

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE – « MEDECINE ET TECHNIQUES MEDICALES »

ANNEE UNIVERSITAIRE 2009/2010

**MEMOIRE**

POUR L'OBTENTION DU

**DIPLÔME DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE**

Présenté par

**Leslie BARON**, née le 10.06.1987

ORTHOPHONISTE-PATIENT :  
DE LA RELATION AUX ÉMOTIONS  
Définitions, observations et réflexion

Directeur de mémoire : M. Alain BRICE

Président du jury : M. Christian TILLIER

Membres du jury : Mme Hélène FOULONNEAU

Mme Martine MONMEGE

**« PAR DELIBERATION DU CONSEIL EN DATE DU 7 MARS 1962, LA FACULTÉ A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SERONT PRESENTEES DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION ».**

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>APPORTS THEORIQUES</b> .....	<b>6</b>
<u>I. Les émotions</u> .....	<u>6</u>
A. Définition et étymologie du terme .....	6
B. Bases neuroanatomiques .....	7
C. Apports de sciences humaines .....	12
<u>II. Des relations soignant-soigné à la pratique orthophonique</u> .....	<u>24</u>
A. Evolution des relations médecin-malade .....	24
B. Apport des travaux de M. Balint (1896-1970).....	36
C. Vision psychanalytique de ces relations .....	41
D. Elaboration d'un questionnaire .....	48
<b>APPORTS PRATIQUES</b> .....	<b>50</b>
<u>I. Emotions éprouvées en prise en charge orthophonique</u> .....	<u>50</u>
A. Les émotions, « partie visible » du transfert et du contre-transfert.....	50
B. Des émotions « positives ».....	51
C. Des émotions « négatives ».....	56
D. Comment réagir à des situations particulières .....	63
<u>II. Des émotions différentes selon l'orthophoniste</u> .....	<u>66</u>
A. Influence de son âge.....	66
B. Influence de son histoire, passée et présente.....	69
C. Influence de sa demande de reconnaissance .....	74
<u>III. Des émotions différentes selon le patient</u> .....	<u>82</u>
A. Influence de son âge et de son sexe .....	82
B. Influence de sa personnalité .....	83
C. Influence de ses troubles .....	84
<b>REFLEXION</b> .....	<b>86</b>
<u>I. Le « cadre », nécessaire à la prise en charge</u> .....	<u>86</u>
A. Le « cadre » défini par les orthophonistes .....	86

B.	Le « cadre » : définition d'auteurs .....	87
C.	Les paramètres variables du cadre .....	96
<b>II.</b>	<b><u>Les effets de l'investissement affectif en prise en charge.....</u></b>	<b>112</b>
A.	Pour l'orthophoniste.....	112
B.	Pour le patient .....	115
C.	Pour la rééducation.....	116
<b>III.</b>	<b><u>De l'écoute de ses émotions et de la relation à la pratique orthophonique.....</u></b>	<b>120</b>
A.	Groupes de supervision .....	120
B.	Outils particuliers .....	124
C.	Méthodes de travail spécifiques .....	126
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>131</b>
	<b>BILAN PERSONNEL DE CE TRAVAIL D'ETUDE .....</b>	<b>132</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>133</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>137</b>
A.	Vous .....	137
B.	Vous et les patients.....	137

# INTRODUCTION

Dès les premiers stades d'observation, j'ai été touchée, émue par certains patients, qu'ils soient adultes, enfants, hommes ou femmes.

Est-ce normal ? Pourquoi ? Quels effets cela peut-il avoir sur mon travail ? Comment puis-je gérer ces émotions ? D'ailleurs, peut-on vraiment les gérer ?

Après discussions avec des professionnels, il s'est avéré que la question des affects faisait également écho à leur pratique. Il m'a alors semblé judicieux d'approfondir cette question.

Aussi, je vais aborder ce qui se joue au sein de la relation orthophoniste-patient et notamment les émotions éprouvées. L'ordre des termes est important car je n'ai pas demandé aux patients ce qu'ils ressentaient vis-à-vis de leur orthophoniste. La démarche aurait été intéressante mais elle ne fait pas l'objet de mon développement.

Abstraite et surtout subjective, la réflexion autour des émotions est assez complexe. J'ai choisi le terme « émotion » car il est le plus adapté pour définir ce que nous éprouvons, même si je reconnais que j'aurais pu parler de « sensations » ou de « sentiments ».

Ce mémoire s'articule autour de trois parties.

Tout d'abord, je définirai les émotions, leurs origines et manifestations. Petit à petit, nous en arriverons à la relation orthophoniste-patient, après une étude de l'évolution des relations soignant-soigné. Le lien est étroit entre émotion et relation. L'une peut-elle exister sans l'autre ? Différents aspects des émotions seront présentés selon les sciences auxquelles ils se rapportent : neuro-anatomique, langagier ou encore psychanalytique.

Mon discours s'appuiera ensuite sur les observations et expériences issues des stages, enrichi par les données recueillies au travers d'un questionnaire. De nombreux orthophonistes, travaillant en libéral ou en centre, m'ont fait part de leur témoignage. Dans cette partie, je citerai les principales émotions éprouvées en prise en charge et quelques facteurs pouvant les influencer.

Une réflexion s'engagera ensuite quant à l'investissement affectif de l'orthophoniste dans une prise en charge. Il semble qu'il ait des effets sur le professionnel, le patient et la rééducation elle-même. Nous verrons que cela dépend du « cadre » instauré, la définition de ce dernier étant essentielle. Ce questionnement m'a permis la découverte d'outils permettant d'appréhender ses émotions et les relations orthophoniste-patient.

Pour terminer, je dresserai un bilan personnel de ce travail de recherche, dernière étape avant l'entrée dans la « vie active ».

# APPORTS THEORIQUES

## I. Les émotions

Il semble nécessaire de poser des mots sur un concept qualifié parfois d'indéfinissable de par sa grande subjectivité. De plus, une définition initiale permet d'éviter tout contre-sens par la suite.

### A. Définition et étymologie du terme

« Emotion » est un dérivé du verbe « émouvoir », venant de « motio » en latin, qui signifie « mouvement et trouble, frisson (de fièvre) ».

Avant 1475, le sens d'émotion se rapprochait de « trouble moral ». Puis, il a évolué et vers 1512, il était employé dans des textes au sens de « troubles, mouvements (d'une population ou lors d'une guerre) ».

D'après Le Petit Robert 2009, « émotion » signifie « mouvement, agitation d'un corps collectif pouvant dégénérer en troubles telle une émeute ». Ce peut aussi être un « état de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de troubles physiologiques (pâleur ou rougissement...) ».

Au sens familier, une émotion peut représenter une « vive sensation de frayeur ».

Par extension, c'est une « sensation agréable ou désagréable, considérée du point de vue affectif, se rapprochant ainsi de l'émoi soit un trouble, un attendrissement quelconque ». Nous garderons beaucoup de cette définition notamment l'aspect lié à l'affect.

L'Académie Française rejoignant là la définition de l'émotion et du sentiment.

Là encore, c'est un sujet qui pose question : Faut-il distinguer l'émotion du sentiment ?

De prime abord, je dirais que les émotions sont générales. Elles peuvent être partagées par tous alors que les sentiments sont de l'ordre du symbolique. Ils représentent la valeur à laquelle ces émotions sont associées personnellement. Les sentiments sont donc subjectifs, comme éprouvés par un individu mais difficilement descriptibles à un autre, difficilement perceptibles et compréhensibles par autrui. Nous voyons, ici, la complexité de ces termes.

L'avis de deux neuroanatomistes, spécialistes des structures émotionnelles traduit bien l'ambiguïté des mots rencontrée dans ce domaine.

Pour Joseph Le Doux (1998), émotion et sentiment se confondent : « An emotion is a subjective experience, a passionate invasion of consciousness, a feeling ».

Par contre, dans *Le Sentiment même de soi*, Antonio Damasio (1999) insiste sur la distinction à établir entre ces deux mots trop souvent utilisés l'un pour l'autre. « Les émotions sont des actions. Certaines se traduisent par des mouvements des muscles du visage, comme des expressions faciales de joie, de colère, etc...., ou du corps, la fuite ou la posture agressive. D'autres se traduisent par des actions internes, comme celles des hormones, du cœur ou des poumons. Les émotions sont donc d'une certaine façon publiques, on peut les mesurer, les étudier. Les sentiments, par contre, sont privés, subjectifs. Ils sont ressentis par l'individu et lui seul. Il ne s'agit pas de comportements mais de pensées (Damasio, 2001) ». Nous nous attacherons à cette définition.

En Gestalt thérapie, l'émotion est la marque « corporelle » qui alerte sur le fait que quelque chose, de l'ordre d'un sentiment est en train d'apparaître. Ce sont deux étapes distinctes, qui ne peuvent être confondues.

Je différencierai quant à moi les verbes « ressentir » et « éprouver ». Avec une large préférence pour ce dernier qui traite de l'émotion à travers tout le corps, dans toute sa dimension.

Définir l'émotion n'est pas chose facile selon l'observation : des réactions biologiques au niveau intra-individuel, des comportements interindividuels ou encore de la conscience d'un individu de ce qu'il éprouve...

Les émotions, confinées au domaine de la psychologie et des maladies mentales, ont longtemps été clivées des sciences neurologiques. Le rôle du cerveau dans les émotions a ainsi été largement occulté pendant la période forte du courant behavioriste.

Toutefois, depuis quelques décennies, les chercheurs s'y intéressent. Ils ont essayé d'en expliquer les origines, de trouver par quel processus un stimulus particulier va produire une émotion consciente chez un individu. Plusieurs théories ont été élaborées au fil des ans, s'opposant ou bien se complétant les unes les autres.

## **B. Bases neuroanatomiques**

Les sciences, et particulièrement la chimie et la biologie, m'attirent beaucoup. Je suis curieuse, en recherche d'explications sur les phénomènes naturels, les réactions humaines... C'est pourquoi, j'ai choisi de décrire aussi les émotions de ce point de vue, d'étudier ce qui se passe en chacun de nous lorsque une émotion se déclenche.

Voici un rappel historique des avancées scientifiques dans le domaine de l'émotion:

### *a. De 1850 à aujourd'hui*

#### ▪ 1850, John Harlow

Ce médecin décrit dans un article de *L'American Journal of the Medical Sciences*, le cas de Phineas Gage, jeune homme de vingt-cinq ans, chef d'une équipe dont la tâche consiste à construire des voies ferrées. En 1848, lors d'une explosion de déminage, « une barre de fer a pénétré dans la joue gauche de Gage, lui a percé la base du crâne, traversé l'avant du cerveau pour ressortir à toute vitesse par le dessus de la tête. Elle est retombée à une trentaine de mètres de là couverte de sang et de tissu cérébral. ». L'homme s'est rétabli en moins de deux mois. Or, sa personnalité a totalement changé : il lui est alors décrit un comportement qualifié de retour à l'animalité.

Harlow fut le premier à vouloir établir une corrélation entre lésion cérébrale et modification de caractère mais à l'époque de telles affirmations n'ont été acceptées. Son travail n'est pas remarqué. Les travaux de Broca et Wernicke primaient déjà dans le monde scientifique.

#### ▪ 1884, William James et Carl Lange

Leur théorie, aussi appelée « théorie viscérale des émotions », s'appuie sur la différenciation des émotions selon les modifications corporelles. Les émotions s'accompagnent de phénomènes viscéraux divers (accélération de la fréquence cardiaque, mains moites, muscles tendus, etc.). Pour eux, ces processus viscéraux surviennent en premier, et c'est seulement lorsque le cerveau en prend conscience que naît l'émotion correspondante aux modifications corporelles propre à telle ou telle situation.

Leur exemple favori est celui de la rencontre avec un ours : le sujet commence d'abord à courir puis ressent la peur de l'animal.

#### ▪ 1929, Walter Cannon et Philip Bard

L'émotion est ici d'abord un phénomène cognitif. Nous ressentons l'émotion cérébralement avant d'en avoir les effets physiologiques et somatiques. Ce modèle s'oppose donc à celui de James et Lange.

Par le biais d'expériences scientifiques pratiquées sur des chats, Cannon et Bard ont mis en avant le rôle primordial de l'hypothalamus dans l'expression des émotions. Cette petite glande, située à la base du cerveau, régule la sécrétion de toutes les hormones du corps. Elle supervise le fonctionnement de la plupart des organes internes grâce au système nerveux dit autonome car il

échappe à la volonté gérée par le cortex frontal. L'hypothalamus garantit l'équilibre interne du corps, l'homéostasie. L'hypothalamus est géré par le thalamus, autre noyau gris central.

▪ 1937, James Papez

Dans un article intitulé *A proposed mechanism of emotion*, Papez pose une question intéressante : L'émotion est-elle un produit magique, ou est-elle un processus physiologique qui dépend d'un mécanisme anatomique ?

Il va ainsi émettre l'hypothèse qu'un circuit en anneau composé de différentes structures anatomiques et situé sur la partie médiane du cerveau serait le siège anatomique des émotions. Ce circuit portera son nom.

▪ 1938, 1939, Heinrich Klüver et Paul Bucy

Suite à l'ablation bilatérale des lobes temporaux chez le singe adulte, ces scientifiques ont observé des phénomènes tels qu'une perte de la peur et des émotions en général, une perte des interactions sociales, une agnosie visuelle et une hypersexualité. Ce syndrome porte le nom des chercheurs. Klüver et Bucy ont donc démontré que les lobes temporaux et particulièrement l'amygdale qui y est localisée jouaient un rôle fondamental dans la gestion des émotions.

▪ 1949, Paul Mac Lean

Après plusieurs années de suspens dans la recherche scientifique dues à la seconde guerre mondiale, Mac Lean va reprendre et développer la théorie de Papez.

Sa conception tripartite du cerveau, datée de 1970, est la suivante : au cours de l'évolution, trois cerveaux se sont superposés chez les mammifères.

Est d'abord apparu le cerveau reptilien qui contrôle les comportements nécessaires aux besoins de base et à la survie de l'espèce. Puis, le cerveau mammifère ou système limbique ou encore cerveau des émotions qui contient notamment l'amygdale et l'hypothalamus et qui entoure le précédent comme un anneau a fait son apparition. Le système limbique, ici défini, contient le circuit de Papez cité précédemment. Enfin, au-dessus de ces cerveaux se trouvent les hémisphères cérébraux, le cortex, rassemblés sous le nom de « cerveau néomammilien » et qui n'ont pas cessé de se développer et de se plisser au cours de l'évolution.

Ce modèle très schématique ne peut s'imaginer aujourd'hui sans les connexions qui lient entre elles les trois structures.

▪ 1975, Stanley Schachter et Jérôme Singer

Ils vont apporter une nouvelle solution au conflit James-Lange/Cannon-Bard en ajoutant que c'est après évaluation de la situation environnementale, que l'individu, grâce à ses capacités cognitives, attribuerait à l'état viscéral modifié une étiquette de peur, d'amour, de colère... Cette approche tend à diminuer la distinction entre les émotions et la cognition.

▪ 1997, Joseph Ledoux et Muller

Pour ces neurologues, chaque émotion correspond à une unité cérébrale fonctionnelle distincte, résultat d'une longue sélection au cours de l'évolution.

Ledoux travaille sur la peur et ce qu'il définira ensuite comme « le circuit de la peur ». Il affirme que, lorsqu'un individu a peur, deux circuits sont possibles. Le premier, dit court, où l'information passe par le thalamus puis va directement à l'amygdale. Celle-ci a une action sur les différentes structures responsables de l'expression corporelle de la peur comme une accélération du pouls, la pâleur, la sudation, l'immobilisation du corps...

Le deuxième circuit est qualifié de long : l'information passe pas le thalamus puis par le cortex, soit les lobes temporaux, qui maintient ou freine l'action de l'amygdale où l'information arrive ensuite.

La voie courte permet de réagir vite, d'avoir des réactions de survie alors que la voie longue permet une analyse plus fine de la situation, donc demande un peu plus de temps et peut parfois être fatale face au danger.

Ces circuits seraient modelés par l'inné et l'acquis : la génétique et les échanges avec le monde.

Des techniques d'imagerie cérébrale comme l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) ou la TEP (Tomographie par Emission de Positions) mettent clairement en évidence le rôle de l'amygdale dans les émotions et particulièrement dans la peur.

▪ 1997, Bechara

C'est dans *L'Erreur de Descartes*, publié en 1995 par Antonio Damasio que les travaux de Harlow sont enfin pris en considération.

Bechara va poursuivre les recherches en ce sens et préciser le rôle prépondérant du cortex orbito-frontal, qui appartient au cortex préfrontal, dans l'expression des émotions.

A la question de Papez, « L'émotion est-elle un produit magique, ou est-elle un processus physiologique qui dépend d'un mécanisme anatomique ? », les scientifiques peuvent affirmer

qu'il se passe bien des phénomènes neurophysiologiques dans l'organisme de tout individu, notamment humain, lorsqu'il ressent une émotion quelconque.

### ***b. A l'heure actuelle***

A l'heure actuelle, les neuroanatomistes, s'accordent pour reconnaître l'absence de « centres » uniques des émotions comme d'ailleurs de la raison, de la motricité, de la vision ou du langage. Il existe des « systèmes composés » de plusieurs unités cérébrales reliées.

L'hypothalamus, l'amygdale, l'accumbens et le cortex orbito-frontal sont au cœur de ces systèmes qui régissent les émotions.

