche, émettent quelques réserves quant à la spécificité thérapeutique de leurs groupes et y apportent certaines nuances, rattachées directement aux encadrants ou encore plus largement aux visées du groupe.

b) Éléments cochés pour considérer un groupe comme « thérapeutique »

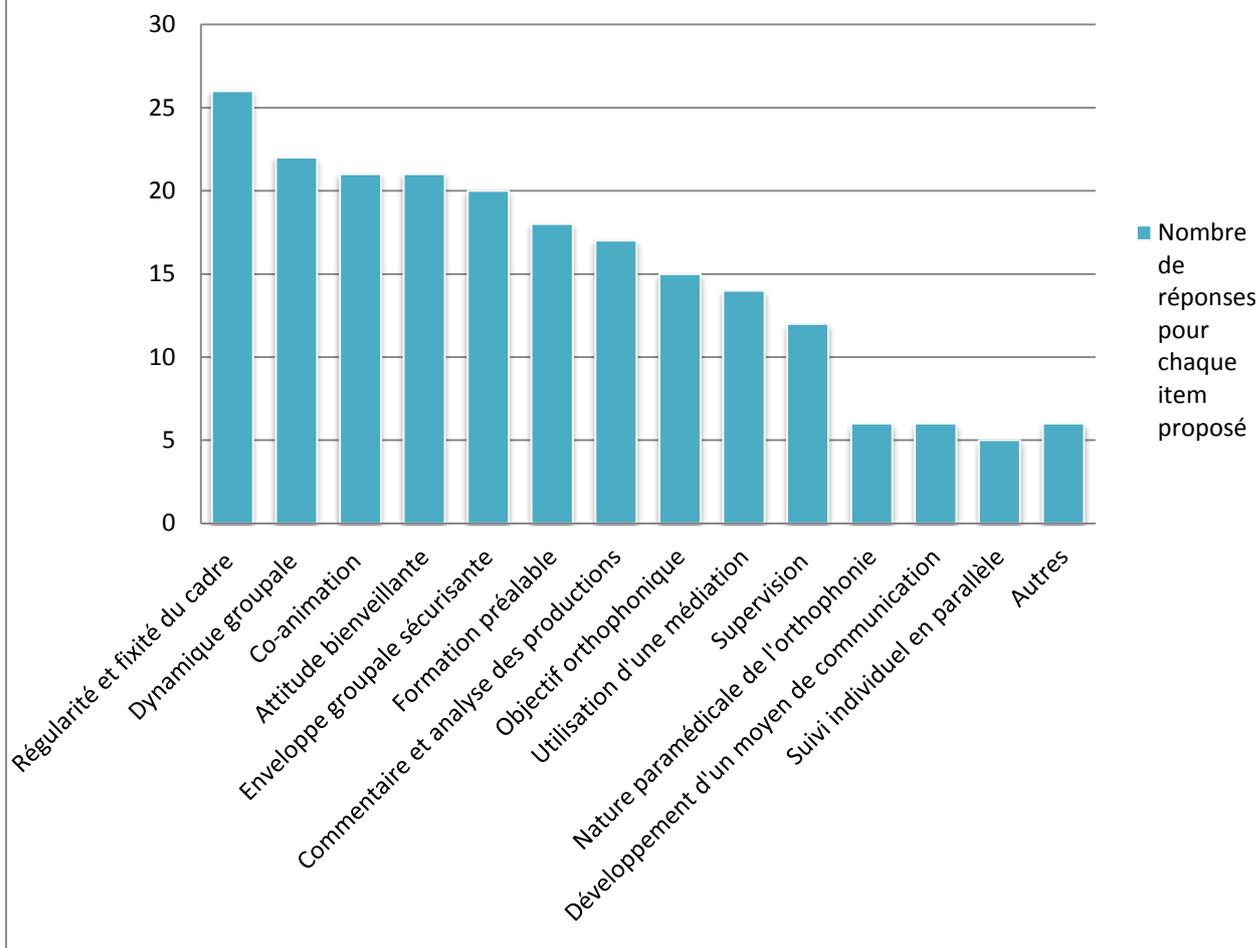
Nous avons voulu, dans la question n°7, affiner cette notion de « groupe thérapeutique » selon le point de vue des orthophonistes en étudiant les éléments qui seraient, selon eux, indispensables à cette qualité, et ce par le biais d'un choix multiple. En résulte ainsi que, par ordre décroissant, les éléments nécessaires à l'aspect thérapeutique d'un groupe en orthophonie sont :

- la **régularité et fixité du cadre** du groupe, selon **86,7%** des orthophonistes interrogés
- une **dynamique groupale** favorisant les interactions, d'après **73,3%** d'entre eux
- la **co-animation** avec d'autres professionnels, selon **70%** d'entre eux
- une **attitude bienveillante**, d'après **70%** d'entre eux
- une **enveloppe groupale sécurisante**, pour **66,7%** d'entre eux
- une **formation préalable** à la mise en place des groupes, d'après **60%** d'entre eux
- les **commentaires et analyses des productions** (langagières ou autres), pour **56,7%** d'entre eux
- l'existence d'un objectif de groupe au moins relevant des **compétences spécifiques de l'orthophoniste**, selon **50%** d'entre eux

- l'utilisation d'une **médiation**, pour **46,7%** d'entre eux
- la **supervision** par un autre professionnel, pour **40%** d'entre eux
- la **nature paramédicale** de l'orthophonie, pour **20%** d'entre eux
- le développement d'un **moyen de communication**, pour **20%** d'entre eux
- un **suivi individuel** en parallèle pour chaque enfant, pour **16,7%** d'entre eux
- **d'autres éléments**, pour 20% d'entre eux, que nous aborderons ultérieurement du fait de leur aspect plus qualitatif.

Afin d'illustrer ces chiffres, référons-nous au graphique suivant représentant, pour chaque item proposé, la proportion de réponses obtenues :

Éléments nécessaires à l'aspect thérapeutique d'un groupe



Précisons également que, mis à part une personne, chaque professionnel a sélectionné au sein de cette liste trois à 11 éléments.

Suite à l'analyse quantitative des réponses obtenues à cette question à choix multiples, il convient désormais de se pencher sur les éléments ayant été plus largement développés par notre population tout au long de notre questionnaire.

c) Données qualitatives concernant les groupes « thérapeutiques »

Nous choisissons ici de regrouper par thèmes les nombreuses données qualitatives recueillies concernant la spécificité thérapeutique du groupe en orthophonie. En effet, les orthophonistes interrogés ont choisi de développer plus ou moins certains éléments à divers niveaux de notre questionnaire, ce recueil ne s'arrête donc pas à une question spécifique mais bien à l'ensemble de notre formulaire.