Au cours de l'évolution, le contrôle du cortex pré-frontal sur les structures limbiques, dont l'hypothalamus et sur l'amygdale en particulier, n'a pas cessé de s'accroître. Il n'empêche que chez l'Homme, les voies du cortex vers l'amygdale restent bien inférieures aux voies inverses. Ce déséquilibre structurel explique sans doute l'impact de l'émotion sur la pensée et sur la raison... Voilà là le principal sujet du livre de Damasio, *L'Erreur de Descartes, la raison des émotions*.

Robert Zajonc affirme quant à lui en 1980, dans un article controversé, *Feeling and Thinking: Preferences Need No Inferences*<sup>1</sup> que les systèmes affectifs et cognitifs sont largement indépendants, l'affectif prenant le pas sur le cognitif et possédant une plus grande influence sur les comportements. L'article provoqua un regain d'intérêt en Amérique et en Europe pour l'étude du rôle de l'affect en psychologie.

Il base sa théorie sur l'expérience suivante : des sujets sont exposés très brièvement à des nouveaux stimuli, par exemple un idéogramme chinois. Il leur demande par la suite de choisir, parmi plusieurs, ceux qu'ils préfèrent. Les idéogrammes auxquels ils ont été exposés sont presque toujours choisis, illustrant par là une émotion positive de préférence. Or la pré-exposition est toujours subliminale de sorte que les sujets n'ont même pas de souvenirs conscients d'avoir déjà vu l'image en question.

Ces résultats vont donc contre l'idée alors répandue<sup>2</sup> que nous devons savoir consciemment ce qu'est une chose avant de pouvoir déterminer si nous l'aimons ou pas. Ils ouvrent ainsi la voie aux études sur la perception inconsciente et sur la recherche contemporaine sur les émotions qui considère que nos réactions émotives peuvent survenir en l'absence de la conscience explicite d'un stimulus. Cette hypothèse est essentielle pour la suite de notre développement. En effet, nous pouvons, en prise en charge, être touchés par une situation, un patient sans être toujours conscient de ce qui « provoque » cette réaction.

---

<sup>1</sup> Ressentir et réfléchir : les préférences se passent de logique

<sup>2</sup> voir précédemment Stanley Schachter et Jérôme Singer

Croiser les apports de différents domaines d'études, permet d'avoir un regard plus large et plus complet sur les émotions. En ce sens, j'ai choisi de ne pas privilégier une seule approche conceptuelle mais plutôt d'en aborder plusieurs.

Voyons à présent, comment des psychologues, des psychanalystes, des philosophes... décrivent ces stimuli, dans quel contexte inter-individuel y a-t-il émotion, et finalement, qu'est-ce qu'une émotion, que caractérisent ces modifications biologiques internes ?

### **C. Apports de sciences humaines**

#### ***a. Etre humain, être de relations***

- **Les émotions, réponses à un « contact » avec l'environnement**

En 1879, Charles Darwin, fondateur de la théorie de l'évolution, explique que les émotions sont nées de situations répétées de danger, par exemple à la chasse, où l'Homme devait réagir vite et trouver des solutions rapidement pour survivre. L'émotion est donc pour Darwin la faculté d'adaptation et de survie de l'organisme vivant. Les émotions sont pour lui innées, universelles et communicatives.

Tout d'abord elles étaient volontaires car « réponses adaptatives rapides à des phénomènes inattendus » puis, au fil des générations, elles sont devenues des réflexes donc « innées ».

Ensuite, elles sont qualifiées de communicatives de par leur expression notamment faciale. Celle-ci permet d'informer l'individu de nos intentions mais également du comportement que l'on attend de lui.

Enfin, les émotions sont qualifiées d'universelles car elles sont un héritage de nos ancêtres.

Nous voyons ici se dessiner deux versants des émotions : leur perception et leur expression. Les émotions sont donc langage, sujet qui sera développé par la suite.

Le point essentiel dans la théorie de Darwin est de dire que les émotions sont une réponse à un « contact » avec l'environnement. Celui-ci peut s'objectiver en une personne, un animal, un événement, un paysage, une rencontre...

C'est dans cette « relation à... » que l'Homme peut éprouver des émotions.

- Etre en relation

Parmi les nombreuses définitions du mot « relation », nous avons choisi les suivantes comme points de départ pour exposer les idées dominantes qui se dégagent de la notion de relation et plus particulièrement de la relation entre personnes<sup>3</sup> :

- « Relation comme « Caractère de deux ou plusieurs choses entre lesquelles existe un lien »<sup>4</sup>.

L'apparition d'une relation est d'abord la création d'un lien « qui unit, rattache, met ensemble, rapproche »<sup>5</sup> deux ou plusieurs objets, idées, personnes...auparavant sans rapport. Cette définition du lien suggère deux graduations inversement proportionnelles dans la relation, l'une de distance, l'autre d'intensité.

« Mettre ensemble » des éléments évoque entre eux une proximité et un lien plus grands que s'il s'agit simplement de les « rapprocher ». De même, des éléments « rattachés » sont plus étroitement liés (à la fois moins distants et plus solidaires puisqu'ils sont maintenus ensemble) que des éléments uniquement « mis ensemble ».

Mais la distance la plus réduite est celle du lien qui unit, c'est-à-dire qui met ensemble pour créer un tout, et qui fait de ces éléments les parties fondatrices.

Celui-ci peut d'ailleurs les faire disparaître et annihiler ainsi toute idée de distance. Dans ce cas, le lien qui unit se détruit lui-même car en l'absence d'un minimum de deux entités, il n'a plus la possibilité d'exister.

En matière de relations humaines, ceci n'est pas sans rappeler l'investissement affectif. On dit que plus le lien est important plus il est difficile de prendre ou garder de la distance, moins il est facile de se dégager des influences de cette relation sur nos façons d'être, d'agir et de réagir personnelles. La définition de la compassion, un peu plus tard, fait référence à ce genre de situation où il n'y a pas de recul, de prise de distance entre les protagonistes. Ce processus peut aller jusqu'à l'aliénation de la personnalité si la relation est fusionnelle.

- Relation comme « connaissance, fréquentation d'une personne »<sup>6</sup>

Nous pouvons dire d'une personne que nous la connaissons pour signifier que nous avons conscience de son existence. Mais « connaître une personne » signifie plus volontiers « être en

---

<sup>3</sup> Martineau, F. (1996). *De la relation d'aide, définie au cours du bilan entre l'orthophoniste et les consultants*, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

<sup>4</sup> Petit Robert. (1996)

<sup>5</sup> Petit Robert. (1996)

<sup>6</sup> Petit Robert 1996

relation avec elle, c'est-à-dire l'avoir rencontrée ». Cette proximité de sens entre « avoir des relations avec quelqu'un » et « le connaître » ne vient-elle pas dire qu'à partir du moment où il y a contact entre deux personnes il y a connaissance de l'une sur l'autre et réciproquement ? Notons que cette connaissance est tout à fait personnelle car elle ne dépend pas seulement de ce que l'autre me communique sur lui, mais aussi de la compréhension, de l'interprétation que j'en ai.

➤ Relation comme « fait de communiquer »<sup>7</sup>

D'un couloir qui relie deux pièces, on dit qu'il les fait communiquer : d'où la définition « être ou se mettre en relation avec »<sup>8</sup>.

Lorsque des personnes sont en contact, c'est-à-dire en relation, il y a intrinsèquement communication entre elles. Elles ne peuvent échapper à un échange continu de messages ; tout ce que l'une reçoit de l'autre lui fait sens et réciproquement.

Ainsi nous communiquons indépendamment de l'intention que nous en avons de le faire. Il y a « impossibilité de ne pas communiquer ». « On ne peut pas ne pas communiquer. Bloquer tout échange, c'est encore communiquer. La non-communication n'existe pas »<sup>9</sup>.

➤ Relation comme « Lieu de dépendance ou d'influence réciproque »<sup>10</sup>

Nous verrons au cours de cet exposé, l'influence réciproque des comportements, gestes, mots, émotions...des individus sur ceux des autres et les effets que cela peut avoir sur leur relation.

➤ Relation comme « Tout ce qui dans l'activité d'un être vivant implique une interdépendance, une interaction »<sup>11</sup>

Ces interactions sont susceptibles d'opérer des modifications chez les protagonistes dont le devenir dépend alors de leurs relations. Les termes « influence » et « dépendance » sont empreints de connotations d'ascendance, d'emprise, d'autorité, et nous laissent à penser que des rapports de pouvoir sont toujours latents dans les relations humaines.

Ainsi, la relation est avant tout une rencontre, un contact (quel qu'en soit le médiateur ou la durée) qui implique une bilatéralité, une communication. A travers cet échange, les partenaires de la relation se découvrent et s'influencent mutuellement dans leurs évolutions ».

---

<sup>7</sup> Petit Robert 1996

<sup>8</sup> Petit Robert 1996

<sup>9</sup> Watzlawick, Beavin, Jakson. (1967). *Une logique de la communication*, Collection Points Essais, Du seuil.

<sup>10</sup> Petit Robert 1996

<sup>11</sup> Petit Robert 1996

- Une relation particulière : la relation d'aide

L'unicité d'un individu fait la singularité de la relation qui existe entre les membres d'un groupe. Mais si toute relation est unique, des types ou catégories peuvent cependant être dégagés. Ainsi les relations amicales, professionnelles, filiales... présentent des caractéristiques particulières qui les définissent. Les relations d'aide ne sont qu'une forme de ces relations interpersonnelles.

C.R Rogers<sup>12</sup> définit la relation d'aide comme une « situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser [...] une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage des ressources ». <sup>13</sup>

La relation orthophoniste/consultant, telle que la nomme Françoise Martineau dans son mémoire, entre tout à fait dans ce cadre : « Sa finalité étant de contribuer à l'émergence et à la réalisation de certaines potentialités bloquées chez un individu ». Notons que nous préférons le terme « patient » à celui de « consultant ». Il s'inscrit dans une relation soignant-soigné et induit le rapport entre normal et pathologique alors que « consultant » n'implique qu'une demande de conseils, renseignements.

Une telle définition de la relation d'aide recouvre toute une série de relations dont le but est de favoriser la croissance, mais avec lesquelles l'orthophonie ne saurait se confondre. Nous ne sommes pas en effet dans le cadre d'une relation parent/enfant avec ses « profonds liens affectifs », le « rôle autoritaire et responsable des parents », ainsi que leur « permanente et complète dévotion »<sup>14</sup> ; ou encore une relation maître/élève avec la présence de statuts supérieur/inférieur, enseignant/ « enseigné »...

A la fin de notre exposé, nous verrons ce qui caractérise plus précisément cette relation orthophoniste-patient et les points qui méritent, de la part du professionnel, une attention toute particulière afin de « gérer » au mieux cette relation.

- Les émotions au cœur des relations

L'émotion naît dans la relation et être en relation c'est, comme nous venons de le voir, être en rapport avec, être en contact avec, être relié à. Toute sa vie, l'Homme est en relation avec ses congénères. Ainsi, nous sommes en relation avec notre environnement naturel d'abord dans lequel

---

<sup>12</sup> Psychologue humaniste Américain (1902-1987)

<sup>13</sup> Rogers, C. (1968). *Le développement de la personne*, Dumod, p29.

<sup>14</sup> Rogers, C. (1970). *La relation d'aide et la psychothérapie*, ESF, p93.

nous avons un rapport au temps, au rythme, à l'espace... Avec notre environnement social ensuite via la famille, l'école, la société, les lois...

Les émotions sont provoquées par la confrontation à une situation et à son interprétation. Elles sont des réactions complexes à notre représentation du monde.

Elles se créent malgré nous et paraissent échapper à notre contrôle.

En effet, les données qui proviennent de l'environnement traversent un certain nombre de filtres qui opèrent inconsciemment. Ces filtres éliminent des données, les déforment ou les généralisent. Ils incluent notre langage, nos croyances, nos valeurs, nos souvenirs, nos modes de classement et de stockage de l'information... Au terme de ce filtrage, une représentation mentale de la réalité se fait, d'où découlent un état émotionnel et un comportement. Ceci se déroulant en une fraction de seconde. Chaque individu éprouve des émotions qui lui sont propres. Dans une même situation, deux personnes ne réagissent pas émotionnellement de la même manière tout comme un même individu peut réagir différemment à une même situation mais dans un autre contexte.

Les émotions nous traversent sans cesse, et c'est un signe de maturité que de les laisser circuler. Il nous faut seulement canaliser leur expression, pour éviter les débordements inutiles voire nuisibles. Nos émotions doivent nous servir d'outils dans la relation et nous permettre de développer nos facultés de verbalisation. C'est l'un des points essentiels de ce mémoire : nous pouvons nous servir des émotions comme d'outils.

### ***b. Etre humain, être de langage***

« L'émotion est au cœur de l'être humain, et l'expression de l'émotion est fondamentale dans la construction de son identité. Le phénomène émotionnel détermine l'équilibre de nos différentes relations ». <sup>15</sup>

Roland Vallée, orthophoniste, spécialisé dans la prise en charge de patients bègues et notamment via la musicothérapie, a largement développé ce point dans son livre intitulé *La relation émotionnelle*. Appuyons-nous sur cette vision de la relation.

Il entend par là que tout individu a réellement le sentiment d'exister dans une relation quand il peut vraiment dire son émotion, exprimer ce qu'il éprouve, sa joie comme sa colère, sa tristesse, son enthousiasme...

---

<sup>15</sup> Vallée, R. (2000). *La relation émotionnelle*, Collection Bégaiement, pratiques thérapeutiques, Paris, Orthoédition, p23.

Dans le cas contraire, si elle est réprimée, l'individu a tendance à se mettre en retrait, à perdre confiance en lui et donc prend le risque de se laisser définir par l'autre, qui peut alors lui attribuer des émotions différentes de celles réellement éprouvées. La relation qui s'installe alors est comme faussée.

« L'être humain a besoin de canaux de communication affective, et la rupture des canaux de communication l'isole inévitablement ». Nous pouvons comparer cette remarque à l'expérience menée par Frédéric de Prusse : dans une pouponnière, l'ordre avait été donné aux nourrices de n'adresser aucun geste affectif aux nourrissons dont elles s'occupaient, aucune parole. Ces enfants sont tous décédés. Cette expérience témoigne d'un besoin vital de communication entre les nouveau-nés et leur environnement, communication qui passe par des gestes affectifs, le regard et la parole bien sûr. Ces différents éléments sont déterminants pour l'avenir du petit d'Homme.

De plus, pour exister l'être humain demande à être entendu, il fait face à une demande de reconnaissance. Ce n'est que dans ce contexte que la relation à l'autre peut réellement s'établir, prendre corps. Nous reviendrons, là aussi, un peu plus en détails sur cette demande de reconnaissance qui nous qualifie, notamment dans notre profession.

Toutefois, il ne s'agit pas là de « confondre la sensibilité émotionnelle qui enrichit la rencontre, avec la fragilité émotionnelle dans laquelle l'individu se laisserait emporter par des débordements émotifs ». <sup>16</sup>

Un bon « circuit émotionnel », de l'expression à la perception des émotions, est en partie garant d'une bonne santé psychique. « Malheureusement, bien souvent, la considération sociale, les aspects culturels, les défenses personnelles, peuvent amener l'individu à dissimuler, par gêne, par honte..., son émotion. Or, l'Homme qui retient son émotion freine et appauvrit inmanquablement ses échanges avec autrui. A l'inverse, le partage de l'émotion enrichit la rencontre dans la mesure où ce partage signifie que l'individu défend son droit à éprouver et non son désir de rentrer dans un jeu de pouvoir ou victimisation sur son interlocuteur »<sup>17</sup>.

L'émotion doit nous servir d'outil pour façonner notre relation à l'autre et non être nuisible, à nous-mêmes ou aux autres.

Notre émotion a un sens, il nous faut l'écouter, la comprendre. Le mouvement qui se produit à l'intérieur de nous à ce moment, nous devons le laisser nous traverser et aller à l'extérieur. L'émotion, en prise en charge orthophonique doit, oserons-nous dire plus qu'ailleurs

---

<sup>16</sup> Vallée, R. (2000). *La relation émotionnelle*, Collection Bégaiement, pratiques thérapeutiques, Paris, Orthoédition, p23.

<sup>17</sup> Vallée, R. (2000). *La relation émotionnelle*, Collection Bégaiement, pratiques thérapeutiques, Paris, Orthoédition, p24.

car nous sommes dans une relation d'aide avec le patient, être écoutée. L'orthophoniste ne doit pas nier ce qu'il éprouve ou le relativiser. L'ennui, le plaisir, l'énervement...chaque émotion, chaque sentiment a un sens. C'est le message que veut porter ce mémoire.

Certes, ce n'est pas toujours facile de formuler ce qui se passe en soi, et la voie du symptôme peut alors devenir la solution adoptée, mais ce qui est rejeté n'est pas compris.

Le symptôme tel qu'il est défini en psychanalyse est le substitut de représentations tombées sous le coup d'un interdit et refoulées dans l'Inconscient. Il est leur déguisement pour qu'elles puissent réinvestir le champ de la conscience, en étant acceptables. Il apporte une satisfaction de remplacement au désir inconscient, sans éveiller la censure et même en satisfaisant les exigences défensives. Cette double-satisfaction explique la capacité de résistance du symptôme car il est maintenu des deux côtés.