Ainsi, nous avons déjà proposé aux orthophonistes des éléments-clé du groupe thérapeutique que nous avons recensés dans la littérature. Nous notons ici l'énorme enrichissement que nous ont apporté les professionnels par leurs réponses : bien des points ont été soulevés que nous n'avions pas abordés. C'est là l'apport de toutes leurs années d'expérience pratique qui émerge et qui vient considérablement enrichir notre réflexion.

- **Un travail d'équipe**

L'un des aspects les plus saillants de la caractéristique thérapeutique du groupe en orthophonie se rapporte à son appartenance à une institution de soin, pour les professionnels interrogés. Nous l'abordons ici selon les différents axes qui ont été développés par les orthophonistes :

- **Ancrage au sein de l'institution de référence**

Le groupe est tout d'abord ancré dans son institution de référence : il est ainsi « *intégré dans la structure dans laquelle il a lieu* » : « *le groupe est thérapeutique car il est soutenu par les autres soignants, les médecins et le reste de l'institution en général* » pouvons-nous lire dans un formulaire de réponse. « *Le cadre est soignant* » ajoute un autre professionnel. Ces informations font donc référence aux notions de cadre institutionnel et de cadre groupal, pouvant être analysées

comme le prolongement de l'item le plus fréquemment coché par les orthophonistes : « régularité et fixité du cadre ». Le groupe s'inscrit dans la durée et dans un lieu précis qui est celui de l'institution auquel il est rattaché.

- Prescription médicale

L'orthophoniste qui prend en charge des groupes agit sur indication du médecin prescripteur. On soulève ici la « *pertinence des indications* » réfléchies « *au préalable en équipe* ». L'orthophoniste, en tant qu'auxiliaire médical, dépend en effet « *du médecin chef de service qui oriente les soins et s'appuie sur les points de vue des différents professionnels de l'équipe* ». C'est là un point essentiel de la pratique qui a été soulevé par nos répondants et auquel nous n'avions cependant pas apporté de considération suffisante. C'est bien la prescription du médecin qui est le point de départ de toute prise en charge orthophonique, comme l'ont souligné à juste titre les professionnels.

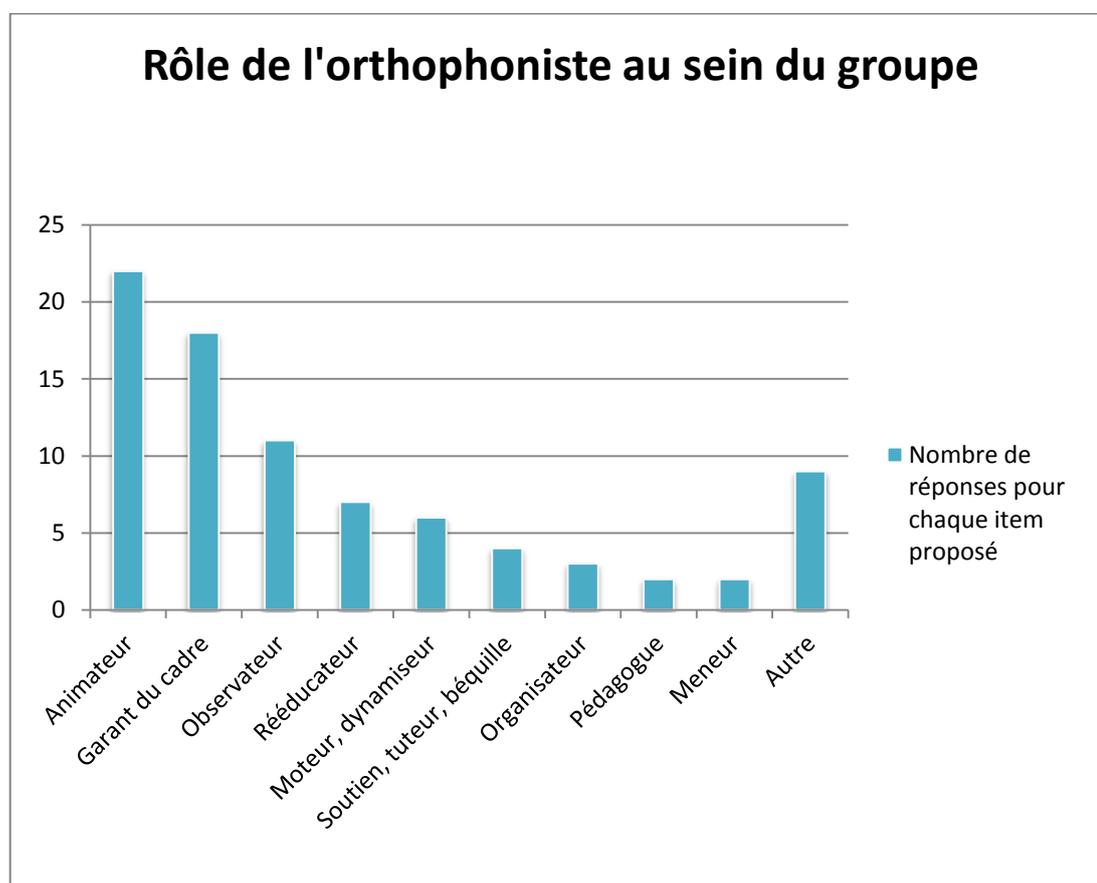
- Pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité découle donc logiquement, comme un aspect central, de l'objectif thérapeutique des groupes : nombre des orthophonistes interrogés souligne l'importance des « *regards croisés des professionnels soignants* » au sein de l'équipe. « *La complémentarité de l'interdisciplinarité* » est ainsi un élément phare de notre recueil. Rappelons que la co-animation a été en grande majorité désignée comme l'un des éléments saillants du groupe thérapeutique en orthophonie, à hauteur de 70%. « *Le partage de regards entre les différentes disciplines est une richesse dans le travail* » et paraît de fait « *indispensable pour construire un groupe à visée thérapeutique* ». « *Le travail en groupe va au-delà de la simple superposition de compétences. Du mélange des professions naît à mon sens une nouvelle façon de faire* », partage un orthophoniste dans sa réponse. Ainsi, c'est la richesse de la co-animation et du travail d'équipe, propre au travail institutionnel, qui émerge explicitement des réponses recueillies.

- L'orthophoniste

Enfin, vient la compétence propre de l'orthophoniste. Notre échantillon évoque ainsi le « *positionnement, [l'] intervention et [le] regard de l'orthophoniste spécifiques* » comme des éléments-clé du travail thérapeutique. « *Le thème du groupe doit faire partie de [son] champ d'action professionnel* ». Ainsi, ce sont les aptitudes « *intrinsèques à notre profession et qui rentrent bien dans le cadre d'un travail de groupe* », « *l'apport de [notre] vision et de [notre] savoir-faire* » qui sont évoqués par les orthophonistes eux-mêmes. On se réfère ici à « l'objectif orthophonique » proposé dans notre QCM choisi, rappelons-le, par la moitié de notre échantillon comme élément nécessaire au caractère thérapeutique du groupe.

Il nous est par ailleurs apparu primordial de questionner plus explicitement les orthophonistes sur leur place et leur rôle dans le groupe. Voici la répartition illustrée de leurs réponses à cette question spécifique :



Ainsi, le terme « d'animateur » est largement majoritaire au sein de notre échantillon, nettement préféré aux items « meneur » ou encore « pédagogue ». De plus, la décision d'inclure un item « autre » s'est avéré très enrichissant puisque neuf professionnels ont coché cette case. Parmi leurs réponses, deux d'entre eux ont ajouté la mention « *soignant* ». Un autre orthophoniste se définit plutôt comme « *accompagnant* ». Les six autres réponses nous apportent plus de précisions quant à la définition de leur rôle dans le groupe : celui-ci peut en effet ne pas être le même d'une séance sur l'autre. L'orthophoniste peut ainsi être « *meneur ou observateur selon la responsabilité du jour* », et cela est souvent « *défini avec le ou les co-animateurs* ». Enfin, une réponse apporte une modification d'un des items proposés, l'orthophoniste choisissant le terme « *d'étayage* » et non pas de béquille.

- **Un réajustement permanent**

La seconde orientation majeure retrouvée au fil de notre analyse de formulaires concerne l'adaptation et l'ajustement permanent des professionnels dans leur pratique du groupe thérapeutique. Si nous avons proposé certains items assez globaux tels que l'« attitude bienveillante », la « formation préalable » ou encore la « supervision par un autre professionnel », là encore, les orthophonistes interrogés ont su étoffer leurs réponses et ainsi souligner l'importance considérable des capacités d'adaptation des professionnels au sein des groupes. Plusieurs points sont abordés :

- **Souplesse, écoute et adaptation constantes**

« *Le groupe est thérapeutique parce qu'il y a un travail avant, pendant et après le groupe. Le groupe est pensé, parlé et mis en sens* ». On voit ici combien le groupe et son organisation revêtent une importance considérable aux yeux des professionnels. Toutefois, un tel projet ne peut qu'être en constante évolution et sans cesse remis en question. Une des réponses obtenues nous semble d'une importance capitale : « *Je considère qu'un groupe ne peut être thérapeutique qu'à*

condition qu'il soit souple et non réglé comme du papier à musique : les animateurs se doivent de s'adapter au groupe, d'aller à sa rencontre, de se saisir de ce que les jeunes amènent au fur et à mesure, de s'appuyer sur les observations successives et de se mettre dans une position d'auto-évaluation permanente ». Autre information, non moins importante : « le maître mot pour une orthophoniste animatrice de groupe 'éclairée' serait l'écoute, c'est à mon avis de l'écoute du groupe que peut naître la meilleure façon d'avancer. » Ainsi, le groupe thérapeutique se doit de s'éloigner de toute rigidité programmée, pour au contraire laisser une place importante à la souplesse et à la liberté. « Notre métier se nourrit, fait des expériences, progresse... »

- *Intérêt et formation des soignants*

On retrouve dans plusieurs formulaires l'importance cruciale accordée à la formation préalable des orthophonistes à l'animation de groupes. Rappelons que cette proposition a été largement plébiscitée dans notre questionnaire, à hauteur de 60%. Certains professionnels exercent néanmoins sans y avoir été formés, parfois à leur grand regret. D'autres, sans pour autant avoir suivi de formation spécifique, évoquent plus globalement l'importance d'avoir expérimenté au préalable la situation de groupe ou encore le médiateur « *dans le cadre d'une formation professionnelle ou dans le cadre privé* » pour « *être à l'aise dans la médiation proposée* ». Une réponse illustre parfaitement ces propos : « *pour se persuader de l'intérêt de la dynamique de groupe, il faut l'avoir expérimentée pour soi (ex : ateliers d'écriture...) et l'observer sur le terrain* ». Ainsi, on apprend que l'utilisation d'une médiation ne se fait pas au hasard : l'orthophoniste animant des groupes doit être un minimum intéressé par le support proposé.

- *Débriefing et prises de notes*

Un autre élément saillant est à prendre en considération : les temps de reprise en fin de groupe et autres synthèses, inclus dans notre item « *Commentaire et analyse des productions (langagières ou autres)* », qui a été choisi par plus de la moitié de notre échantillon. Ainsi, le « *temps de prise de note avec les autres co-*

animateurs est essentiel pour mettre en mots ce qui s'est passé dans le groupe et adapter au fur et à mesure de son déroulement dans l'année » pouvons-nous lire. Ces échanges post-groupe permettent en effet aux professionnels de réfléchir et prévoir « *un enrichissement pour les séances suivantes* ». Au-delà d'une simple prise de notes d'évolution, ces débriefings ont alors pour objectif de « *mettre du sens sur ce qui se passe, pointer les difficultés, ressources et évolutions et ajuster nos propositions thérapeutiques* », nous disent les orthophonistes. Ces moments apparaissent donc comme indispensables à l'actualisation permanente des objectifs du groupe. Ceux-ci doivent en effet « *être clairs et réévalués régulièrement, sans quoi on va à l'échec !* ». « *L'écoute, la disponibilité, les mots échangés et la reprise entre les professionnels après ces temps de groupe sont garants du soin* ».

- *Temps de reprise et supervision*

Enfin, toujours dans cette optique de réajustement constant, ont été soulignés les temps de supervision par un professionnel extérieur au groupe, psychiatre ou psychologue. « *L'analyse de ce qui se joue lors des séances (notamment les phénomènes de groupe, la place et les paroles de chaque enfant) par une prise de note et une reprise régulière avec une personne tiers* » est en effet un élément que nous avons retrouvé dans 40% de nos réponses concernant les caractéristiques thérapeutiques du groupe. Ils sont décrits par les professionnels comme des moments permettant de « *réfléchir ensemble aux attitudes et réactions des jeunes* », « *au sens que l'on donne au groupe et au comportement de chaque patient* ». Notons toutefois que cette « *supervision est très enrichissante mais souvent difficile à mettre en œuvre dans les structures* ».