L'émotion qui peut s'exprimer contribue à la construction de son identité, à prendre confiance en soi, et à respecter soi-même plus facilement l'itinéraire de chacun, elle contribue aussi à métamorphoser le « traumatisme relationnel » subi.<sup>18</sup>

La répression émotionnelle ne fait qu'ériger des barrières qui vont devenir bien vite infranchissables dans l'espace communicationnel. Si nos émotions ne peuvent circuler librement, notre corps va réagir, des tensions vont s'installer, et se faire ainsi violence c'est s'acheminer à un moment donné à faire violence à autrui dans la relation (passage à l'acte incontrôlé). L'émotion éprouvée est synonyme que « quelque chose » se joue dans la relation. Repousser l'émotion c'est couper court au mouvement intérieur qui naît, l'arrêter, le bloquer, le raidir, l'enfermer. C'est se priver d'une expérience vitale pour la relation, c'est se mettre en déséquilibre, en surtension, et prendre le risque de cette manière de la « cassure » toujours possible : « des souffrances qui n'arrivent pas à se dire peuvent aller jusqu'à se transformer ainsi en abus de pouvoir, harcèlement moral ou racisme... »<sup>19</sup>.

Accueillir l'émotion c'est savoir lui donner le temps et l'espace nécessaires pour qu'elle puisse aller jusqu'au bout de son mouvement. C'est un processus indissociable de la santé mentale. Des réponses multiples peuvent alors se développer et nous pouvons évoluer vers une meilleure accommodation émotionnelle.

L'être humain, « être de langage », est aussi « être en relation ». Or, de bonnes relations s'établissent dans la communication. Les difficultés de communication isolent ou altèrent la

---

<sup>18</sup> Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, p29.

<sup>19</sup> Filliozat, I. (1997). *L'intelligence du cœur*, J-C Lattès.

relation. Pour sortir de l'isolement, il est nécessaire d'ouvrir le plus possible de canaux de communication. L'émotion en est un, le plus basique, le premier.

La difficulté première dans une relation n'est pas de dire mais d'être entendu. La différence importante se situe ici au niveau signifiant/signifié décrit par Ferdinand de Saussure, célèbre linguiste de la fin du XIXe siècle : le signifiant est la traduction phonique du concept ; le signifié, quant à lui, est la contrepartie mentale du signifiant.

En effet, il y a le mot que l'on dit et le sens que l'on met derrière, le symbolisme qu'on lui attribue. Le terme « pardon » par exemple, n'est un véritable pardon que si au-delà de cet assemblage de lettres, on perçoit les excuses, un réel sentiment de regret.

Ainsi, élargir au maximum le champ émotionnel d'un sujet permet une facilitation de la verbalisation.

L'équilibre de nos différentes relations avec l'environnement est inévitablement concerné par le phénomène émotionnel. L'harmonie de l'être humain est tributaire de l'harmonie de ses moyens d'expression émotionnelle. L'émotion constitue, en quelque sorte, le socle de la communication humaine.

L'émotion est donc langage et comme tout langage elle possède un versant expressif et un versant réceptif.

Une des particularités des émotions est leur expression, faciale et vocale. Dans un livre en hommage à Darwin, les recherches présentées par Ekman (1973), portant sur les expressions faciales, confirment l'hypothèse sur leur utilité communicative. Il dira même que « l'expression faciale est le pivot de la communication entre Hommes ». En effet, savoir lire sur le visage facilite nos relations sociales. De même une interprétation erronée d'une mimique faciale peut nous faire adopter un comportement mal adapté à la situation. En ce sens, l'expression du visage permet d'informer l'individu de nos intentions mais également du comportement qui est attendu de lui.

Si l'affect influence nos comportements, nous pouvons aussi parler de l'influence cognitive sur ces derniers.

### *c. Emotions et raisonnement*

Cette partie prend appui sur le livre d'Antonio Damasio, *L'erreur de Descartes, La raison des émotions*.

Pour Damasio, l'expression et la perception des émotions font sans doute partie intégrante des mécanismes de faculté de raisonnement, de la pensée cognitive.

Il ne s'agit pas de nier que les émotions puissent perturber les processus du raisonnement dans certaines circonstances. De récentes recherches ont montré comment elles pouvaient l'influencer de façon parfois néfaste. Il est donc d'autant plus surprenant, et c'est là une découverte, que l'incapacité d'exprimer et ressentir des émotions soit susceptible d'avoir des conséquences tout aussi graves dans la mesure où elle peut handicaper la mise en œuvre de cette raison qui nous caractérise tout particulièrement en tant qu'êtres humains et nous permet de prendre des décisions en accord avec nos projets personnels, les conventions sociales et les principes moraux.

Ainsi en rééducation orthophonique, nous pouvons être amenés à rencontrer des patients qui souffrent de reconnaissance des expressions faciales émotionnelles comme les traumatisés crâniens.<sup>20</sup>

Il n'est pas surprenant que l'on retrouve ces résultats puisque lors d'un traumatisme crânien, les aires cérébrales les plus souvent touchées sont celles qui traitent les émotions, c'est-à-dire l'amygdale, les ganglions de la base et le cortex frontal<sup>21</sup>. Cela peut expliquer une partie de leur comportement dysexécutif.

Prenons l'exemple du syndrome orbito-frontal : ces patients présentent des difficultés pour moduler leurs réactions émotionnelles et pour prendre des décisions, surtout lors de situation sociale, modifications comportementales similaires à un syndrome de sociopathie acquise (Barrash et al., 2000). En parallèle, et c'est notre propos, on observe chez eux un syndrome dysexécutif<sup>22</sup>.

L'alexithymie, autre forme de pathologie que nous pouvons côtoyer est l'incapacité (a-) à verbaliser (lexis) les émotions (thymie). Elle est particulièrement présente chez les personnes présentant des troubles autistiques. Le travail orthophonique est alors axé, en partie, sur la reconnaissance et la verbalisation des émotions, au travers des gestes du Makaton, pour compléter le mode verbal, et d'une accentuation des expressions du visage. Il a été mis en avant que les autistes avaient un fonctionnement cognitif différent de la « norme ».

Frith part de la supposition selon laquelle les états mentaux ne sont pas directement observables, mais qu'ils doivent d'abord être déduits. Cette déduction nécessite un mécanisme cognitif complexe. La capacité à imputer les états mentaux, tels que les intentions, les souhaits, les conceptions, les connaissances..., à sa propre personne et à autrui est appelée « théorie de

---

<sup>20</sup> En effet, de nombreuses recherches montrent ainsi, que les traumatisés crâniens ont de moins bonnes performances que les sujets contrôles dans la tâche de perception faciale émotionnelle.

<sup>21</sup> Green et al, 2004 ; Ietswaart et al, 2008 ; Milders et al, 2003

<sup>22</sup> difficultés de programmation, de jugement, capacités de déductions, de logique

l'esprit ». On part du principe que cette capacité est perturbée chez les personnes avec autisme. Le concept de la théorie de l'esprit se distingue de celui de l'empathie car il désigne la compréhension de tous les types d'états mentaux, alors que l'empathie s'applique aux sentiments et aux émotions.

Les émotions influencent le raisonnement mais notons également que ce dernier peut les apaiser. En effet, nous pouvons parfois être « emportés » par un excès de sentiment et, après réflexion, le relativiser et le remettre en question.

#### ***d. Les différents types d'émotions***

##### ▪ Première classification

Darwin expose l'idée selon laquelle il existe certaines expressions de base comme la colère ou la peur. Mais ces conduites innées sont limitées à quelques expressions émotionnelles lorsqu'elles ne sont pas inhibées par la culture.

Dans la continuité de ses travaux, Ekman et Friesen (1992) et Izard (1977) demandent à des personnes de cultures différentes d'identifier des expressions faciales émotionnelles.

##### ➤ Des émotions primaires

Ils ont mis en évidence six émotions primaires universelles qui sont : la joie, la surprise, la tristesse, la colère, la peur, le dégoût. Izard y ajoute les émotions de honte et d'angoisse<sup>23</sup>.

##### ➤ Des émotions secondaires

Pour d'autres auteurs, il existe non pas un mais deux types d'émotions : les primaires et les secondaires.

Selon le modèle de Plutchik (1984), les émotions secondaires seraient des émotions primaires regroupées deux à deux. Par exemple, la tristesse et le dégoût regroupés, formeraient le remord.

##### ▪ Deuxième classification

Selon Damasio (1995), les émotions primaires seraient innées et les émotions secondaires, apprises à l'âge adulte lors d'interactions sociales.

##### ➤ Vers une distinction émotion primaire / émotion secondaire

Selon Damasio (1995), « la capacité des expressions et la perception des émotions se basent d'une part sur l'histoire individuelle de chaque individu et d'autre part, sur la distinction

---

<sup>23</sup> cité par Channouf, 2006

entre émotion et âge précoce, qu'il nomme les émotions primaires (mécanisme préprogrammé) et sur les émotions de l'âge adulte, les émotions secondaires (mécanisme élaboré progressivement à partir des émotions primaires) ».

➤ Les émotions primaires

« L'Homme est préprogrammé pour répondre à une réaction émotionnelle de façon instinctive et automatique. Il y a une prise de conscience qu'il existe un rapport entre un phénomène donné et un état de corps marqué par une émotion. On peut remarquer cette prise de conscience par une plus grande gamme de stratégies de défense<sup>24</sup>. Il y a deux façon de réagir à cette perception consciente de nos réactions émotionnelles, soit le comportement est inné, soit il est en rapport avec l'expérience vécue de l'individu et donc il est spécifique. Cette perception de nos émotions nous permet une réponse modulable en fonction de l'histoire individuelle et de notre interaction avec notre environnement. De par cette prise de conscience, les réponses dans un premier temps automatiques vont peu à peu être modulées par l'expérience personnelle et donneront des variations dans l'expression, l'intensité des émotions propres à chacun.

Ainsi, partant d'un phénomène automatique, une gamme de plus en plus importante de stimuli va être confrontée à des réactions au départ instinctives mais qui se personnaliseront au fur et à mesure. C'est le phénomène de l'apprentissage de l'enfant. Au cours de ce développement, vont surgir les émotions secondaires manifestées à partir du moment où l'on commence à percevoir des émotions et à établir des rapports entre un certain types de phénomènes et les émotions primaires »<sup>25</sup>.

➤ Les émotions secondaires.

Selon Damasio (1995), « les émotions secondaires ont pour base un processus de pensée et sont l'aboutissement de l'apprentissage des émotions primaires (conscientisation des réactions instinctives). Elles sont engendrées à l'évocation d'un souvenir et arrivent à maturation avec l'âge adulte. Il part de l'exemple de la rencontre d'un ami pas vu depuis longtemps ou encore la mort inopinée d'une personne proche ; ces deux évènements entraînant une émotion.

Les émotions sont manifestées par la formation des images relatives aux aspects importants et aussi par un changement d'état corporel. Ces modifications corporelles sont engendrées dans un premier temps, par une représentation consciente du phénomène, c'est-à-dire que les images mentales sont organisées en processus de pensée, l'individu évalue de façon rationnelle les diverses données de l'évènement dans lequel il est impliqué. Dans un second

---

<sup>24</sup> Damasio, 1995

<sup>25</sup> Damasio, 1995

temps, à un niveau non conscient, proviennent des représentations potentielles acquises. Ce sont des souvenirs des relations entre situations et émotions éprouvées individuellement. Les émotions résultent donc de la combinaison des processus d'évaluation mentale, simple ou complexe avec des réponses issues de représentations potentielles acquises »<sup>26</sup>.

Les émotions secondaires sont donc acquises lors d'interactions sociales. Ce sont des émotions qui correspondent à l'âge adulte. Confronté à une situation, l'individu en fonction de ce qu'il a appris, va adapter son comportement. Aussi, les émotions secondaires correspondraient, lors d'une tâche expérimentale, à une présentation d'expressions faciales émotionnelles situées dans un contexte social.

L'Homme est, indéniablement et de manière intemporelle, en relation avec ce qui l'entoure. Il réagit à son environnement au travers des émotions qu'il éprouve. Celles-ci, phénomène physiologique, se manifestent corporellement. Elles correspondent à des sentiments plus ou moins définissables et en nombre infini.

L'Homme n'a pas toujours conscience de ce qui, dans la situation qu'il vit, engendre ces émotions.

Il lui faut cependant être à leur écoute. Elles témoignent de « quelque chose ». Quelque chose qu'il est nécessaire de questionner.

La relation orthophoniste-patient, relation d'aide particulière, est source d'émotions.

A présent, intéressons nous plus généralement aux relations thérapeutiques, telles qu'elles sont définies par des psychanalystes dont Freud, ou encore aux relations médecins-malades étudiées par le professeur Balint. Cette nouvelle étude éclairera notre réflexion quant à l'écoute que nous devons mener face à ce que nous éprouvons.

---

<sup>26</sup> Damasio, 1995

## II. Des relations soignant-soigné à la pratique orthophonique

### A. Evolution des relations médecin-malade

« La relation thérapeutique médecin-malade est déterminée par de nombreux facteurs, individuels et socio-culturels. De même que le malade réagit à sa maladie en fonction de sa personnalité propre, le médecin réagit face à son malade par un certain nombre d'attitudes conscientes et inconscientes qui dépendent de sa personnalité et de son histoire, et qui sont susceptibles d'infléchir le cours de la relation thérapeutique »<sup>27</sup>.

Cette relation médecin-malade a évolué au cours du temps suivant les progrès de la science et l'évolution des consciences.

#### a. *La notion de consentement*

Le consentement du malade aux soins est une obligation consécutive au caractère contractuel de la relation médecin-malade. La notion de consentement éclairé, qui implique que le médecin est tenu de présenter clairement au patient tous les risques d'une conduite thérapeutique, est pourtant relativement récente. Le consentement doit être libre, c'est-à-dire en l'absence de contrainte, et éclairé, c'est-à-dire précédé par une information.

Le Petit Robert 2009 définit le consentement ainsi : « acquiescement donné à un projet, décision de ne pas s'y opposer ; acceptation, accord, adhésion, agrément, approbation, permission ».

« La recherche du consentement éclairé semble aujourd'hui banale dans la pratique médicale, que ce soit lors des soins, d'une exploration à visée thérapeutique ou, plus rarement, avant un protocole de recherche. Le terrain est en effet largement balisé, tant au niveau juridique que déontologique et nous sommes maintenant loin du paternalisme des années cinquante où le patient était considéré comme un enfant inapte à faire des choix et prendre des décisions concernant sa santé.

C'est en effet avec le tournant du procès de Nuremberg, faisant suite aux exactions des nazis dans la recherche biomédicale, que s'est fait la prise de conscience de réintégrer la personne dans la relation médecin-malade, c'est-à-dire d'un point de vue éthique et juridique, et d'intégrer l'information et le consentement dans la pratique médicale de recherche et de soins. Pourtant, nous savons qu'entre la théorie juridique ou déontologique et la pratique quotidienne, il y a souvent un fossé au fond duquel le médecin est bien seul, face à sa conscience morale. Rechercher

---

<sup>27</sup> Moutel, G. (19 nov 2004). *Consentement du patient et relations sans : états des lieux, perspectives et éléments de débat*, journée de réflexions de EEHAP, Amiens.

un consentement éclairé pour une recherche médicale ou de simples soins, en urgence ou dans le cadre de pathologies psychiatriques lourdes, sont des exemples classiques de cette discordance. Cette dernière est le reflet de la complexité au sein de laquelle prend place la relation médecin-malade.

La question se pose également en orthophonie : peut-on ou doit-on tout dire au patient ? Que répondre à un patient, victime d'un accident vasculaire cérébral, qui demande quand est-ce qu'il sera « comme avant », qu'il retrouvera toutes ses facultés ? A une patiente touchée par la sclérose latérale amyotrophique qui s'interroge sur son avenir ? C'est la question de l'exhaustivité de l'information donnée au patient qui se pose. Il n'est pas facile de répondre.

Plusieurs alternatives sont envisageables comme celle d'éviter de répondre afin de fuir le malaise éprouvé. On peut aussi rediriger vers un autre professionnel de santé comme un médecin ou encore répondre et bien souvent répéter des mots déjà dits mais pas réellement « entendus » par le patient. Le déni, pour le patient et son entourage, est un moyen de défense, moyen de se protéger d'une vérité bien trop violente. Chaque professionnel envisage la meilleure solution en fonction du moment, de ce qu'il éprouve, des capacités du patient à entendre ou non les réponses qu'il souhaite...

- Evolution de la place du patient dans la recherche médicale

L'œuvre d'Hippocrate, vers 400 avant notre ère, expose toute la difficulté de l'art d'être médecin : « Il faut non seulement faire soi-même ce qui convient, mais encore faire que le malade, les assistants, et les choses extérieures y concourent ». Une des finalités de l'art d'être soignant est de définir les rapports entre les actions médicales, le patient et la collectivité, c'est à dire les principes qui doivent régir l'exercice de la profession (façon d'exercer et de se comporter face au patient).

L'avènement de la médecine qualifiée de moderne, à la fin du XVIIIe siècle, réinterroge les principes hippocratiques et pose la question de la liberté de choix des malades. Dès lors il va, désormais, s'agir d'une médecine où se mêleront les interrogations individuelles du patient sur son corps, son mal-être, et les exigences collectives de protection de la santé, avec les enjeux économiques et politiques qui en résultent.

Le médecin répond alors de plus en plus à une demande, à un désir de soin du patient.

C'est le cas en orthophonie où les demandes de prises en charge de la part des parents pour leur enfant sont parfois très insistantes et ce souvent très tôt dans le développement de leur enfant. On peut même dire qu'elles sont de plus en plus précoces.

La volonté de « normalisation » est très présente dans la société actuelle. Ainsi, le moindre « écart », qui peut se matérialiser sous la forme de mauvaises notes à l'école, peut être à l'origine d'une demande de prise en charge, d'une volonté de soins autour de l'individu.

La relation médecin-patient devient, alors, un cadre d'échanges, de débats et donc d'éducation à la santé, de nature à promouvoir des idées de progrès face à des pratiques aveugles. Les travaux de Philippe Pinel posent ainsi la question de la liberté de choix du patient (y compris le plus vulnérable patient « fou »), et au delà des aliénistes, la médecine s'interroge de plus en plus sur la place à donner à la parole du patient<sup>28</sup>. Sans aller alors jusqu'à poser la question du consentement, le débat porte déjà sur la légitimité de la médecine à agir contre le respect des principes humanistes au premier rang desquels la capacité à faire des choix »<sup>29</sup>.

Nous pouvons là aussi faire un parallèle avec l'orthophonie où la demande est telle que certains patients sont suivis en prise en charge parce qu'il y a une sorte de pression implicite de leur entourage vis-à-vis de l'orthophoniste. Le professionnel peut se sentir dans « l'obligation » d'y répondre. Seul, sans « pression », il aurait peut-être pris la décision d'attendre un peu, de voir si l'enfant peut faire face à ses difficultés avec « juste » un étayage social, familial et scolaire, de manière « naturelle ». Il l'aurait laissé évoluer un peu à son rythme. Sans nier la demande qu'on lui adresse, le professionnel peut, dans ces cas, proposer au patient, à l'enfant et sa famille par exemple, de revenir faire le point quelques temps plus tard si nécessaire. Ce temps peut être celui de l'appropriation de la demande d'aide de son entourage par le patient lui-même. Les relations orthophoniste-patient sont-elles similaires lorsque le professionnel n'adhère pas initialement à la prise en charge ? L'investissement est-il le même ?

« Sont considérées, non plus exclusivement les ressources corporelles du patient, sa constitution, et ses capacités physiques, mais aussi sa capacité d'espérer, son désir de vivre, son « moral ». Il apparaît que le médecin ne peut agir sur ce moral et cet espoir que s'il tisse, avec son patient, une relation fondée sur l'écoute, l'aide et la confiance. Cette évolution va amener peu à peu la médecine à considérer le patient (qu'il soit psychologiquement apte, ou non) comme un partenaire et un acteur du soin. La question n'est pas posée en terme de consentement, mais d'appel à l'intelligence du sujet et à son activité d'être raisonnable.

---

<sup>28</sup> Bichat et Laënnec

<sup>29</sup> Moutel, G. (19 nov 2004). *Consentement du patient et relations sans : états des lieux, perspectives et éléments de débat*, journée de réflexions de EEHAP, Amiens.

- Fondements historiques et philosophiques

Descartes dans son *Discours de la méthode* de 1637 déclare que le sujet est défini comme une entité dont l'essence est de penser<sup>30</sup>. Il affirme la souveraineté de l'esprit sur le corps. Le critère de la vérité est cherché dans l'acte de l'esprit.

Prend ensuite place ce que l'on nommera « le paradigme anatomo-clinique » avec, à la Renaissance, les premières autopsies de Harvey. C'est la « systématisation anatomique » du corps. Viendront s'y ajouter plus tard les campagnes napoléoniennes, grandes pourvoyeuses de blessés et de cadavres, qui vont donner ses lettres de noblesse à ce paradigme avec les barbiers, puis les chirurgiens comme Xavier Bichat. Ainsi, l'on s'occupait du corps mais pas du sujet, victime d'une exclusion théorique, de par la pratique du médecin examinateur.

Ce paradigme anatomo-clinique a donné naissance dans les années cinquante à un autre nommé « biophysio-pathologique » qui, pour les mêmes raisons, a laissé souvent le sujet exclu pour ne s'intéresser qu'à l'objet corporel, dans son intimité biologique. Pour Edgar Morin, cette dissociation entre le Moi pensant<sup>31</sup>, laissé aux philosophes, et la chose matérielle étendue<sup>32</sup>, appartenant aux scientifiques, crée un problème tragique dans la science qui peut dériver vers une réification de la personne<sup>33</sup>.

L'étude du thème du consentement en médecine nous confronte donc au rapport entre l'esprit et le corps, ce qui se traduit par des interrogations sur ce que doit être la relation médecin-malade, ou soignant-soigné. Il s'agit finalement d'une interrogation sur la nature du lien social dans le domaine de la santé et donc de la société. Demander son consentement aux soins à un patient conscient et juridiquement capable peut sembler anodin mais il convient de souligner que c'est un acte essentiel qui permet de réintroduire du langage et du sens<sup>34</sup> dans un contrat où l'être humain est nécessairement objectivé<sup>35</sup> ; et ce, y compris dans la pratique orthophonique.

En effet, en posant un diagnostic, en évaluant quantitativement les troubles d'un patient, il est en partie objectivé. Il ne faut alors pas perdre de vue que c'est bel et bien à un sujet auquel nous avons affaire avant tout.

Cela nous amène à dire que sans demande de la part du patient lui-même, la prise en charge n'avance pas, l'évolution ne sera pas positive. La motivation est le moteur du travail.

---

<sup>30</sup> cogito

<sup>31</sup> Ego cogitans

<sup>32</sup> Res extensa

<sup>33</sup> corps considéré comme une chose

<sup>34</sup> consentir : donner du sens à plusieurs

<sup>35</sup> Moutel, G. (19 nov 2004). *Consentement du patient et relations sans : états des lieux, perspectives et éléments de débat*, journée de réflexions de EEHAP, Amiens.

Quand un patient n'a pas conscience de son trouble ou qu'il n'a pas envie de le voir modifié, il n'y a pas de progrès.

Des différences s'observent dans la pratique libérale et la pratique institutionnelle. Dans le premier cas, la demande émane généralement du patient lui-même, qui peut être en souffrance, et est exprimée par son entourage social ou familial alors que dans le second cas, les patients n'ont souvent pas le choix que de suivre une rééducation orthophonique en centre. Je pense là aux patients victimes de traumatismes crâniens par exemple, qui n'ont pas donné leur avis quant à leur hospitalisation.

Revenons-en au consentement. « Il est intimement lié au principe philosophique d'autonomie.

- Le principe d'autonomie

L'autonomie<sup>36</sup> s'oppose à l'hétéronomie, selon laquelle la loi morale vient de quelque chose extérieure à l'Homme (la Nature, Dieu...). Le consentement découle directement de l'autonomie. Ce principe peut en fait se décliner en deux versions, l'une anglo-saxonne, l'autre d'origine française.

- Version anglo-saxonne

Les Anglo-Saxons et les Européens du Nord respectent l'*Acte d'Habeas Corpus* de 1679. En effet, les Anglais ont décidé que les juges défendent l'individu et son corps, au-dessus de l'autorité royale, policière et administrative. L'autonomie du sujet se conçoit comme la liberté individuelle d'avoir des préférences singulières. Elle repose sur une conception individualiste de la liberté, comme indépendance négociée. Les conditions de réalisation de ces préférences individuelles se gèrent par la négociation avec les autres individus (contrat), sans intervention d'une quelconque autorité souveraine (Loi ou Etat). L'autonomie est donc une autodétermination et les conflits entre personnes autonomes se règlent par voie contractuelle et jurisprudentielle. Dans ce cadre, la relation médicale met en jeu un patient qui, pleinement informé par un médecin qui est son égal dans une relation de prestataire de service, est responsable des décisions thérapeutiques qui le concernent.

- Version française

En France, le concept d'autonomie découle d'une tradition politique et philosophique plus récente, puisque datant des Lumières. A la différence des Anglais, la reconnaissance de l'autonomie ne passe pas par le contrat individuel, mais doit être un principe égal pour tous:

---

<sup>36</sup> *Nomos* : la loi ; *auto* : soi-même

principe d'universalité. Elle ne peut donc procéder que des lois, qui impliquent l'universalité : l'homme se libère des lois divines ou des lois de la nature, mais en se soumettant à la contrainte de sa raison législatrice universalisante.

Le principe d'autonomie ici défini s'oppose au principe de bienfaisance que voici.

- Le principe de bienfaisance

Dans l'antiquité, la médecine était sous l'influence de la morale aristotélicienne<sup>37</sup> du bien. Il s'agit d'une morale hétéronome et téléologique<sup>38</sup> selon laquelle la quête du bien représente l'activité la plus noble de l'esprit. Sa finalité implique la bienfaisance et l'abstention de nuire : ce principe apparaît dans la devise hippocratique « primum non nocere », dont la conséquence est de faire du bien aux patients et de les écarter du mal et de l'injustice. Le principe de bienfaisance a imprégné patients et médecins depuis l'antiquité grecque.

Chez les auteurs contemporains, comme Emmanuel Levinas ou Hans Jonas, le principe de bienfaisance fonde la moralité sur la fragilité de l'autre. L'éthique de Hans Jonas s'appuie sur un principe de responsabilité à l'égard du plus fragile et du plus menacé. Il ne s'agit pas d'une responsabilité de type juridique<sup>39</sup>, mais d'une responsabilité morale fondée sur une mission sans réciprocité assignable, à l'égard du plus fragile et du plus faible, dans le présent et le futur.

Attention toutefois au risque de dérive entre bienfaisance et paternalisme : « Dans une relation morale asymétrique, il est tentant de traiter l'autre comme un enfant ». Il a pu être ainsi dénoncé avant les années 1970, un certain paternalisme médical c'est-à-dire l'attitude de certains médecins négligeant la place et la capacité de choix du patient. Depuis, il y a bien sûr eu quelques remises en cause.

Bienfaisance et autonomie se conjuguent au sein de la relation médecin-patient. Le consentement est un outil intégrateur de ces aspects, mais il repose essentiellement sur le concept d'autonomie.

Le consentement a alors deux fonctions : d'une part, celle de traduire la libre décision de la personne de participer aux soins ou à la recherche<sup>40</sup> et d'autre part, celle d'attester que le médecin a bien respecté un processus d'information de la personne sur la nature des soins ou de la recherche, ses objectifs, et les contraintes voire les risques subis.

---

<sup>37</sup> 384-322 av. J.C.

<sup>38</sup> *Télos* : fin, finalité

<sup>39</sup> de l'imputation causale des actes commis dans le passé

<sup>40</sup> ne subissant aucune influence et étant capable de décision

La seconde moitié du XXe siècle sera décisive. En effet, la recherche médicale avance à grands pas<sup>41</sup>. On s'éloigne du concept de « relation » avec le patient, définie précédemment.

En effet, parallèlement et très rapidement, de nouvelles questions sont soulevées. La collectivité et les patients prennent conscience des nouveaux enjeux de la médecine qui les concernent directement : la nécessité de comprendre les avantages et les inconvénients des choix thérapeutiques, le droit d'accéder aux progrès en termes de prévention, de dépistage et de soins, la possibilité de participer à la recherche clinique, moteur essentiel du progrès mais aussi source de risques et de nouvelles incertitudes.

Le patient est peu à peu sorti de sa passivité pour devenir un consommateur c'est-à-dire celui qui achète pour son usage. La tentation de faire son marché de santé est devenue forte. Une meilleure information, une vulgarisation diffusée par les médias l'encouragent dans cette démarche. Un fort consumérisme, en marge de la demande de soins, est observé.

Cette constatation est aussi valable dans le domaine de l'orthophonie : les demandes de prises en charge sont en constante évolution. Dans les écoles, le nombre d'enfants au sein d'une même classe, qui sont suivis par un orthophoniste croît. Des discours du type : « Mon enfant est dyslexique. Il faut que vous le voyiez » sont même entendus. Les médias sont à mettre en cause dans ces « effets de mode » qui viennent à toucher le domaine médical et paramédical.

- Information et consentement : la « sacralisation » de la communication avec le patient

Après la Loi Huriet/Serusclat de 1988 ayant trait aux procédures d'information et de consentement dans la recherche biomédicale, le principe du consentement, est réaffirmé dans les démarches de soins en 2002 avec la loi dite des « droits des patients » de manière à associer les patients aux décisions les concernant. Dans le même esprit le consentement concernant des mineurs et des majeurs sous tutelle, doit être recherché par le médecin. Le consentement doit être sous-tendu par une information de qualité à laquelle tout professionnel de santé est tenu, l'orthophoniste y compris. L'information doit être claire, adaptée à l'interlocuteur, c'est-à-dire compréhensible et pédagogique »<sup>42</sup>.

Au cours de mes stages, avec un regard extérieur aux situations, j'ai pu observer l'utilisation d'un jargon professionnel. Il est nécessaire de garder à l'esprit sa difficulté d'accès par les patients. La reformulation, l'explication avec des mots « plus simples » est parfois

---

<sup>41</sup> on découvre les antibiotiques, les psychotropes, les techniques d'imagerie et de chirurgie progressent

<sup>42</sup> Moutel, G. (19 nov 2004). *Consentement du patient et relations sans : états des lieux, perspectives et éléments de débat*, journée de réflexions de EEHAP, Amiens.

nécessaire si nous voulons maintenir la communication. A ce sujet, Grice<sup>43</sup>, a décrit, en 1979, les maximes conversationnelles dont celle de la modalité : « Soyez clairs, c'est-à-dire évitez les obstacles, évitez d'être ambigus, soyez brefs et soyez ordonnés », afin d'énoncer un discours intelligible.

Une bonne communication participe à l'élaboration et au maintien d'une bonne relation. Parallèlement, la relation influe sur la communication mise en place. Il y a réciprocity entre ces notions clés.

***b. Limites de la question du consentement et dérive de la médecine de soins vers une politique de santé***

« Dans les années 1980, émerge un puissant courant médical, au sein de l'éthique médicale, qui fait du patient un associé des prises de décision grâce à l'exigence d'une information de qualité, nouvelle base fondamentale de la relation soignant-soigné et d'un consentement de plus en plus, et de mieux en mieux, fondé. Le renforcement de la communication au sein de la relation médecin-patient visant à un réel partage d'informations (y compris sur des éléments de plus en plus techniques ou complexes relevant, historiquement, de la seule compétence des professionnels) est à l'origine, à travers la démarche du consentement, d'un nouveau mode d'acceptabilité des pratiques de soins et de recherche.

- La question du formalisme de l'information, support du consentement est posée en 1997

Elle fait débat depuis 25 février 1997 avec l'Arrêt Hédreul. La Cour de Cassation affirme, que le médecin est tenu à une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient ; elle affirme également qu'il incombe désormais au médecin de prouver qu'il a exécuté cette obligation (créant « l'inversion de la charge de la preuve », qui n'incombe plus au patient).

Ces modalités de preuve sont énumérées: ce peut être, certes, l'écrit, mais aussi les témoignages, les présomptions : bonne tenue du dossier médical, outils d'information à disposition des patients, durée des consultations, nombre de consultations... Le formalisme d'un consentement écrit ne s'impose donc pas.

Est ainsi reconnue, y compris par le droit, l'impossibilité de faire rentrer la relation médecin-patient dans un formalisme juridique et contractuel univoque. Il apparaît de plus nécessaire de permettre que puissent être intégrées les spécificités individuelles de chaque patient, et d'adapter la démarche médicale au cas par cas. Cet esprit est celui du code de déontologie

---

<sup>43</sup> philosophe Britannique, 1913-1988

médicale qui permet de moduler l'information et donc la nature du consentement en fonction de l'état du patient.

Le consentement est donc, en droit, l'un des critères essentiels de validité du contrat, mais les approches juridiques sont parfois éloignées de la vision médicale. Pour de nombreux médecins et soignants, la lecture du Droit pourrait laisser croire que la logique juridique du consentement prime sur toute autre considération médicale, faisant naître tensions et, parfois, incompréhensions, altérant ainsi la relation soignant-soigné.

Cependant, le consentement du patient dans ses soins n'est pas la seule notion médicale. D'autres éléments que doivent respecter les praticiens, y compris les orthophonistes, ont vu le jour dans le Code Civil.

- Vers une politique de santé

- La responsabilité médicale

La responsabilité médicale est une notion qui recouvre non seulement la responsabilité du praticien mais également celle des établissements de soins. Son principe est très ancien, il remonte en effet au Code d'Hamourabi, vers 1700 ans avant notre ère. Par ailleurs, il nous faut mentionner le cas de la responsabilité pénale, que nous ne traiterons pas en détail ici. Ainsi, si les faits reprochés au praticien sont susceptibles de constituer une infraction, celui-ci peut alors faire l'objet d'une sanction pénale. Notons que la responsabilité des médecins est régulièrement mise en cause en France »<sup>44</sup>, celle des orthophonistes l'est beaucoup moins. Cela s'explique par le fait que nous ne mettons jamais en jeu le pronostic vital des patients ; sauf si nous n'assurons pas notre rôle de prévention et de protection des voies aériennes lors d'essais de reprise de déglutition par exemple. Globalement, nous avons aussi beaucoup moins de poids quant à la prise de décision médicale.

« La responsabilité médicale est donc normalement une responsabilité pour faute, c'est-à-dire que pour que la responsabilité du médecin soit retenue il faut que la victime supposée rapporte la preuve que le médecin a commis une faute à son encontre. Il y a toutefois des cas de responsabilité sans faute et enfin des cas où le médecin peut être responsable du fait d'un tiers, du fait d'autrui.

Le principe d'une responsabilité pour faute découle à l'origine de l'arrêt Mercier. En effet, cet arrêt a énoncé que le médecin s'engageait, non pas à guérir, mais seulement à donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science.