- **Une transposition du groupe au monde extérieur**

Le dernier axe majeur, qui nous est apparu lors du dépouillement des réponses, porte sur l'objectif d'étendre les acquisitions, effectuées grâce au groupe, au monde extérieur et de les généraliser afin qu'elles soient plus écologiques. Là encore, plusieurs éléments sont abordés :

- **Enveloppe et dynamique groupales**

Tout d'abord, la notion d'enveloppe groupale tient une place essentielle dans la plupart des témoignages recueillis. En effet, 73,3% des répondants estiment que cet élément est indispensable à l'aspect thérapeutique du groupe. Créée grâce à la fixité rassurante du cadre et à l'attitude bienveillante des professionnels, elle contribue à amorcer, selon un orthophoniste, « *un sentiment d'étanchéité : ce qui se passe dans le groupe reste dans le groupe, la parole [de l'enfant] ne sera pas trahie, [au sein d'un] cadre sécurisant où il sait l'écoute et l'expression possibles* ». Ce sentiment « *d'appartenance au groupe et la création de liens très privilégiés* » au sein de la membrane groupale offrent en effet progressivement à l'enfant « *la liberté de dire et de faire* ». Grâce au questionnaire, on apprend qu'« *il pourra peu à peu participer au groupe quand il se sentira prêt et en sécurité* ». Il nous est également rapporté que « *l'enfant a besoin de l'émulation des autres* ». Il s'agit en effet de la dynamique de groupe permettant à l'enfant de développer « *l'estime de soi et la relation aux pairs* » et « *d'affirmer la prise de parole* ». Un des orthophonistes nous révèle justement que « *le groupe est thérapeutique dès lors que les jeunes ont su trouver leur place dans le groupe* ».

- **Du plaisir pour une expérimentation en confiance**

Un tel environnement, propice aux échanges et à une prise d'assurance, suscite chez les enfants du plaisir décelable par « *leur envie de revenir la semaine suivante [et par] leur déception lors d'interruption pendant les vacances* ». Nous

ne l'avions pas évoqué au sein des éléments de soin mais le plaisir semble donc contribuer à l'aspect thérapeutique d'un groupe. Et en effet, un autre orthophoniste nous le confirme : « *le groupe, c'est une invitation à expérimenter dans un rapport d'altérité et de plaisir des situations de communication* ». Donc, l'aspect thérapeutique du groupe réside également dans « *l'expérimentation langagière avec des pairs [offrant la possibilité de] se mettre en situation de communication et [d'] avoir des retours par ses pairs* », le tout dans un climat agréable. Il apparaît donc que le groupe est thérapeutique en ce que ses encadrants mettent tout en œuvre pour leur permettre « *d'expérimenter la relation et pour les aider à être plus épanouis* ».

- *Vers un transfert aux situations quotidiennes*

On retrouve également au sein des réponses l'idée que l'aspect thérapeutique du groupe provient « *du fait qu'il mobilise chez la personne d'autres façons d'être, le fait qu'il fasse emprunter aux jeunes d'autres chemins* ». On comprend alors que dans le prolongement de l'expérimentation, se dessine la transposition des acquis et des découvertes à la vie quotidienne. Se mettent également en place « *des facultés de décentration, d'empathie et d'ajustement à l'autre* » permettant à l'enfant d'être dans la communication avec autrui. On nous mentionne en effet que « *les groupes permettent aux enfants d'échanger avec leurs pairs et de s'apercevoir que des solutions sont parfois à puiser dans un environnement proche* ». La « *situation écologique* » et proche du « *naturel* » qu'offre le groupe constitue ainsi un des aspects thérapeutiques, du fait que l'enfant va ainsi pouvoir transférer et appliquer à la vie réelle ce qu'il y a saisi.

- *Maintien du contact avec l'entourage*

Le contact avec l'entourage et l'implication de l'extérieur apparaissent également à plusieurs reprises, sans que nous n'ayons pensé à le mentionner parmi les éléments thérapeutiques. En effet « *les entretiens réguliers mis en place avec les parents et l'enfant afin de discuter ensemble du ressenti de l'enfant, de ses envies, de ses projets* » favorisent, selon certains orthophonistes, l'aspect

thérapeutique du groupe. Lorsque les enfants demandent « *de ramener chez eux classeurs et dessins, soit pour les montrer à leurs parents, soit juste pour les regarder, les compléter* », cela confère une portée thérapeutique au groupe pour un orthophoniste. De même, pour les quelques prises en charge groupales qui se déroulent en présence des parents, on apprend que « *les échanges sont riches surtout lorsque les parents participent et peuvent réinvestir les habitudes prises en séance* ». Donc l'inclusion de l'entourage semble également avoir un rôle majeur au sein d'un groupe thérapeutique.

Par conséquent, on constate que de nombreux et divers éléments contribuent à la qualité thérapeutique d'un groupe. Nous avons pu discerner majoritairement trois axes principaux concernant ainsi un réajustement essentiel et permanent de l'encadrant, l'appartenance de la profession d'orthophoniste à une équipe de soin et enfin une liaison et une transposition du groupe vers le monde extérieur. Il convient toutefois de rappeler que ce recueillement n'est pas exhaustif, même si ces points nous sont apparus comme les plus prégnants dans les témoignages des orthophonistes et donc essentiels pour l'avancée de notre travail.

Apportons désormais un éclairage plus personnel concernant l'interprétation de ces résultats au sein d'une discussion.

III – DISCUSSION

Comme nous l'avons vu dans notre partie « Résultats », une grande diversité des pratiques groupales a été retrouvée dans les réponses des orthophonistes, tant au niveau des structures d'accueil que des pathologies, et donc, logiquement, que des objectifs de travail établis par les professionnels. Cette richesse nous semble essentielle : elle nous a en effet permis de dégager plusieurs éléments de réponse concernant notre objectif initial, à savoir « **révéler la spécificité thérapeutique des prises en charge groupales en orthophonie** » au regard de la vaste littérature traitant des groupes de soin.

Nous proposons de présenter notre analyse des résultats obtenus selon deux axes majeurs qui ont été les fils conducteurs de notre travail jusqu'alors : le groupe et le soin.

- **LE GROUPE**

L'un des éléments le plus prégnant retrouvé dans notre recueil de données a été l'importance considérable de la dynamique groupale qu'impliquait ce mode de prise en charge. Cette donnée vient clairement appuyer les bases théoriques que nous avons recensées. En effet, les orthophonistes ont majoritairement affirmé cette spécificité comme un élément central de leurs prises en charge, assurant que le groupe permettait un appui sur les pairs et ainsi une émulation positive des compétences des jeunes patients. La relation à l'autre, l'imitation, l'écoute et l'empathie, dans une enveloppe groupale favorisant la confiance et la sécurité, sont autant de notions qui ont été rapportées par les professionnels concernés et qui viennent conforter son aspect thérapeutique.