---

<sup>44</sup> Moutel, G. (19 nov 2004). *Consentement du patient et relations sans : états des lieux, perspectives et éléments de débat*, journée de réflexions de EEHAP, Amiens.

La politisation des soins risque d'obliger les soignants à prouver que l'information a bien été donnée et de ce fait entraîner un passage quasi-automatique du consentement oral au consentement écrit. Ceci s'étant déjà amorcé dans les structures de soins, dès 1998, suite aux décisions de justice, avant de régresser, grâce aux efforts conjoints de magistrats et de médecins. A terme, cette politique de santé pourrait également transformer le climat de confiance de la relation médecin-patient : tendance, bien connue aux Etats-Unis, faisant de la responsabilité médicale un acte qui repose, en premier, sur le consentement juridique »<sup>45</sup>.

➤ Le dossier médical

Ce point sera beaucoup moins développé que celui du consentement, qui peut-être cause, conséquence ou de manière plus large intégré à la relation médecin-malade et permettre de la caractériser comme bonne ou non. Le dossier médical quant à lui intervient de manière indirecte.

Historiquement la relation médecin-malade est inscrite dans l'oralité. L'écrit n'a de place que dans les registres visant à recueillir le savoir médical et la connaissance. A l'origine le dossier médical constitue un outil professionnel, pour le seul usage du médecin. Il est sa mémoire. Il existe physiquement sous forme d'un document papier jusqu'à l'arrivée de l'informatisation des données.

Ainsi, d'une simple feuille servant de support à la formation médicale et contenant quelques informations sur le patient, il a pris forme en milieu hospitalier dans les années soixante-dix et s'est adapté pour répondre aux exigences de la médecine actuelle en termes de qualité, sécurité, continuité des soins, mais aussi pour la recherche, l'enseignement et la santé publique. Le devoir de répondre devant la justice aux questions de responsabilité, et la revendication des patients d'accéder à leur dossier dans un but de double avis, d'accès aux soins et de contentieux, ont enfin guidé son évolution. Il est aujourd'hui soumis à une législation, parfois imprécise en ce qui concerne notamment la propriété des données qu'il contient. La bonne tenue d'un dossier exige des moyens financiers, humains, techniques, et du temps. L'exhaustivité des données qu'il contient réclame la participation active de l'ensemble des acteurs de santé, en particulier de ceux impliqués directement ou non dans la prise en charge du patient.

Au cours des dernières décennies, plusieurs phénomènes se sont produits : le dossier médical s'est placé au cœur du système de santé, son volume et son importance pratique ont augmentés, le nombre de dossiers est devenu de plus en plus important. Tout cela a conduit les pouvoirs publics à légiférer sur le dossier médical, voire à émettre des recommandations par

---

<sup>45</sup> Moutel, G. (19 nov 2004). *Consentement du patient et relations sans : états des lieux, perspectives et éléments de débat*, journée de réflexions de EEHAP, Amiens.

certains organismes. La « loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » est donc en vigueur depuis deux ans. Elle vise à modifier les conditions d'exercice des professionnels du domaine de la santé notamment en ce qui concerne la tenue du dossier médical.

En effet, la collectivité civile, médicale et les associations de patients, de plus en plus nombreuses, ont demandé à être de plus en plus et mieux informées et ainsi progressivement ont souhaité remédier aux difficultés liées au nonaccès du patient à son dossier.

Après dix ans de débats initiés par les médecins, les professionnels de santé, les institutions sanitaires et les juristes sur l'accès direct au dossier médical, une loi est promulguée le 4 mars 2002: cette loi, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, réaffirme et complète le droit d'accès du patient à son dossier médical et concerne tous les professionnels de santé, de ville ou hospitaliers.

Cela implique pour le soignant, et donc l'orthophoniste, de mesurer ses commentaires écrits concernant le patient. Il doit par ailleurs faire attention à ses propos qui pourraient affecter ou choquer le patient lui-même et une personne qu'il désignerait de confiance à la lecture de ce dossier. Ceci ne pourrait qu'altérer la relation préétablie ».

Je pense que l'accès au dossier médical par le patient fausse la relation qu'il va nouer avec les professionnels de santé. En effet, cela sous-entend que ce que le médecin note dans le dossier doit être en parfait accord avec ce dont ils auront discuté préalablement ensemble. Cela ne laisse aucune place à la subjectivité. Dans une équipe médicale, la transmission d'informations personnelles sur le patient ou d'observations le concernant sont parfois utiles à sa bonne prise en charge médicale. Pour que ces informations circulent sans risque de surprendre le patient, il faut alors ou passer par l'oralité ou bien écrire/décrire les situations à demi-mots parfois prenant ainsi le risque de ne pas être réellement compris par le reste de l'équipe.

Je citerais là le cas d'un patient atteint de la maladie de Parkinson et suivi en rééducation fonctionnelle. Ce monsieur décrivait parfois un tableau dépressif. J'avais remarqué que ses relations avec sa femme étaient très conflictuelles et qu'elle n'employait pas toujours un ton très aimable pour discuter avec son mari, pouvant aller jusqu'à de l'humiliation. Ne voulant pas m'immiscer dans leur vie conjugale, je n'en ai pas parlé directement avec lui. Je trouvais néanmoins important de prévenir les orthophonistes de ces observations. En effet, dans la maladie de Parkinson, comme dans de nombreuses autres pathologies, le moral influence énormément sur les capacités cognitives et vocales, raisons de sa prise en charge ; et peut-être ici avons-nous une partie de réponse. Sur les conseils de l'orthophoniste, j'ai dû mesurer mes mots, ne pas être trop

explicite afin de ne pas créer un éventuel conflit avec le patient et sa famille s'ils venaient à lire le dossier.

Finalement, nous aurons vu là comment des notions, à terme devenues juridiques peuvent influencer sur la relation entre les professionnels de santé et les patients.

En résumé, la relation médecin-patient est actuellement en pleine mutation. Mettant en avant les droits de l'individu, notre société souhaite la faire évoluer d'un modèle « paternaliste » vers un modèle d' « autonomie ». Cette évolution se traduit notamment dans les nouvelles obligations liées à l'information et au consentement éclairé du patient concernant les soins ainsi qu'à la communication du dossier médical au patient.

Ainsi, le médecin risque d'avoir une marge de manœuvre relativement faible entre ses obligations éthiques et déontologiques anciennes d'une part et ces nouvelles modalités de fonctionnement d'autre part.

D'une façon un peu schématique, la situation pourrait être ainsi résumée : le médecin, ou l'orthophoniste, devra trouver un juste milieu entre deux pôles extrêmes. Le premier pôle est une relation dite « paternaliste » trop inégalitaire, trop peu concertée, respectant insuffisamment l'individu qui est peu informé des traitements.

Le second pôle correspond à une relation dite d' « autonomie ». Dans cette relation, le médecin, désinvestit son rôle et son statut de médecin, se déresponsabilise de toute décision pour le patient. Celui-ci, censé être capable de prendre les meilleures décisions pour lui-même (dans les domaines aussi difficiles que sa maladie ou sa mort par exemple), est quant à lui renvoyé à des décisions imprenables, car le mettant dans une position ingérable en termes psychologiques et risquant de conduire au fait qu'il ne bénéficierait pas des meilleurs traitements.

En pratique, et pour respecter le patient sans se dédouaner de son rôle, le médecin se devra de lui expliquer sa maladie en adaptant son langage.

Ainsi, un orthophoniste peut être amené à dire son patient, radio-vidéo-déglutition à l'appui, que boire des liquides est extrêmement dangereux pour sa santé<sup>46</sup>. Si ce dernier ne veut l'entendre, en mesurer les risques et préférer continuer à boire, l'orthophoniste, qui a alors rempli son rôle d'information, ne peut que respecter ce choix.

La communication du dossier médical devra se faire, autant que possible, dans le respect de ces grands principes.

---

<sup>46</sup> Du fait de la présence de nombreuses fausses routes

A présent, voyons une modalité originale d'approche de la relation médecin-malade ; celle de Michael Balint, psychanalyste hongrois. Il s'est demandé pourquoi, malgré de sérieux efforts de part et d'autre, la relation entre malade et médecin est-elle si souvent insatisfaisante, voire malheureuse, alors même que le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est précisément le médecin. Un remède aussi essentiel ne disposait encore d'aucune pharmacologie lorsque, en 1957, son livre *Le médecin, son malade et la maladie* fut publié en Angleterre. Ce fut l'origine d'un mouvement médical qui reconsidéra totalement les relations médecin-malade-maladie. Ses observations peuvent de loin être mises en parallèle des pratiques de la profession orthophonique.

## **B. Apport des travaux de M. Balint (1896-1970)**

### ***a. Une nouvelle conception des relations médecin-malade***

Les travaux de Balint sont issus de quelques constatations.

Tout d'abord, il note qu'il existe un certain nombre d'insuffisances de la médecine traditionnelle, qui étudie plus les maladies que les malades. Nous nous interrogerons dans une dernière partie sur les raisons d'une telle mise à distance, dans la pratique orthophonique notamment. Cela n'est pas sans rappeler le modèle anatomo-clinique précédemment abordé.

Ensuite, il considère qu'un tiers de l'activité professionnelle d'un médecin généraliste ne relève que d'une action psychothérapeutique et enfin, il pense que la relation médecin-malade s'organise entre deux pôles extrêmes de domination et de soumission auxquels correspondent le pouvoir du médecin et la fragilité du malade. Pour Balint, le médecin est un remède en soi, même si son action est médiatisée par un médicament. Ainsi, une meilleure maîtrise de la relation interindividuelle doit permettre au médecin d'établir avec son patient un échange affectif qui aura des vertus curatives<sup>47</sup>. Cette dernière phrase justifie tout l'intérêt de développer la théorie de Balint dans ce mémoire.

De plus, il constate l'échec de l'enseignement de la psychologie médicale voire de la psychothérapie dans les formations médicales. Le professeur suggère de passer d'une « compréhension intellectuelle à une compréhension émotionnelle des patients ». Pour lui, une référence permanente à la clinique, c'est-à-dire à l'étude de cas, de chaque histoire relationnelle entre un patient et son médecin (ou son soignant) est nécessaire. Ce sera l'objet de la formation qui prendra son nom et qui consiste en un travail en groupe. Ainsi donc, il ne donne aucune recette ni théorie généralisatrice car alors réductrice. Chaque « cas » est différent. C'est bien là la spécialité

---

<sup>47</sup> Dr Coudreuse, J-F.

d'un travail avec l'humain comme en orthophonie. Il existe autant de situations que de rencontres, de relations avec les patients. Chacune est unique, car dépend de l'orthophoniste et du patient, des troubles de ce dernier, de son histoire... Ces paramètres, propres à chacun, seront développés comme modificateurs des émotions éprouvées en prise en charge.

### ***b. Les assises de la formation Balint et ses objectifs***

De quoi nous parlent nos patients? Pourquoi nous consultent-ils? Comment réagissons-nous aux demandes de nos patients? Pourquoi souffrons-nous de certains de nos patients? Pourquoi, même sans souffrance, ressentons-nous le besoin de redonner du sens à notre exercice professionnel comme s'il y avait parfois quelque chose d'inadéquat ?

Cette souffrance peut parfois s'exprimer physiquement, par un « effet de saturation », sous la forme de crise d'angoisse accompagnée de sueur, rougissements, tremblements... C'est une manière pour l'esprit d'alerter l'individu sur son état, ce qu'il se refusait peut-être inconsciemment à faire. Une orthophoniste rencontrée en stage explique ce phénomène avec l'image d'une éponge qui, au fil des années, absorbe, absorbe, absorbe les émotions, les états d'âme des patients et qui, un jour, nécessite d'être « essorée » et exprime ce « trop plein ». Cette métaphore avait également été utilisée par Françoise Dolto<sup>48</sup>.

Ces questions reflètent la réflexion de Balint, et son origine, dans le domaine des relations médecin-malade. Voici les réponses qu'il en donne.

« C'est entre l'attente du patient et celle du médecin, du soignant, que se jouent la qualité de la relation et la nature du soin. Les contresens voire les non-sens viendraient des attentes des soignants et des patients qui ne sont pas souvent les mêmes. Nos patients consultent pour un symptôme mais ne savent pas forcément de quoi ils se plaignent, c'est-à-dire de quoi ils souffrent... et nous non plus, nous ne le savons pas ». La difficulté peut également résider dans le décalage possible entre les attentes du patient et la formulation qu'il en fera. S'ajoute à cela l'interprétation du médecin. Toutes ces étapes jouent sur la qualité de la relation entre les interlocuteurs.

La procédure habituelle consiste à demander aux patients de décrire leurs symptômes, leurs plaintes puis de répondre à nos questions. Ce système questions/réponses est hélas réducteur car comme l'écrivait Balint : « si on pose des questions, on obtiendra des réponses mais guère plus ».

---

<sup>48</sup> Pédiatre et psychanalyste française (1908-1988)

De plus, il n'y a pas toujours de maladie à proprement parler et parfois la maladie ne suffit pas à expliquer tous les signes. Le traitement bien conduit peut être inefficace voire aggravant. Si l'on dit des plaintes qu'elles sont fonctionnelles, c'est bien qu'elles ont une fonction car sinon comment seront abordés les problèmes émotionnels, les désespoirs, les précarités, les ambivalences devant la maladie ou sa guérison, les fatigués de vivre ou les peurs de mourir, lesquels ne sachant pas comment se dire ou n'étant pas accueillis à se dire, à être écoutés, viennent se montrer aux soignants, en plus ou en place de la maladie. Se plaindre d'une souffrance ne signifie pas forcément que le patient veuille s'en débarrasser.

Se pose aussi la question de la fiabilité de la parole du patient ? Est-ce que nous croyons nos patients, surtout si leurs plaintes n'entrent dans aucune case apprise ? Et comment réagissons-nous au diagnostic fait par notre patient, à ses demandes inadéquates par exemple, d'un massage par une orthophoniste, de surtout ne pas être touché par son médecin généraliste ou d'une parole exclusive avec son kinésithérapeute, nous faisant penser qu'il s'est trompé d'adresse ?

La question de la frontière entre orthophonie et psychothérapie me pose souvent question : où est vraiment la limite ? Comment « bascule »-t'on d'une discipline à l'autre ? En séance d'orthophonie, l'aspect duel favorise les confidences. Les échanges font partie essentielle de notre travail. En 2002, Maëlle Béguin en a fait son sujet de mémoire de fin d'études d'orthophonie ; *Quand orthophonie et psychothérapie se confondent*.

Ce n'est pas notre sujet principal mais je pense que des liens peuvent être faits : quand nous ne laissons aucune ou très peu de place à la relation, à cet aspect « psychologique » du métier, on se ferme à tout un panel d'émotions. On érige une « barrière » entre le patient et nous. Nous nous interrogerons plus tard sur les effets de l'investissement affectif de l'orthophoniste sur le patient, sur lui-même et sur la prise en charge elle-même.

Revenons-en au patient. Ce patient qui au lieu de se comporter en bon objet de notre savoir, de notre compétence, ne nous laisse pas être dans un exercice exclusif : soignant/maladie, sujet/objet ; le patient ne nous permet pas cette médecine reposante à une seule personne (celle du soignant) ; car voilà que ce malade-objet est aussi un sujet-malade ; voilà que ce patient porteur d'une maladie ou d'un symptôme, entend participer aux soins avec ce soignant là et pas un autre, et même si pendant longtemps il est déçu de ne pas recevoir d'écho à ce qu'il attend. Le patient ne sait pas toujours de quoi il se plaint... et nous non plus. Voilà la plainte, mais quelle est la souffrance ?

Un des éléments de la formation Balint sera de découvrir, de ressentir que nous ne soignons pas des maladies mais des personnes; que nous soignons l'Homme dans son histoire, que

nous soignons l'histoire de sa maladie et les maladies de son histoire. A ce propos, Balint a d'ailleurs écrit *Le défaut fondamental*. Cela revient à dire que « la maladie c'est le malade moins l'homme ».

« Il arrive à tous les psychanalystes d'avoir des patients difficiles qui les déconcertent et les embarrassent. Même les plus chevronnés et les plus compétents d'entre eux ont parfois des échecs. Comment est-ce possible ? Et quelle est l'explication de ce fait déplaisant ? »<sup>49</sup>. A partir d'un «défaut fondamental», dont l'origine remonte à la petite enfance (période pendant laquelle l'individu est déchiré entre ses besoins profonds et la façon dont il les satisfait), Michael Balint démontre l'existence d'un domaine particulier de l'esprit, où tous les processus ont une structure à deux personnes : l'individu et son objet primaire. Critiquant la notion classique de narcissisme primaire, Balint lui substitue le concept d'amour primaire. Il revient ensuite au problème de la régression et examine tous les enseignements que la psychanalyse peut tirer de l'étude approfondie de cet état.

Il va bien s'agir de quitter la situation régressive où le soignant espérerait pouvoir exercer son art en solitaire, auprès d'un patient qui serait là pour guérir selon nos critères appris ; seul avec un malade régressé, inquiet ; seul même souvent avec une maladie, traitée, bien sûr avec compétence, mais comme le dit Guite Guérin<sup>50</sup> « sans le traiter humainement ». Balint doute d'ailleurs que l'on puisse traiter avec compétence la maladie si on ne traite pas le malade en être humain. Dans « l'ordre médical », Clavreul<sup>51</sup> l'exprime sévèrement : « On ne peut sauver à la fois le discours médical et le discours du patient ».

Comme nous n'avons appris, dans nos études, qu'à traiter des maladies et comme certains patients nous laissent angoissés, mal à l'aise, nous nous sentons alors investis d'une mission qui nous protège comme un bouclier et que Balint appelle la fonction apostolique.

« Chaque médecin a une idée vague mais inébranlable du comportement que devrait adopter le patient. » ; car nos convictions, nos certitudes renforcées par le savoir appris, nous ont convaincus que le bon malade est celui qui sait entrer dans les normes du bon soignant... seul compétent à savoir ce qui est bon pour le malade et l'énergie du soignant va être alors de convertir le malade à sa foi, d'où le terme d'« apostolique ».

La formation Balint aide progressivement et lentement, à prendre conscience de nos projections, non pas qu'il nous faille gommer ce que nous ressentons mais parce que, pour apaiser une émotion, il vaut mieux la reconnaître plutôt que d'essayer de la nier... sinon le patient restera

---

<sup>49</sup> Citation de Balint

<sup>50</sup> Psychanalyste, Paris

<sup>51</sup> Psychanalyste Français, praticien et théoricien, psychiatre, disciple de Lacan.

« celui qui souffre de celui qui le soigne ». Roland Vallée rejoignait là Balint et notre discours précédent.

Une autre modalité de résistance chez le médecin est de s'en tenir strictement au diagnostic, dans le très complet catalogue des diagnostics toujours centrés sur la maladie ; mais il n'y a pas toujours à proprement parler de maladie. Dans ce même courant de pensées, Kant<sup>52</sup> s'interroge dans son *Essai sur les maladies de la tête*: « A t'on bien soigné le patient lorsque l'on a nommé la maladie ? » parce que, dit il : « Voyez-vous, la maladie parle pour moi ». Balint, ajoute dans son livre *Le médecin, le malade et sa maladie* : « le problème essentiel du malade est de savoir quelle est sa maladie, mais plus tard cela devient de savoir ce qui le fait souffrir et lui fait peur ».

On peut avoir une idée de ce qui ne va pas sans que cela soit un diagnostic répertorié et une pathologie peut exister ou disparaître selon les valeurs culturelles.

Comme remède à ce diagnostic trop réducteur, Balint propose un « overall-diagnosis » c'est-à-dire un diagnostic global ou approfondi ou plutôt un diagnostic élargi. Les anglo-saxons ont trois mots pour maladie : « disease », « sickness » et « illness », envisageant les trois aspects de la maladie au sens scientifique, au sens social, et au sens du ressenti du patient.

Le mot « diagnostic » vient du grec et veut dire « connaissance à travers » soit ici « au travers de l'histoire du patient, de sa demande, et à travers nous, soignants » ; le diagnostic devient alors élargi au diagnostic d'une personne : le patient, par une autre personne : le soignant.

Le principal mot clé de son discours, et du nôtre, pourrait être « écouter ». Cela revient là à admettre une médecine à deux personnes. Pour soigner, il faut être deux, le patient et le soignant ; pour espérer une écoute réciproque dans cette atmosphère de la relation que le professeur nomme : « la compagnie d'investissement mutuel ». Nous reprendrons largement cette notion d'investissement par la suite.

Ecouter, c'est aussi peu à peu repérer ce que l'on écoute de soi-même. Ce que Balint écrit en disant : « Le malade me fait mal là où je suis déjà blessé ». Nous rajouterons qu'écouter ses émotions c'est se questionner. Elles peuvent nous apporter des éléments de réponses quant à ce qui se joue dans notre relation à l'autre.

---

<sup>52</sup> Philosophe Allemand du XVIIIe siècle

Cette dynamique de la relation interindividuelle, en prise en charge orthophonique, peut aussi se caractériser par les concepts de transfert, contre-transfert, projection et identification projective.

### C. Vision psychanalytique de ces relations

Dans ces définitions, quelque peu complexes, j'ai décidé de souligner les éléments qui me paraissent le plus important et surtout ceux sur lesquels je base ma réflexion pour la suite.

#### a. *Le transfert*

##### ▪ Généralités

La définition que nous utiliserons est celle du dictionnaire de la psychanalyse.<sup>53</sup>

Ce terme fut introduit progressivement par Sigmund Freud et Sandor Ferenczi, entre 1900 et 1909, pour désigner un processus constitutif de la cure psychanalytique par lequel les désirs inconscients de l'analysant concernant des objets extérieurs viennent se répéter, dans le cadre de la relation analytique, sur la personne de l'analyste mis en position de ces divers objets.

Le terme « transfert » n'est pas propre au vocabulaire psychanalytique. Utilisé dans de nombreux domaines, il implique toujours une idée de déplacement, de transport, de substitution d'une place à une autre sans que l'opération porte atteinte à l'intégrité de l'objet.

Tous les courants du freudisme considèrent le transfert comme essentiel au processus psychanalytique. Mais selon les écoles, les divergences sont multiples, qui portent sur sa place dans la cure, son maniement par l'analyste, le moment et les moyens de sa dissolution. Un siècle après la naissance de la psychanalyse, le concept de transfert est encore l'objet d'un débat contradictoire, dont l'origine se trouve dans l'histoire de sa reconnaissance, de son évaluation théorique et de son utilisation par Freud depuis l'abandon de l'hypnose et de la catharsis.

##### ▪ Evolution de la définition

On retiendra, à la suite d'Henri F. Ellenberger, que l'existence du transfert est attestée, avant Freud, par une terminologie foisonnante : rapport, influence somnambulique, besoin de direction, report affectif, etc.

En fait, l'innovation freudienne consiste à reconnaître dans ce phénomène une composante essentielle de la psychanalyse, au point d'ailleurs que cette nouvelle méthode se distingue de

---

<sup>53</sup> Edition 2000

toutes les autres psychothérapies en ce qu'elle met en jeu le transfert comme instrument de la guérison dans le processus de la cure.

Au départ, dans les *Etudes sur l'hystérie* et dans *L'interprétation des rêves*, Freud appréhende le transfert sous l'angle d'un déplacement d'investissement au niveau des représentations psychiques plutôt que comme une composante de la relation thérapeutique.

C'est à l'occasion de l'analyse de Dora, en 1905, qu'il fait véritablement sa première expérience, négative, de la matérialité du transfert. Il atteste à son corps défendant, que l'analyste joue bien un rôle dans le transfert de l'analysant. En refusant d'être l'objet du transport amoureux de sa patiente, Freud oppose une résistance qui déclenche en retour un transfert négatif de celle-ci. Quelques années plus tard, Freud qualifiera ce phénomène de contre-transfert.

Dès 1909, Sandor Ferenczi observe que le transfert existe dans toutes les relations humaines : maître et élève, médecin et malade, etc. Le dictionnaire d'orthophonie confirme que : « Les phénomènes de transfert et contre-transfert existent dans toute thérapie, y compris pendant une rééducation orthophonique, mais il n'y a qu'en psychanalyse qu'ils sont reconnus, objectivés et analysés ».

Rappelons que ce mémoire n'a pas pour objectif d'analyser ou expliquer les émotions éprouvées par les orthophonistes mais plutôt de les mettre en exergue, de voir ce qui peut influencer les relations avec les patients et de réfléchir à la manière dont nous pouvons nous servir de ces émotions comme d'outils dans la prise en charge orthophonique.

Lacan introduit dans son séminaire de l'année 1961-1962, consacré à l'identification, une nouvelle perspective. Le transfert y apparaît comme la matérialisation d'une opération qui consiste, pour l'analysant, à installer l'analyste en position de « sujet-supposé-savoir », c'est-à-dire à lui attribuer le savoir absolu.

J'ajouterais par ailleurs, qu'un patient qui arrive en prise en charge orthophonique est déjà dans une relation transférentielle à notre égard. En effet, il nous investit d'un savoir avant même de nous avoir rencontré. C'est une forme de réaction à ce qu'aura pu lui dire ou un proche parent, ou un médecin, ou encore un instituteur qui aurait présenté l'orthophonie et ses objectifs. Il y a quelques années, Maëlle Béguin a largement développé ce point dans son mémoire d'orthophonie. Elle met en avant cette position de savoir dans laquelle on nous place. On ne peut la nier. Nous avons acquis une quantité importante de connaissances quant à certains troubles et c'est la raison pour laquelle on vient nous voir. C'est ce qui nous caractérise, nous différencie aussi des autres professionnels, c'est notre spécialité. En parallèle, il y a aussi la position des parents à l'égard de leur enfant dont on doit tenir compte et se servir comme une représentation utile de la réalité.

Même si leur statut de parents peut « nuire » à leur objectivité, eux-seuls connaissent leur enfant comme personne, ils partagent son quotidien... Et puis, il y a la position de savoir de l'enfant également, détenteur des « clés » de la fonction de son symptôme. Il a développé celui-ci afin de sauvegarder au mieux son équilibre malgré ses conflits internes. Il a choisi (inconsciemment) telle ou telle voie d'expression. Il a en lui un problème et il composé avec les « moyens du bord » pour que la situation reste supportable. L'enfant peut avoir une grande volonté de résoudre le trouble langagier apparent, il n'imagine pas forcément que son inconscient, lui, tient à ce symptôme, et qu'il se protège. Il faut réussir à accompagner l'enfant pour trouver d'autres moyens de vivre moins conflictuels, en particulier en l'aidant à se passer de son symptôme.

Enfin dans son séminaire de 1964, Lacan fait du transfert l'un des quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse aux côtés de l'inconscient, de la répétition et de la pulsion. Il le définit comme la mise en acte, par l'expérience analytique, de la réalité de l'inconscient. Cette perspective le conduit à nouer le transfert à la pulsion.

Notre rôle n'est pas dans l'analyse du transfert. Pour G. Dubois, orthophoniste, il s'agit plutôt de « reconnaître une place, sa place à la dimension inconsciente et lui laisser un champ pour s'exprimer si le sujet en éprouve le besoin ».<sup>54</sup>

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

### ***b. La projection***

Dans le sens proprement psychanalytique<sup>55</sup>, la projection est une opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des « objets » qu'il méconnaît ou qu'il refuse en lui.

Dans le langage courant, on parle de projections pour connoter des processus comme celui-ci : un homme qui « projette » l'image de son père sur son patron témoigne par son attitude qu'il assimile de manière symbolique telle personne à telle autre. On désigne par là, un phénomène que la psychanalyse a découvert sous le nom de transfert.

On notera qu'un psychanalyste n'assimilera pas le transfert dans son ensemble à une projection. En revanche, il reconnaîtra comment la projection peut y jouer un rôle.

---

<sup>54</sup> Dubois, G. (1990). *Langage et communication*, Masson.

<sup>55</sup> Laplanche, J., Pontalis, J-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*, 5e édition.

Les rapports entre l'identification et la projection sont fortement intriqués, en partie du fait d'un usage relâché de la terminologie.

### *c. L'identification projective<sup>56</sup>*

Ce terme fut introduit par Mélanie Klein pour désigner un mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler.

Cette définition, de Mélanie Klein, donne un sens bien particulier qui n'est pas celui que l'association de ces deux mots suggère au premier abord, à savoir une attribution à autrui de certains traits de soi-même ou d'une ressemblance globale avec, soi-même. Le thérapeute peut se prêter à cette identification et elle est utile si elle est conscientisée par celui-ci.

Ces deux concepts de projection et d'identification projective ne s'opposent pas. Dans la projection, le sujet prête des qualités à une personne en écho avec une personne de son entourage (généralement de sa prime enfance). Dans l'identification projective, le sujet conduit l'autre, dans le jeu interactionnel, à endosser des « qualités » qui lui sont propres. L'autre s'anime à son insu comme le sujet (émotions similaires, passages à l'acte sans pour autant que le sujet les ait manifestés ; on pourrait dire que l'autre est son porte-parole, encore faut-il pouvoir le décrypter). Ces manifestations restent circonscrites à cette relation.

Ces concepts nous amènent à réfléchir sur nos émotions. En quoi nous appartiennent-elles ? En quoi appartiennent-elles à la relation hic et nunc ? En quoi font-elles écho à la problématique du patient ?

### *d. Le contre-transfert*

Comme pour définir le transfert, nous prendrons là aussi appui sur le dictionnaire de la psychanalyse.<sup>57</sup>

#### ▪ Généralités

Il s'agit de l'ensemble des manifestations de l'inconscient de l'analyste en relation avec celles du transfert de son patient.

Plus encore que le concept de transfert auquel elle est liée, la notion de contre-transfert, ses acceptions et les utilisations qui en ont été faites ont toujours suscité des polémiques entre les diverses branches du mouvement psychanalytique.

---

<sup>56</sup> Laplanche, J., Pontalis, J-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*, 5e édition.

<sup>57</sup> Edition 2000

- Evolution de la définition

C'est dans une lettre à Sigmund Freud en date du 22 novembre 1908 que Sandor Ferenczi mentionne, le premier, l'existence d'une réaction de l'analyste aux dires de son patient : « J'ai beaucoup trop tendance à considérer les affaires des malades comme les miennes ».

Freud utilise pour la première fois le terme de « contre-transfert » avec des guillemets dans une lettre à Carl Gustav Jung du 7 juin 1909. C'est toutefois en 1910, dans son évaluation des chances d'avenir de la thérapie psychanalytique, qu'il évoque, parlant de la personne du thérapeute, l'existence du contre-transfert qui « s'installe chez le médecin de par l'influence du patient sur la sensibilité inconsciente du médecin ». Le moment est proche, ajoute Freud, où nous serons en droit d'« avancer l'exigence que le médecin doive obligatoirement reconnaître en lui-même et maîtriser ce contre-transfert ». Sachant qu'aucun analyste ne peut aller au-delà de ce que ses résistances intérieures lui permettent, « nous réclamons par conséquent, poursuit encore Freud, [que l'analyste] commence son activité par son auto-analyse et approfondisse continuellement celle-ci au fur et à mesure de ses expériences avec le malade ».

Nous reviendrons au cours de notre exposé sur les effets bénéfiques que peut avoir un travail sur soi, dans notre pratique orthophonique.

Le point de vue de Ferenczi sera d'abord calqué sur celui de Freud. Il soulignera la nécessité d'une « maîtrise » par l'analyste de son contre-transfert. Celle-ci ne peut être, à ses yeux, que le résultat d'une analyse et doit être distinguée d'une simple résistance au contre-transfert, elle-même susceptible d'engendrer une rigidité artificielle chez l'analyste.

Dès 1939, c'est un élève de Ferenczi, Michael Balint, que nous avons déjà largement cité, qui introduit l'idée d'une absence de spécificité du contre-transfert, établissant que c'est du côté de l'analysant qu'il faut en repérer les traces : échos des failles de l'analyste ou marques résiduelles du transfert de celui-ci à son propre analyste.

Partant de la perspective kleinienne qui conçoit la relation analytique comme une dualité inscrite dans l'ordre de « l'ici et maintenant », les interventions de Paula Heimann et de Margaret Little notamment, pour distinctes qu'elles soient, redéfinissent le contre-transfert comme l'ensemble des réactions et sentiments que l'analyste éprouve vis-à-vis de son patient.

Pour Heimann, dans la mesure où l'inconscient de l'analyste englobe celui du patient, l'analyste doit se servir du contre-transfert comme d'un instrument facilitant la compréhension de l'inconscient de l'analysant. C'est le message que nous voulons transmettre : écouter nos émotions comme révélatrices de « quelque chose ». Chez Heimann, cette conception du contre-transfert ne doit pas aboutir à une communication des sentiments de l'analyste au patient.

Nous avons soulevé ce point précédemment. Nous avons vu que nous pouvions nous servir de nos émotions comme évocatrices d'une « intuition inconsciente » que nous pouvons avoir concernant le patient, son histoire et son trouble. Il nous faut être à leur écoute.

C'est par une critique radicale de ce point de vue, développée dans son séminaire de 1953 sur les écrits techniques de Freud, que Jacques Lacan<sup>58</sup> illustre sa propre proposition, qui est parfaitement articulée à celle qu'il développera à propos du transfert. Le problème n'est pas de savoir s'il faut considérer le contre-transfert comme un obstacle que l'analyste doit neutraliser, puis dépasser. Il n'est pas plus utile de considérer la question sous l'angle de la communication nécessaire entre le patient et l'analyste pour que celui-ci retrouve ses repères subjectifs. La notion de contre-transfert est donc pour lui sans objet. Elle ne désigne rien d'autre que les effets du transfert qui viennent atteindre « le désir de l'analyste », non comme une personne mais en tant qu'il est mis au lieu de l'Autre par la parole de l'analysant, c'est-à-dire en une tierce position qui rend la relation analytique irréductible à une relation duelle. « Du seul fait qu'il y a transfert, nous sommes impliqués, dit Lacan en 1960, dans la position d'être celui qui contient l'agalma, l'objet fondamental [...]. C'est un effet légitime du transfert. C'est seulement en tant [que l'analyste] sait ce que c'est que le désir, mais qu'il ne sait ce que ce sujet, avec lequel il est embarqué dans l'aventure analytique, désire, qu'il est en position d'en avoir en lui, de ce désir, l'objet ».

Le contre-transfert existe aussi en orthophonie, dans la mesure où ce que projette l'enfant sur nous nous fait réagir, et, ses troubles, sa personnalité, réactivent en nous nos propres faiblesses et questionnements.