En outre, l'aspect pragmatique et écologique de la prise en charge groupale a été amplement souligné. L'orthophonie est en effet définie comme une discipline

touchant à la communication en son sens le plus large, comme nous avons pu le lire dans notre partie théorique, et celle-ci ne peut se travailler dans un contexte stérile ou purement formel. C'est là toute la richesse du groupe que rapportent les professionnels interrogés : il permet, par la communication spontanée, une approche naturelle et pragmatique des situations de langage que l'on est à même de rencontrer au quotidien. En cela le groupe vise l'acquisition de l'autonomie de l'enfant en société, en s'écartant de surcroît de l'angoisse pouvant parfois être générée par la relation duelle avec l'adulte.

A un niveau plus contextuel enfin, le consensus quasi unanime des orthophonistes en ce qui concerne la régularité et la fixité du cadre du groupe vient là-aussi faire écho aux éléments théoriques du groupe thérapeutique. Cet élément majeur dans le domaine de la psychothérapie apparaît également comme fondamental dans le groupe en orthophonie, offrant un cadre sécurisant indispensable à l'expérimentation sereine des patients en son sein.

Toutefois, plusieurs remarques nous ont surprises lors du dépouillement des formulaires. Les réponses étoffées des professionnels ont ainsi largement dépassé nos premières réflexions.

En effet, le groupe peut être ambivalent pour un orthophoniste interrogé, qui le qualifie à la fois de « *dynamisant et déstabilisant* ». Il est vrai que nous n'avions pas considéré cette éventualité au préalable, mais pour certains enfants très inhibés notamment, la relation duelle serait alors plus sécurisante. Les pairs sont parfois « *moins bienveillants* » que les adultes, comme on a pu le lire dans une autre réponse, ce qui vient estomper la notion d'étayage que nous avons pu évoquer dans notre partie théorique.

De plus, des éléments inattendus ont été repérés dans le recensement des différents groupes menés par notre échantillon. Nous avons en effet convenu de nous intéresser aux groupes d'enfants ou de jeunes de 2 à 15 ans. Cependant, notre recueil dépasse ces limites d'âge, puisque nous obtenons des réponses concernant des groupes de très jeunes enfants (12 mois) ou de jeunes adultes (jusqu'à 20 ans). Il aurait donc été possible d'élargir notre intervalle de recherche.

Nous avons également pu recenser des groupes pour le moins étonnants au regard de la littérature évoquée. En effet, certains groupes menés en co-animation (orthophoniste et psychologue dans le cas présent) ne concernent qu'un seul enfant. D'autres encore sont retrouvés, comptant uniquement deux enfants et un orthophoniste. Ce point nous interroge donc au vu de la théorie qui ne parle d' « effets de groupe » qu'à partir de trois patients.

Enfin, une limite majeure est à considérer dans notre questionnaire. Nous avons en effet interrogé les professionnels quant au « récent essor » de ce mode de prise en charge en orthophonie. A notre grand étonnement, cette pratique semble être beaucoup plus ancienne que nous ne le pensions. Nombre des professionnels interrogés nous disent pratiquer ces groupes, ou tout du moins en avoir connaissance, depuis plusieurs dizaines d'années. Ils parlent alors plutôt d'un accroissement du nombre de professionnels concernés, et non pas d'une pratique résolument novatrice. Certains ont tout de même partagé notre questionnement en émettant l'hypothèse d'une nouvelle « *ouverture* » des orthophonistes à l'animation de groupes et à la prise en charge plus globale qu'elle génère. D'autres évoquent des raisons budgétaires possibles, du fait des moyens peu conséquents alloués à certaines structures.

- **LE SOIN**

L'un des aspects majeurs constatés lors de notre travail concerne la très grande diversité des pathologies abordées au sein des prises en charge groupales. Les institutions qui pratiquent des groupes sont en effet nombreuses et variées : IEM, CMP, CAMPS, SESSAD, IME, Service de Chirurgie Maxillo-faciale... Toutefois les structures rattachées au domaine pédopsychiatrique sont largement majoritaires. Cela n'est cependant pas surprenant quand on sait que c'est au sein de la psychiatrie que s'est initialement développé ce mode de prise en charge.

Nous avons également recensé un large panel d'objectifs visés au sein des groupes. En les classant par thème, nous avons constaté que le versant sensorimoteur et la communication alternative étaient abordés en groupe par les orthophonistes, malgré la forte dominance des groupes axés essentiellement sur le langage. Nous nous sommes cependant aperçues qu'en réalité la communication et le langage y étaient toujours sous-jacents : malgré l'existence de ces trois axes, il est nécessaire de rappeler que les activités menées dans les groupes en orthophonie sont toutes soutenues par le langage et visent à terme une communication globale. Ce point rejoint d'ailleurs logiquement les compétences et la qualification de l'orthophoniste détaillées dans notre cadre théorique. Par ailleurs, nous avons discerné à travers les réponses une visée commune à tous les groupes intéressant l'évolution et l'émulation grâce à la situation groupale.

En outre, des éléments nécessaires à l'aspect thérapeutique d'un groupe en orthophonie ont été précisément mis en relief : certains ont été confirmés, d'autres se sont révélés grâce aux apports des orthophonistes.

Lors du dépouillement de nos réponses, nous avons en effet pu constater que les « distracteurs » que nous avons choisi d'insérer se sont trouvés finalement être des éléments réellement nécessaires à l'aspect thérapeutique d'un groupe en orthophonie. Nous avons été particulièrement étonnées et intéressées de voir que des paramètres, qui semblaient à nos yeux d'une moindre importance,

se sont finalement révélés remarquables et pertinents. Pour rappel, il s'agissait de l'attitude bienveillante de l'orthophoniste, de son appartenance au champ du paramédical et enfin d'un suivi individuel en parallèle du groupe. Toutefois, un orthophoniste tient à préciser : « *l'attitude bienveillante certes, mais cela ne suffit pas à en faire une thérapeutique* ». Si ces éléments pris indépendamment nous semblaient peu spécifiques, il s'avère finalement qu'ils s'intriquent aux éléments plus caractéristiques du groupe thérapeutique.

La réciproque est aussi vraie : des éléments qui nous paraissaient primordiaux lors de la création de notre questionnaire tels que « le développement d'un moyen de communication » n'ont finalement pas été si plébiscités qu'escompté. En effet, cet élément ne concerne qu'une faible partie de la population présente au sein des groupes et ne constitue donc pas un élément assez pertinent et « essentiel » à l'aspect thérapeutique du groupe, aux yeux de la majorité des orthophonistes. Et c'est là tout l'intérêt de notre recherche : ces éléments insoupçonnés nous ont semblé très pertinents dans notre démarche.