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

Des expériences ont montré que les pédagogues qui croyaient leurs élèves doués, les faisaient effectivement mieux réussir que des élèves réputés mauvais. « L'attente de l'expérimentateur peut affecter les résultats de sa recherche », conclut-on. Cet impact de l'attente de celui qui aide est appelé « effet Rosenthal ». Si on l'applique à la prise en charge en orthophonie, c'est à la fois un atout positif et il s'agit tout en même temps d'une forme de pression que l'on ne peut s'empêcher d'imposer à l'enfant. Nous voudrions, sur ce modèle, expliquer le désir de l'analyste, retranscrit en « désir de l'orthophoniste » comme une sorte de croyance positive : « Je désire t'accompagner, toi patient en souffrance qui t'adresses à moi, là où

---

<sup>58</sup> Lacan, J. (séminaire du 8 mars 1961). *L'apport freudien*, sous la direction de Kaufmann, P.

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

Transfert, contre-transfert, projection et identification projective sont des processus dynamiques présents dans la relation orthophoniste-patient. A défaut de les voir comme des obstacles à la relation humaine, essayons de les appréhender comme porteurs de sens et d'en faire des outils.

#### *e. La relation d'aide, dynamique de processus psychanalytiques*

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

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

Elle demande au professionnel quatre qualités : un intérêt authentique pour le sujet et son acceptation en tant que personne à part entière ; une permissivité dans l'expression des sentiments, en dehors de tout jugement moral ; la mise en place de limites déterminées que le sujet pourra utiliser pour progresser dans la conscience de lui-même ; l'exclusion de toute forme de coercition, de pression sur l'individu

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

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

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

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

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

Nous pouvons illustrer ce « désir de l'orthophoniste » en citant Mme X : « Au départ, tous les patients me donnent envie de me surpasser, j'ai l'impression que chaque patient est un nouveau défi. Ce qui entraîne des recherches à faire pour élaborer un projet thérapeutique adapté ».

En résumé, la prise en charge orthophonique s'établit autour d'une relation, entre l'orthophoniste et son patient.

Transfert et contre-transfert, projection et identification projective sont des dynamiques psychiques, conscientes ou inconscientes, en œuvre dans cette relation.

Les émotions peuvent être le reflet de ce réseau complexe.

Nous n'analyserons pas ces émotions avec pour objectif de savoir si elles sont révélatrices d'un transfert OU d'un contre-transfert. La question soulevée dans ce mémoire porte sur le comment de leur manifestation éventuelle, la place de celle-ci dans le cadre professionnel et la manière de gérer ces émotions.

Dès lors, bon nombre des points abordés jusque là le seront encore tout au long de notre exposé.

Après avoir éclairci, en partie, ces différents points ayant trait aux relations entre deux sujets et notamment, entre un professionnel et son patient, nous allons à présent cibler notre étude sur la pratique orthophonique.

#### **D. Elaboration d'un questionnaire**

Afin de mieux cerner ce qui se joue au sein de la relation orthophoniste-patient en prise en charge, ce que l'on peut éprouver, dans quelles circonstances, l'influence de nos gestes, nos

paroles sur cette relation... j'ai mis en place un questionnaire<sup>59</sup>. Il m'a permis d'avoir un aperçu plus vaste, que celui de mes observations. Il a été envoyé en version papier à une quinzaine d'orthophonistes, plus précisément à d'anciens ou actuels maîtres de stage. Certains d'entre eux l'ont également transmis à leurs collègues. Une version informatisée a aussi été diffusée par l'Association Départementale des Orthophonistes de Vendée, le Syndicat Régional des Orthophonistes de Pays de Loire, et le groupe de Neuro-Psychologues, Orthophonistes et Logopèdes à leurs adhérents.

Une vingtaine de réponses écrites ont été reçues, un entretien téléphonique a eu lieu ainsi que trois rencontres avec des orthophonistes, travaillant ou non dans la région. Ces rendez-vous ont été pris car il apparaît clairement que lors d'une discussion, des anecdotes viennent illustrer les propos, des détails sont apportés... Ceci est moins évident à l'écrit. De plus, ce fut l'occasion d'un échange, de partager nos points de vue et nos expériences. S'ajoutent à cela des discussions avec des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, un psychologue et bien sûr des maîtres de stage.

En parallèle et avant de poursuivre, il convient là de mentionner la remarque d'une orthophoniste suite au questionnaire. Elle a souligné le fait que les interrogations soulevées sont très personnelles car elles ont trait à la sphère affective, qui est d'une difficilement descriptible, et ce, davantage par écrit. Il faut alors trouver les mots justes afin d'être compris par le lecteur, sans mauvaise interprétation possible. De plus, ce champ d'étude est considéré comme très intime car il se joue pour chacun, en son propre corps, son propre esprit, auquel nul autre ne peut complètement accéder.

Les professionnels m'ayant répondu se sont donc livrés. Ils m'ont fait part d'anecdotes, de sentiments éprouvés. Leurs réponses ne sont ni jugées ni considérées comme des vérités générales. Elles servent de support à ma réflexion. Voilà pourquoi j'ai choisi de citer certaines de ces réponses mais sans nommer véritablement leur auteur.

---

<sup>59</sup> Confère Annexes

# APPORTS PRATIQUES

« Comment définiriez-vous ce que vous éprouvez vis-à-vis de vos patients ? » a été demandé aux orthophonistes, en écho à mon questionnement premier.

## I. Emotions éprouvées en prise en charge orthophonique

### A. Les émotions, « partie visible » du transfert et du contre-transfert

Nous pouvons avoir ou non conscience des mécanismes en jeu, transfert et contre-transfert dans notre relation avec le patient.

C'est « à l'intérieur » de cette dynamique que prennent forme les émotions, aussi variées soient-elles. Nous pouvons dire « à l'intérieur » car au sein de la relation qui s'établit mais aussi « à l'extérieur » dans le sens où les émotions sont la partie visible de ces phénomènes psychiques.

Parfois, il est difficile de mettre des mots sur ce que l'on éprouve. On sait qu'il se passe quelque chose, en nous, entre l'autre et nous, mais le définir exactement n'est pas évident.

Une orthophoniste dit même être « facilement « touchée » par certains patients. Ils me renvoient des situations vécues ou me font « rire » ou « sourire » dans leurs réactions/réflexions ».

Cela n'est pas sans rappeler, comme nous l'a pointé une orthophoniste, les concepts de transfert et contre-transfert. « Il me paraît important de réfléchir à la notion de transfert, notion que j'ai étudié en psychologie, très important en relation orthophonique. Beaucoup de chaleur humaine mais toujours la distance à respecter face à une personne qui est un patient, pas un ami, pas un voisin... ».

Notre vie professionnelle d'hier façonne aussi notre façon d'être aujourd'hui et des événements du quotidien peuvent nous renvoyer à ces expériences passées.

Mme M. a souligné cela lors de notre entretien téléphonique : « On accroche toujours plus avec des enfants que d'autres. Pourquoi ? On ne sait pas. Pourquoi pas des fois ? Il faut toujours garder un regard là-dessus. Ce peut être via des discussions avec le « psy » du centre pour voir comment changer ça. Souvent, cela fait écho à des expériences précédentes ». Elle a ensuite illustré ces propos en décrivant une situation vécue. Il s'agit d'un enfant avec lequel elle « n'accroche pas ». Elle explique cela par le fait que cet enfant vit globalement la même situation qu'un enfant rencontré en début de carrière et avec lequel elle est restée sur un sentiment d'échec. Elle pense vivre une peur de connaître à nouveau cette situation.

On peut assimiler cette situation à une relation transférentielle si l'on reprend notre définition du transfert qui consiste à dire que le transfert est un processus par lequel les désirs

inconscients de l'analysant concernant des objets extérieurs viennent se répéter sur la personne de l'analyste mis en position de ces divers objets.

Une autre professionnelle déclare : « Certains patients me touchent : car je m'identifie à eux, c'est le cas d'une aphasique de mon âge que j'ai eu en rééducation ». Là aussi, nous sommes en présence de phénomènes psychiques de type transférentiels.

Qu'est-ce qui dans cette situation vient nous « toucher » pour qu'on ait cette impression négative, ce « je ne sais quoi » qui refuse de nous laisser aller vers certaines personnes ? Que me renvoie cet autre ? Les émotions éprouvées sont à questionner à ce sujet. Elles peuvent nous permettre d'en apprendre beaucoup sur nous et sur les autres.

Comme le souligne très bien Mme M., les émotions éprouvées le sont de manière très subjective.

Nous avons par la suite mis en évidence quelques paramètres influant sur les émotions. Mais pour l'heure, voyons quels sentiments éprouvés ont été évoqués :

## **B. Des émotions « positives »**

Par « positives », nous entendrons là des émotions « agréables ».

Nous allons distinguer, au sein de ce groupe :

### ***a. L'empathie***

Le choix d'avoir classé l'empathie dans les émotions agréables résulte du fait qu'il semble difficile d'en éprouver face à un individu qui nous insupporte par exemple. L'empathie requiert un minimum d'affection, de sensibilité.

A plusieurs reprises, on nous a confirmé la théorie avancée précédemment c'est-à-dire qu'avant tout, l'orthophonie « c'est un travail humain donc quelque chose se joue, c'est difficile à maîtriser. C'est de l'affect lié à de l'empathie ».

La réponse la plus courante fut effectivement celle-ci : de l'empathie. Une attitude empathique de l'orthophoniste suppose une aptitude à s'intéresser à la personne de son patient autrement que comme un « cas clinique », et à pouvoir percevoir ce que le patient ressent face à ses problèmes de santé, en fonction de son histoire personnelle et des particularités de son environnement familial et social.<sup>60</sup> Le regard que cherche à nous apporter Balint sur les relations médecin-malade transparait ici.

---

<sup>60</sup> Grimaldi, A., Cosserat, J. (2004). *La relation médecin-malade*, Paris, Elsevier.

- Définition

Par définition, le mot « empathie » vient de *en-* (dans) et de *-pathie*, du grec *patheia* (ce qu'on éprouve). L'empathie est une notion complexe désignant le mécanisme psychologique par lequel une personne peut comprendre les sentiments et les émotions d'autrui, sans les ressentir elle-même. L'empathie est caractérisée par un effort de compréhension des ressentis de l'autre sans emportement affectif personnel (sympathie, antipathie) et sans jugement moral. L'empathie implique un processus de recul intellectuel qui vise la compréhension des états émotionnels des autres, tandis que la sympathie est une attitude inconsciente et réactive. Elle implique de la flexibilité mentale. L'empathie n'exclut pas pour autant les sentiments. Ce n'est pas une attitude froide et distante. D'après le *Dictionnaire d'orthophonie*, « elle est souvent nécessaire dans les relations thérapeutiques ».

- Distinguo empathie/sympathie

L'empathie se distingue de la sympathie qui est un « penchant instinctif qui attire des personnes les unes vers les autres. Il désigne également notre accord avec le sentiment d'autrui, le pouvoir que nous avons de participer aux peines et aux plaisirs les uns des autres ». <sup>61</sup> La sympathie repose sur une proximité affective avec celui ou celle qui en est l'objet. « J'éprouve ou je crois éprouver le même état émotionnel que l'autre. Etant emporté par mes émotions, mes capacités à comprendre, à analyser, à écouter, à accompagner sont diminuées. <sup>62</sup>

- Distinguo empathie/sympathie/compassion

De même que l'empathie et la sympathie, une troisième notion distincte est la compassion. La compassion n'est pas envisageable en prise en charge orthophonique. Elle se rapproche de la notion de sympathie, avec l'aspect supplémentaire de l'apitoiement. C'est l'idée de fusion avec le patient et sa souffrance. Il ne faut pas être dans la compassion avec le patient car alors on ne l'aide plus.

D'après les réponses données, ces différences et leurs effets sont relativement bien perçus et gérés par le milieu professionnel.

Un seul orthophoniste <sup>63</sup> nous a dit éprouver « souvent de l'affection ; de la compassion pour les patients très en difficultés <sup>64</sup> et parfois de l'agacement pour des enfants difficiles, provocateurs, ou des adultes qui deviennent agressifs quand ils sont en échec ».

---

<sup>61</sup> *Dictionnaire de l'Académie française*, 8e édition

<sup>62</sup> Carillo, C. (2010). *Etre un soignant heureux : le défi, fluidifier les relations et apprivoiser les émotions*, Issy-les-Moulineaux, Masson.

<sup>63</sup> Sur les dix-huit ayant répondu au questionnaire

### ***b. Un « pré »-sentiment positif***

Des orthophonistes ajoutent ressentir, en plus de l'empathie, un « a priori » positif systématique ». J'interprète cela comme l'absence de préjugé, quant au milieu d'origine du patient, les causes de sa pathologie...avant de démarrer une prise en charge. Prenons l'exemple d'un patient qui viendrait pour des problèmes cognitifs suite à une neuropathie due à l'alcoolisme ; l'orthophoniste en question essaie de toujours voir du positif dans les situations. Ici, ce pourrait être le fait d'avoir entamé une démarche auprès de professionnels paramédicaux. Elle ne porte aucun jugement avant de rencontrer et entrer en relation avec le patient, autour d'une discussion, qui pourra être l'anamnèse.

#### ▪ Doute de l'orthophoniste

Pour compléter cette idée, une orthophoniste ajoute : « J'essaie de ne pas coller une étiquette aux patients c'est-à-dire si un patient m'agace, j'essaie de me remettre en question et de me dire « trouve ce qui va le faire changer car c'est ce que tu proposes qui ne lui convient pas. Je suis un être humain et je ne peux pas me couper des mes émotions. J'essaie de ne pas me faire dépasser par mes émotions ».

Des outils permettant de gérer ses émotions et surtout dans quel but seront développés dans un point suivant. Dans ce paragraphe, la remise en cause de l'orthophoniste est intéressante.

Ce questionnement sur notre pratique nous fait avancer au quotidien, nous empêche de nous enfermer dans une méthode, une façon d'appréhender les patients et leurs troubles, et nous pousse à avancer toujours plus dans nos réflexions, améliorer nos connaissances, développer notre créativité...

Anne-Christelle Beauparlant, aujourd'hui orthophoniste, a rédigé, il y plusieurs années, un mémoire très riche intitulé *Le doute de l'orthophoniste*.

### ***c. L'attachement affectif***

De manière générale, les orthophonistes expriment un grand respect pour leurs patients voire même une certaine affection qui se traduit par « [...] un véritable plaisir à les aider ».

---

<sup>64</sup> intellectuelle, scolaire, physique pour les personnes âgées

Je reconnais qu'il n'est pas facile de définir ce que l'on éprouve : « C'est très général comme question<sup>65</sup> mais globalement « écoute, respect, attention, sympathie » sont les maîtres mots.

En parallèle de « beaucoup d'empathie », une orthophoniste nuance : « en essayant de garder une certaine distance ». Cette notion de distance se répète aussi tout comme la notion d'affection envers les patients: « J'éprouve beaucoup d'affection pour chacun mais je me dois d'imposer des limites de cadre thérapeutique »<sup>66</sup>; « Je travaille « avec mes tripes » et je ne m'en cache pas. Globalement, je les aime beaucoup. On forme une belle équipe ».

Je pense que ce sentiment naît du fait de la durée, généralement longue, des prises en charge orthophoniques. La relation si importante que l'on décrit entre l'orthophoniste et son patient a donc le temps d'évoluer, de grandir et les « sentiments » avec. Une forme d'« attachement » se crée entre les deux protagonistes.

La relation est comme « l'enveloppe autour des individus » qui les rassemble. C'est au cœur de cet « espace » que vont naître les émotions.

« Attachement » peut avoir le sens de « lien » mais aussi d' « affect » c'est-à-dire de sensibilité aux émotions, éprouvées par et envers autrui. L'affect relève de la sensibilité, propre à chacun.

L'attachement affectif peut donc se rapprocher d'une forme de tendresse à l'égard des patients.

#### ***d. La « bonne distance »***

Une bonne distance médecin-malade ou orthophoniste patient implique du côté médical, deux principes fondamentaux<sup>67</sup>.

Le premier consiste à se sentir suffisamment proche, mais pas trop du malade, pour mieux le comprendre et mieux lui faire sentir qu'on le comprend, tout en restant « chacun à sa place ». C'est là l'attitude empathique que l'on définissait précédemment.

Le second suggère de veiller aux conditions nécessaires pour une communication de bonne qualité, authentique et interactive. On entend par là savoir adapter sa communication à son

---

<sup>65</sup> d'où la volonté de mettre en avant certains paramètres dans la partie suivante

<sup>66</sup> Nous définirons ce « cadre thérapeutique » ultérieurement

<sup>67</sup> Grimaldi, A., Cosserat, J. (2004). *La relation médecin-malade*, Paris, Elsevier.

interlocuteur. La Programmation Neuro-Linguistique<sup>68</sup> a d'ailleurs théorisé ce que l'on appelle les « canaux de communication ».

Or, bien communiquer ne se résume pas à bien informer, rester concis, compréhensible, et à vérifier que le message est passé.

Comme dans toute relation interhumaine, le langage sert aux patients à dire aux médecins, aux orthophonistes, ce qu'ils savent, pensent ou craignent. Mais dans la relation de soins, de nombreux éléments peuvent perturber les messages.

Ainsi, il y a des choses que l'on ressent, mais que l'on ne peut pas traduire par des mots ; il y a des mots que l'on utilise en sachant que ce ne sont pas vraiment ceux qui expriment bien ce que l'on ressent ; il y a des choses que l'on ne peut pas dire, ni même parfois se les formuler à soi-même ; il y a des choses dont on pense qu'elles ne concernent pas le médecin, ou plutôt qu'elles ne peuvent pas l'intéresser...