Nous avons aussi fait le choix d'insérer, au sein de nos propositions indispensables au thérapeutique, « l'utilisation d'une médiation », pour en appréhender la place et la fonction dans les groupes en orthophonie. La moitié des orthophonistes environ estiment qu'elle est essentielle. Toutefois on rappelle que les répondants ont tous sélectionné plusieurs éléments au sein de la liste, ce qui confirme donc que pour les orthophonistes, et à l'instar de la théorie des groupes psychothérapeutiques, la médiation n'est pas thérapeutique à elle seule. Elle ne constitue bien qu'un outil.

De même, l'enchevêtrement des troubles, et donc des objectifs, rassemble les orthophonistes sur l'importance d'un travail pluridisciplinaire au sein d'une institution. D'ailleurs, dans la plupart des questionnaires, nous avons constaté l'importance majeure accordée à l'inclusion du groupe dans une équipe de soin. En outre, même si seulement six orthophonistes ont explicitement sélectionné le critère « nature paramédicale de l'orthophonie » comme étant indispensable au thérapeutique, on retrouve largement l'idée de l'interdépendance du groupe à l'institution de soin et donc au champ du paramédical. Ainsi on comprend que ce

n'est pas précisément la nature paramédicale de la profession qui importe, mais plutôt la collectivité paramédicale dans laquelle elle s'inscrit. C'est bien cette communauté soignante qui fait sens pour un groupe thérapeutique. Ainsi, notre proposition s'est visiblement révélée trop réductrice et non pertinente pour la plupart des orthophonistes qui ont su se replacer à la lumière de leur centre de référence et ainsi resituer leur intervention dans le contexte institutionnel soignant.

D'autre part, nous avons été interpellées par des éléments auxquels nous n'avions pas pensé. En effet, il est apparu que le lien avec l'entourage ou encore la possession de bases médicales correspondaient à des éléments importants pour certains professionnels quant à l'aspect thérapeutique du groupe.

Nous pouvons établir que la majorité des orthophonistes s'accorde globalement sur l'apport thérapeutique des phénomènes et effets naturels de groupe, retrouvés initialement dans la littérature psychanalytique. Nous pouvons aussi affirmer que le soin au sein des groupes, tributaire de l'intrication des besoins des patients, porte à la fois sur des objectifs spécifiquement orthophoniques mais également sur la situation groupale. L'orthophoniste y occupe par conséquent une place ambivalente liée d'une part à sa fonction d'« animateur » et de « garant du cadre » et d'autre part à celle de « soignant » et d'« accompagnant » qu'on lui connaît plus généralement. On voit alors combien la conception du rôle de l'orthophoniste ainsi que la terminologie employée pour décrire leur place sont réfléchies en amont et ne sont nullement le fruit du hasard.

Enfin, nous avons pu distinguer un dernier élément étonnant et particulièrement intéressant au sujet de l'impact de la présence d'un psychologue ou d'un psychothérapeute, sans qui le groupe perdrait sa portée thérapeutique pour une partie de notre échantillon. Cela voudrait alors dire, pour certains orthophonistes interrogés, qu'un professionnel du champ de la psychologie est indispensable au sein d'un groupe de soin.

- **LIMITES ET POSSIBILITES DE POURSUITE ...**

En outre, nous avons bien conscience qu'il existe encore des manques dans notre étude. Selon nous, il aurait en effet probablement fallu interroger plus précisément les orthophonistes sur leur propre définition et conception du « soin » et du « thérapeutique ». Nous avons en effet constaté, à travers les nombreuses réponses obtenues, une grande pluralité de compréhensions de cette notion. Un des professionnels a par ailleurs soulevé un point magistral à l'égard de cette question : en effet, selon lui, les groupes qu'ils mènent « *sont thérapeutiques en ce qu'ils ont une visée de soigner les difficultés de l'enfant mais pas psychothérapeutiques comme cela est le plus souvent sous-entendu dans le terme.* » Nous avons relevé la pertinence de cette remarque qui suscite encore chez nous, et visiblement chez d'autres orthophonistes interrogés, de multiples interrogations.

Ce terme « groupe thérapeutique » recouvre donc une large gamme de critères, déterminés selon chaque orthophoniste : à une base commune s'ajoutent ainsi plusieurs paramètres spécifiques à leurs objectifs de travail. Toutefois, nous avons constaté qu'il s'agit là d'une notion éminemment subjective, qui n'entrave en rien les bénéfices apportés par cette modalité de prise en charge.

La poursuite de notre travail sur les groupes thérapeutiques pourrait être envisagée notamment par l'élargissement du nombre de réponses, afin d'obtenir des résultats plus représentatifs des prises en charge groupales orthophoniques en France. Nous avons en effet été maintes fois sollicités par les professionnels, particulièrement intéressés par ce sujet de recherche dans le but de leur communiquer nos résultats.

D'autre part, l'étude des groupes pourrait également être menée en libéral afin d'en analyser et, éventuellement, d'en comparer le fonctionnement et les objectifs par rapport à ceux des groupes existants dans les centres. Notre travail a également suscité chez nous un certain intérêt concernant la mise en parallèle

d'une rééducation individuelle et d'une prise en charge de groupe, sur laquelle il pourrait être pertinent de se pencher.

CONCLUSION

Loin de n'être qu'un simple « agglomérat », le groupe constitue une véritable prise en charge à lui seul. Ainsi, nous nous sommes aperçues que le groupe est indéniablement reconnu au sein des institutions, au cœur desquelles il a su s'imposer et révéler ses apports estimés « thérapeutiques » ou non, mais inévitablement bénéfiques et pertinents. Clairement, cette modalité de prise en charge permet le travail de compétences multiples qui serait réduit voire même inaccessible en situation individuelle.

Le groupe fournit aux participants à la fois un espace protecteur et un « tremplin » suscitant de façon naturelle et écologique la rencontre de l'autre et l'émulation que sa présence provoque.

Cette recherche nous a finalement permis d'envisager la richesse du groupe, qu'il soit considéré comme thérapeutique ou non par ses encadrants : il ne s'apparente pas à une simple somme de prises en charge, mais bien plutôt à une multiplication qui en potentialise les bénéfices.

La portée thérapeutique du groupe semble donc épouser différentes tonalités parmi les professionnels de l'orthophonie mais, au travers de cette richesse de nuances, tous s'accordent pour dire qu'il constitue une expérience profitable à chaque enfant.

« Chaque dispositif de soin a donc sa raison d'être, sa pertinence, ses propres ressorts potentiellement soignants. »¹⁵⁹

¹⁵⁹ Billard et Costantino, 2011

BIBLIOGRAPHIE

Abdoucheli-Dejours, E. (2011). Effets contenantants et élaboratifs de la supervision. In J-B. Chapelier & D. Roffat. *Groupe, contenance et créativité* (pp. 149-158). Toulouse : Erès.

Anzieu, D., & Martin J.-Y. (1982). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : PUF.

Aubry, J.-M. (1994). *Dynamique des groupes*. Montréal : Les Editions de l'Homme.

Barblan, L. (2000). Présentation - Les traitements logopédiques en groupe: quelques fondements épistémologiques et structuraux. *Langage & pratiques*, 26, 2-16.

Bellone, C., & Oustric, A. (2004). *Les thérapies spécialisées du langage*. Repéré à :<http://therapies-orthophoniques.cbellone.pagesperso-orange.fr/nouvellepage15.htm>

Billard, M., & Costantino, C. (2011). Fonction contenante, groupes et institution soignante. *Cliniques, paroles de praticiens en institution*, 1(1). 54-76.

Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.

Brun, A. (2005). Historique de la médiation artistique dans la psychothérapie psychanalytique. *Psychologie clinique et projective*, 11. 323-344.

Brun, A., Chouvier, B., & Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod.

Buttet-Sovilla, J. (1997). Les thérapies de groupe. In F. Eustache, J. Lambert & F. Viader (Eds.), *Rééducations neuropsychologiques : historique, développements actuels et évaluation*. 97-123. Louvain : De Boeck Université.

Chapelier, J.-B. (2000). *Les psychothérapies de groupe*. Paris: Dunod.

Chassagny, C. (1977). *La Pédagogie Relationnelle du Langage*. Paris : PUF.

Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratique. *Cahiers de psychologie clinique*, 2(17), 81-102.

Cohou, D. (2006). Les groupes médiatisés en hôpital de jour. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 47, 93-107.

Costantino, C. (2011). Introduction. Contenance et soin psychique. *Cliniques*, 1(1).

Deneux, A. (2006). L'individuel et le groupal : vraie question, faux débat ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(46), 79-89.

Dubois, G., & Lindenfeld, M. (1996). Différentes approches orthophoniques : La thérapie du langage. In A. Morgon & P. Aimard, *Orthophonie, documents et témoignages*. Paris : Elsevier-Masson.

Dubois, A.-M. (2010). Avant propos. In N. Chidiac, *Ateliers d'écriture thérapeutiques*. Paris : Elsevier-Masson.

Estienne, F. (2000). *L'écriture en chantier*. Paris : Elsevier-Masson.

Estienne, F. (2004). *Orthophonie et efficacité, les fondements d'une pratique*. Marseille : Solal.

Guettier, B. (2006). Le temps des changements : le psychodrame de groupe. Les effets attendus du travail groupal sur les individus. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 46, 91-98.

Heitz, J.-P. (2006). L'orthophonie une profession de soin. *Ortho Magazine*, 64, 34-36.

Héral, O. (2011). *L'orthophonie avant l'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.

Kacha, N. (2011). La fonction contenante du thérapeute. In J.-B. Chapelier et D. Roffat, *Groupe, contenance et créativité* (pp. 85-96). Toulouse : Eres.

Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques de groupe*. Paris : PUF.

Kaës, R. & Laurent, P. (2009). *Le processus thérapeutique dans les groupes*. Toulouse: Eres.

Kremer, J.-M & Lederlé, M. (2009). *L'orthophonie en France*. Paris : PUF.

Laurent, P. (2009). Introduction, in R. Kaës & P. Laurent, *Le processus thérapeutique dans les groupes* (pp. 9-21). Toulouse : Eres.

Maisonneuve, J. (1999). *La dynamique des groupes*. Paris : PUF.

Morgon, A., & Aimard, P. (1988). *Orthophonie, documents et témoignages*. Paris : Elsevier-Masson.

Mucchielli, R. (2000). *La dynamique des groupes*. Paris : ESF.

Oberson, B. (2000). Des théories logopédiques de groupe destinées à de très jeunes enfants. *Langage & pratiques*, 26, 17-26.

Potel-Baranes, C. (2007). *Introduction aux médiations psychomotrices*. Repéré à : <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/mediations1/mediations1.pdf>

Privat, P., Quélin-Souligoux, D., & Rouchy, J.-C. (2001). Psychothérapie psychanalytique de groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(37), 11-30.

Privat, P., & Quélin Souligoux, D. (2005). *Travailler avec les groupes d'enfants*. Paris : Dunod.

Quélin-Souligoux, D. (2003). De l'objet à la médiation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(41). 29-39.

Quélin-souligoux, D. & Privat, P. (2007). *Quels groupes thérapeutiques ? Pour qui ?* Toulouse : Eres.

Roussillon, R. (2012). *Manuel de pratique clinique*. Paris : Elsevier-Masson.

Rouzaud, A. (2005). *La Préhistoire*. Milan : Les Essentiels.

Seron, X. (1995). *Aphasie et neuropsychologie : approches thérapeutiques*. Bruxelles : Editions Mardaga.

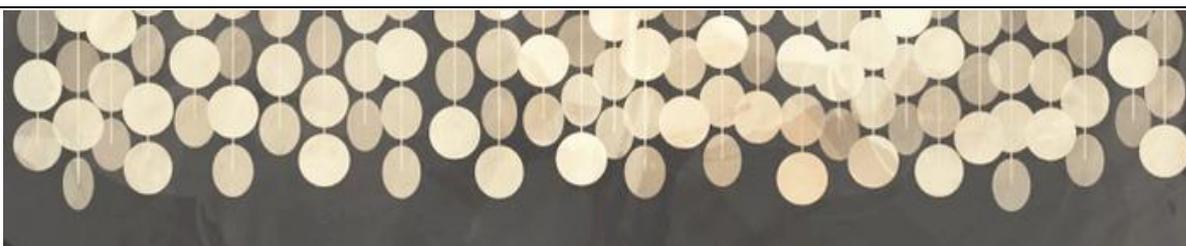
Vacheret, C. (2002). *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*. Paris : Dunod.

Van Damme, P. (1994). *Espace et groupe thérapeutique d'enfants*. Paris : Desclée de Brouwer.

Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

ANNEXES

- **Annexe 1 : Le questionnaire**



Groupes thérapeutiques en Orthophonie: enquête sur ce qui fait soin

La prise en charge groupale constitue aujourd'hui un nouveau volet de la pratique orthophonique. Cette récente expansion des groupes au sein des institutions nous a interpellées lors de nos différents stages. C'est pourquoi nous avons décidé d'y consacrer notre Mémoire de Recherche de quatrième année.

En effet, nous nous interrogeons sur le terme de "groupe thérapeutique", parfois employé de façon trop générale et peut-être même à mauvais escient. Ainsi, grâce à cette enquête, nous souhaitons faire un état des lieux de cette notion auprès d'orthophonistes animant des groupes et, par la suite, confronter les données recueillies à la vaste littérature concernant les groupes de soin. Notre objectif sera ainsi de révéler la spécificité thérapeutique de cette modalité de prise en charge en orthophonie.

Ce rapide questionnaire est donc adressé aux orthophonistes qui mènent (ou ont déjà mené) des prises en charge groupales auprès d'enfants ou de jeunes âgés de 2 à 15 ans en institution. Les réponses seront automatiquement enregistrées de façon anonyme.

Afin de simplifier le recueil de vos réponses, merci de numéroter chaque groupe, si vous en menez plusieurs et de conserver ce type d'annotation tout au long du questionnaire. Cela vous évitera ainsi de spécifier le nom de chacun des groupes à chaque nouvelle question.

Nous vous remercions chaleureusement pour l'aide que vous nous apportez en participant à cette enquête et nous vous serions reconnaissantes de bien vouloir y répondre avant le vendredi 20 Février 2015.

Si vous le souhaitez, vous pouvez nous communiquer vos coordonnées afin de vous faire part des résultats de cette étude. Nous nous tenons à votre disposition pour toute remarque à cette adresse mail :

alemany.celerier@gmail.com

Manon CELERIER et Cindy ALEMANY

1. Dans quel département exercez-vous ?

2. Dans quel type d'institution / structure travaillez-vous ?

Préciser les principales pathologies rencontrées.

3. Quel type de groupe menez-vous au sein de l'institution ?

Préciser l'intitulé, le nombre de participants, l'âge moyen pour chacun des groupes menés et la médiation s'il y a. (Merci de ne pas oublier de numéroter vos groupes si vous en menez plusieurs).

4. Quels sont les objectifs de ce groupe ?

Préciser pour chacun des groupes menés (en conservant la numérotation précédente).

5. Selon vous, s'agit-il d'un groupe "thérapeutique" ?

Oui

Non

Cela dépend des groupes que vous menez

6. En quoi ce(s) groupe(s) ne sont-ils pas thérapeutiques ?

Et comment les qualifieriez-vous alors ?

7. Qu'est-ce qui, selon vous, fait soin dans les groupes qui sont thérapeutiques ?

8. Quels sont les éléments qui vous paraissent nécessaires à l'aspect thérapeutique d'un groupe en orthophonie ?

Les éléments proposés sont basés à la fois sur nos recherches bibliographiques et sur nos observations cliniques.

- Formation préalable à la mise en place d'un groupe
- L'orthophonie est une discipline paramédicale
- Co-animation avec d'autres professionnels
- Une attitude bienveillante
- Dynamique groupale favorisant les interactions
- Utilisation d'une médiation
- Commentaire et analyse des productions (langagières ou autres)

- Développement d'un moyen de communication
- Régularité et fixité du cadre du groupe
 - Au moins un des objectifs du groupe relève des compétences spécifiques de l'orthophoniste
- Supervision par un autre professionnel
- Enveloppe groupale sécurisante
- Suivi individuel en parallèle
- Autre

9. Si certains éléments cités précédemment vous concernent, merci de bien vouloir les expliciter et les détailler succinctement.

10. Comment qualifieriez-vous votre rôle au sein du groupe?

- Animateur
- Meneur
- Observateur
- Garant du cadre
- Moteur, dynamiseur
- Rééducateur
- Pédagogue
- Organisateur
- Soutien, tuteur, béquille
- Autre

11. Selon vous, la situation de groupe est-elle plus propice au travail de certains axes plutôt que la relation duelle ?

Si oui, merci de préciser en quoi.

12. Quelle explication donneriez-vous à ce récent essor de la pratique orthophonique en groupe ?

13. Enfin, laissons place à vos lumières qui nous éblouiront à coup sûr ! N'hésitez pas à nous faire part de vos avis et commentaires qui ne manqueront pas d'étoffer notre réflexion. Merci !

- **Annexe 2 : Mail-type de démarchage aux orthophonistes**

Objet : *Rapide questionnaire – Mémoire sur les groupes thérapeutiques en orthophonie.*

Bonjour,

Toutes deux étudiantes en quatrième année, nous consacrons notre mémoire à l'étude des différents groupes thérapeutiques menés en orthophonie auprès d'enfants ou de jeunes de moins de 15 ans.

Pour cela, nous proposons aux orthophonistes de répondre à un rapide questionnaire élaboré informatiquement. Ainsi nous nous permettons de vous en transmettre le lien afin d'y répondre :

https://docs.google.com/forms/d/1Q5a3b0_fDTjAOsbRTaHC9LmIRBTebFbMeMfQYkoGbv4/viewform

Nous vous sommes sincèrement reconnaissantes de l'aide que vous nous apportez en participant à notre étude.

Cordialement,

Manon CELERIER et Cindy ALEMANY

RESUME

Ce mémoire de recherche s'intéresse aux groupes proposés en orthophonie au sein d'institutions de soin accueillant des enfants. L'étude porte sur la création et l'analyse d'un questionnaire informatisé adressé à des orthophonistes concernés par ce mode de prise en charge auprès d'enfants âgés de 2 à 15 ans.

Ces prises en charges groupales sont bien souvent qualifiées de thérapeutiques. C'est donc cette vaste notion de « groupe thérapeutique » qui est interrogée à travers ce travail, avec pour objectif d'en dévoiler les principales caractéristiques.

Cette recherche a permis de spécifier la portée thérapeutique du groupe et le bénéfice indéniable qu'il constitue. Bien que délimitée selon des critères spécifiques retrouvés dans la littérature, la portée thérapeutique du groupe s'active avec souplesse et épouse des nuances variées selon le contexte et les pratiques.

Mots-clés : Groupe, Thérapeutique, Groupes thérapeutiques en orthophonie, Institutions, Questionnaire.

SUMMARY

This research paper focuses on speech therapy groups within specialized care institutions for children. The focal point of this study is the creation and analysis of a digital questionnaire targeted at speech therapists working with children from the ages of 2 to 15 years old in this environment.

These types of group consultations are often referred to as therapeutic sessions; it is this vast notion of "group therapy" that is questioned through this research paper with the objective of discovering and presenting its principal characteristics.

This research has allowed us to clarify the scope and expand upon the definition of group therapy and the undeniable benefits that it presents. Although defined by specific criteria common to academic research and empirical literature, the specific characteristics of group therapy are flexible and customizable according to the context and practices employed.

Keywords : Group, Therapeutic, Speech therapy groups, Institutions, Questionnaire.