Cette notion de distance médecin-malade, ici évoquée, est à mettre en lien avec celle du « cadre » que nous posons à toute prise en charge. Nous verrons par la suite ce qui caractérise ce cadre, la conception qu'en ont les orthophonistes interrogés ainsi que les fonctions qu'il recouvre.

#### *e. La confiance*

La confiance est le fait de croire fortement, une impression de sécurité envers une personne à qui l'on se remet.

Elle renvoie à une attitude générale, rencontrée dans des circonstances multiples, où une personne détermine son comportement sur la base d'un sentiment puis d'un raisonnement. Nous avons précédemment mis en avant les liens qui pouvaient exister entre ces deux notions. La confiance l'illustre parfaitement.

Est-ce que l'on éprouve de la « confiance » ? Certains auteurs la qualifient d'émotion secondaire. Ce n'est pas mon avis. Cependant, plusieurs sentiments sont associés à la confiance que l'on nous porte : de la gratitude, de la satisfaction, de la fierté, du plaisir...

A cet égard et au sujet des patients, une orthophoniste dit : « J'apprécie qu'ils me fassent confiance pour prendre en charge leur difficulté » ; une autre : « De façon générale, j'éprouve du respect pour tous mes patients. C'est pour cette raison que j'essaie d'être à l'écoute, de les informer, de les rassurer...pour établir une relation de confiance ».

---

<sup>68</sup> PNL

Nous l'avons répété depuis le début de notre exposé : il est nécessaire d'établir une bonne relation avec son patient. Cette relation d'aide passe par la confiance qui s'établit entre les protagonistes. Le patient nous fait confiance, il « s'en remet à nous ». Il peut nous confier, sans crainte de jugements, ses inquiétudes, ses joies, ses peines... De plus, il sait que ce qui se dit en séance, restera entre lui et l'orthophoniste, « dans ces murs » car comme nous sommes liés au secret professionnel.<sup>69</sup> Il nous fait aussi confiance sur un plan professionnel plus « technique », comme détenteur du savoir, de « clés » qui pourront l'aider.

En parallèle, l'orthophoniste fait confiance à son patient. Il le croit sincère de vouloir « régler » son/ses trouble(s). Il ne remet pas sa parole en question et ne cherche pas à savoir s'il dit ou non la vérité. Il « prend » ce que le patient veut bien lui donner. Mme BS se dit d'ailleurs : « touchée quand [elle a] l'impression d'être la seule personne sur qui son patient peut compter. Il faut en avoir conscience dans ces moments- là, c'est une place privilégiée ».

Enfin et peut-être avant tout, l'orthophoniste croit au potentiel de développement de son patient, il le croit capable de progrès, capable de « bouger ». Cette force qu'il lui concède est d'autant plus importante si le patient n'a pas confiance en lui. Cela peut lui « donner des ailes ». Il y a alors, au moins, une personne qui croit en lui.

Cette confiance ici évoquée par les orthophonistes aurait pu être citée dans la partie qui concerne la demande de reconnaissance.

### *f. Le plaisir*

Une prise en charge qui se passe bien, l'établissement d'une bonne relation, un patient motivé, un patient qui progresse...autant de situations qui font que l'orthophoniste peut se sentir satisfaite de et dans son travail. Une dynamique se crée alors, en réciprocité. Le plaisir éprouvé, partagé même favorise la motivation. Un cercle positif se met en place.

Des sentiments à connotation plus « négative », moins agréables, peuvent également être vécus.

## **C. Des émotions « négatives »**

### *a. La tristesse*

Tristesse ou pincement au cœur, « petit quelque chose » peuvent se rencontrer principalement à l'annonce du décès d'un patient par exemple ou lors d'une fin de prise en charge.

---

<sup>69</sup> Dans certains cas, des dérogations s'appliquent.

Dans les cas de pathologies neuro-dégénératives, les séances peuvent être très nombreuses et perdurer sur plusieurs années. L'orthophoniste prend alors une place particulière auprès de ces individus qu'il accompagne parfois jusqu'en fin de vie. Souvent il s'est instauré une relation particulière. L'orthophoniste est, si l'on peut dire, entré dans la vie voire dans l'intimité des patients. En effet, auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson, ou de sclérose latérale amyotrophique, ou d'Alzheimer, les séances ont souvent lieu à domicile. De plus, comme nous le répétons régulièrement, nous exerçons un travail dans l'humain. Un patient reste un Homme avant tout et sa disparition nous la vivons comme la perte d'un proche dont le degré de proximité varie selon la relation mise en place. Son décès peut donc nous affecter.

Il est aussi des patients avec lesquels on « accroche » bien et pour lesquels la rééducation se fait dans un climat de plaisir. La fin de la prise en charge peut être révélatrice de sentiments, d'affection à l'égard du patient. Il faut voir du positif dans ces moments : si le patient arrête la rééducation c'est que le nécessaire a été fait, qu'il est capable de « voler de ses propres ailes ».

Cette fin de prise en charge peut s'appréhender de différentes manières. Des orthophonistes nous ont confié avoir échangé leur adresse mail avec certains de leurs patients. Ainsi, Mme BM. reçoit, par exemple, tous les ans, un mail d'une adolescente qui lui annonce son passage en classe supérieure et la remercie pour le travail fait ensemble, qui fait d'elle ce qu'elle est aujourd'hui.

Mme MF nous a dit offrir souvent, lorsqu'elle travaillait en libéral, aux enfants, un « petit livre avec une histoire qu'ils avaient bien aimé ». Il faut « dire aux gens qu'on les aime tant qu'ils sont là. Ce sont les « petits » patients qui font notre carrière ». C'est aussi une manière de leur dire « Bon courage » avant de les quitter. En centre, elle « fait souvent une lettre aux parents d'enfants handicapés en leur disant que le travail avec eux l'avait enrichie et que peut-être un jour cette lettre pourra être lue à leur enfant ».

Ces « façons » de faire m'ont interpellée. C'était la première fois, qu'une orthophoniste me disait « donner » matériellement à ses patients.

On se pose beaucoup de limites, imposées par la société. Chacun doit rester à sa place, on ne doit pas « tout mélanger » : le professionnel d'un côté, le patient de l'autre. Mais, et nous l'avons déjà dit, nous ne sommes pas insensibles.

Il n'est sûrement pas malsain d'échanger dans ces registres si l'on verbalise la situation, si l'on n'entretient pas une relation de dépendance avec le patient. La question des limites, fort intéressante, fera l'objet d'un développement dans notre dernière partie.

Pour le moment, nous nous penchons sur les diverses émotions éprouvées en prise en charge.

Après la tristesse, parlons de l'énervement.

### ***b. L'énervement***

La sensation d'énervement a été évoquée ; en réponse au questionnaire<sup>70</sup> ou en spontané lors de conversations. Voyons ce qui peut énerver un orthophoniste :

#### ▪ Enervement envers d'autres professionnels

Il peut être dû à « l'inadéquation des autres professionnels avec les patients quand par exemple le travail proposé est trop difficile ce qui va entraîner un énervement et une excitation majeure de l'enfant ». L'orthophoniste regrette alors d'avoir à passer un grand moment pour le calmer. Temps qu'elle pourrait mettre à profit en faisant autre chose.

Nous pouvons aussi être en désaccord avec le fonctionnement des structures dans lesquelles nous travaillons, quand l'intérêt financier semble primer sur celui du patient par exemple. D'autres fois, nous pouvons penser que des patients n'ont plus leur place dans l'établissement car « la prise en charge évolue peu ou pas [...], la rééducation devrait s'interrompre ».

#### ▪ Enervement envers l'entourage du patient

Cela peut concerner les parents des enfants suivis ; quand il y a « absence totale d'écoute » par exemple.

Certaines réponses au questionnaire furent : « Certains m'agacent. En effet, lorsque j'ai l'impression que leur motivation n'est pas à la hauteur de mon investissement (nombreuses annulations de rendez-vous, travail non fait à la maison, ...) je baisse les bras, cela me contrarie car je me sens en échec ».

Dans ces circonstances, je pense qu'on peut s'interroger : que renvoie-t-on au patient pour qu'il n'investisse pas la prise en charge ? Est-ce réellement leur motivation qu'il faut remettre en cause ?

« Quand un papa insiste pour me faire la bise comme son enfant ». La question des « limites » se pose alors. La distance instaurée entre l'orthophoniste et son patient tout comme celle entre l'orthophoniste et l'entourage du proche se traduit par différents modes : spatial, tactile, verbal... Ces aspects de la communication seront développés par la suite.

---

<sup>70</sup> « Avez-vous déjà été dérouté ou énervé par certains ? »

« Une maman qui arrive avec une liste d'exercices à travailler avec son fils ». La définition du rôle de l'orthophoniste est ici à revoir. En effet, il ne s'agit aucunement de soutien scolaire ou d'apprentissage par le biais d'exercices. Nous ne remplissons pas un rôle pédagogique. C'est pour faire valoir notre profession et ce qui la définit, dont l'importance de la relation avec le patient, qu'il est important de discuter avec l'entourage du patient et le patient lui-même. Souvent à l'occasion du premier rendez-vous, cette discussion permet de cibler les demandes de chacun et de voir dans quelle mesure on peut y répondre et de quelle manière.

« Face à des enfants avec très peu de langage, dont les parents placent tous les espoirs sur l'orthophoniste. Je sais qu'une séance d'orthophonie une fois par semaine ne pourra pas résoudre les problèmes rapidement. Les parents n'entendent pas toujours notre point de vue (ou ne veulent pas l'entendre) ». Nous soulignerons là encore l'importance du premier entretien avec les familles, des demandes de chacun et des réponses que l'on peut y apporter. Face au déni ou à l'entêtement de certains parents, il est parfois nécessaire de répéter les choses.

- Enervement face à un comportement du patient

Il peut s'agir de « patients qui ne s'investissent pas dans la rééducation (oubli de rendez-vous, travail non fait, ...) ». La situation se rapproche de celle décrite précédemment.

De manière générale, l'énervement concerne rarement et de manière directe les enfants.

Toutefois, nous pouvons nous énerver face « à des enfants (de quatre ou cinq ans) qui font les « gros bébés » ! » ou bien face à « des enfants/ado un peu « hypotones » », « [...] avec des enfants ou ados impertinents ». Là encore, interrogeons-nous : pourquoi cela m'énerve-t-il ? Qu'est-ce que j'attends de mon patient ? Qu'est-ce qui se joue chez lui pour m'amener à éprouver cela ? Que projette-t-il sur moi ? Comment puis-je y répondre ?

De même, ces questions peuvent se poser quand l'ennui se fait ressentir en séance. Sommes-nous toujours « à fond » pendant ce laps de temps ? N'y-t-il pas des moments où notre esprit aurait envie de s'échapper ? En est-il autant pour le patient ? Que nous renvoie-t-il à ce moment ? Quel sens cela a-t-il pour lui ? Que dois-je faire de cet ennui ?

Dans ces situations, c'est la fonction apostolique<sup>71</sup> du soignant, en l'occurrence l'orthophoniste, qui est touchée. En effet, le patient ne « correspond » pas à l'image que nous avons de lui, que nous aimerions qu'il nous renvoie. Reconnaître notre désir et la réalité, faire la part des choses nous donne un recul permettant d'appréhender le sujet tel qu'il est, sans vouloir nécessairement le « changer ».

---

<sup>71</sup> Balint a défini cette notion, abordée dans la partie théorique

Le rôle de l'orthophoniste peut être mal perçu par son entourage, comme dans un précédent exemple mais aussi par le patient lui-même.

Ainsi, une orthophoniste a répondu avoir été énervée « deux fois : un patient agressif et un patient qui me prenait pour une « psy » et qui ne me laissait pas prendre ma place d'orthophoniste ». Il est vrai que le langage, et a fortiori ses troubles et la prise en charge orthophonique subissent l'action du psychisme. En 2002, Maëlle Béguin<sup>72</sup> a étudié « la difficulté à gérer la place du psychisme en gardant sa compétence professionnelle ». Elle a essayé de « distinguer ce qui pouvait servir de limites entre orthophonie et psychothérapie ».

Après avoir vu plusieurs situations conduisant à de l'énervement, voyons comment la déception peut lui faire suite.

### *c. De l'énervement à la déception*

Cette déception, ressentie par les professionnels du métier, a été évoquée à plusieurs reprises. Dans tous les cas, elle a été justifiée par un manque d'investissement familial et/ou personnel du patient, motif déjà invoqué à l'énervement.

En effet, ils ont été déçus car ont consacré de l'énergie à vouloir aider ce patient mais sans retour. L'investissement était à sens unique et comme nous l'avons dit, une prise en charge ne peut avancer sans la motivation du principal concerné c'est-à-dire le patient. Nous rebondissons sur des questions déjà évoquées : pourquoi n'est-il pas motivé ? Qu'est-ce que cela signifie ?

Parfois, le patient n'a pas de demande propre. Il adhère alors, ou non, à celle de son entourage, parents, adultes, instituteurs.

Dans d'autres situations, l'enfant a une demande mais qu'elle n'est pas entendue et respectée par son entourage. Si des parents n'investissent pas l'orthophonie, ni reconnaissent aucun bienfait, alors il sera compliqué pour l'enfant d'y trouver sa place.

Indépendamment de la déception, nous pouvons éprouver un sentiment de mal-être. Nous le définirons comme une grande sensation de gêne. Le professionnel se sent « dérouté », déstabilisé. Le mal-être est un malaise physique ou mental.

### *d. Le « mal-être »*

La question a été posée : « Avez-vous déjà ressenti un sentiment de mal-être ? Dans quelles circonstances ? »

---

<sup>72</sup> Béguin, M. (2002). *Orthophonie et psychothérapie : questions et limites dans la pratique libérale*, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

La variation des réponses témoigne bien de la subjectivité des questions.

« Certains patients me mettent mal à l'aise car ils me mettent face à mes faiblesses », par exemple avec « des personnes qui ont des troubles de la personnalité qui rendent difficiles la communication ».

L'orthophoniste se remet en question, il peut douter de ses capacités, de ses compétences : « Quand je n'ai pas les clés pour décrypter, comprendre, ce qui motive le comportement d'un patient », « On n'est pas à l'aise avec le patient soit car on ressent son manque de confiance soit la rééducation ne marche pas comme on l'avait prévu ».

Nous pouvons nous sentir démuni, ne pas savoir quoi faire, par où commencer, « Quand un patient faisait résonner en moi quelque chose de négatif ou de désagréable... ». L'expression « faire résonner » appelle quelque chose de l'ordre du transfert. On retrouve l'idée de déplacement, de dynamique, de mise en mouvement comme « en écho ».

C'est cette dynamique qu'il est nécessaire de questionner pour en connaître davantage sur la relation que nous développons avec le patient, pour apprendre à le connaître lui aussi, dans son histoire.

Un orthophoniste nous a fait part de sa réflexion à propos de ces moments de malaise : « Etre dérouteré ? Oui souvent, dans toutes les rééducations mais c'est normal, nous sommes des humains travaillant avec des humains, chacun a ses faiblesses et ses facilités, ses mauvais et ses bons moments , sa personnalité...pour moi être dérouteré n'est pas négatif ».

Ces malaises peuvent se manifester physiquement. Une orthophoniste rencontrée en stage a développé ce que l'on pourrait appeler des crises d'angoisse. A certains moments, face à des patients elle ne se sentait pas bien, son rythme cardiaque s'accélérait, elle avait des tremblements et pouvait se mettre à rougir en prenant la parole. Nous en avons beaucoup discuté et essayé de chercher des points communs à ces patients ou bien un élément déclencheur mais nous n'avons pas de réponses certaines.

Plus qu'un malaise, physique ou mental, je pense que l'on peut éprouver jusqu'à de la peur.

#### *e. Du malaise à la peur*

J'ai « vécu » cette peur en stage.

Au centre de rééducation fonctionnelle où j'effectue un stage, il y a un patient, d'environ mon âge, victime d'un accident de la route. Il se trouve aujourd'hui dans un état pauci-

relationnel<sup>73</sup>. Je ne l'ai vu qu'une seule fois. J'accompagnais une maître de stage. Il s'agissait principalement d'une prise de contact avec lui, de voir à quel « degré » une communication avec lui était possible. Je me souviens avoir été choquée. J'avais presque envie de pleurer. J'étais décontenancée, je ne savais que faire, que lui dire. J'avais peur. Peur de mal faire, peur de ne pas être à la hauteur. Peur de me retrouver dans la même situation aussi je crois. Cette compassion n'est pas souhaitable car elle ne fait pas « avancer les choses », elle les fige comme elle m'a « figée » sur place. D'un point de vue neuro-anatomique, je pense que les informations reçues, visuelles principalement, sont passées en moi par le « circuit long » de la peur défini par Ledoux et cité en première partie : je n'arrivais pas réfléchir, j'étais, d'un point de vue extérieur, passive face à cette rencontre. En moi, j'étais à l'inverse très « remuée ». J'ai eu peur mais lui, qu'a-t-il éprouvé ? Comment appréhendait-il mon regard ? Etait-il inquiet ?

Laurence Dreno, pédopsychiatre au CHU de Nantes, est intervenue l'an dernier lors des journées de formation continue de musicothérapie. Son discours portait sur la sidération du thérapeute. Elle disait, entre autres : « Le récit traumatique traumatise en retour celui qui l'écoute. [...] Le patient va percevoir notre sidération. [...] Il faut accepter que la douleur<sup>74</sup> soit projetée sur le thérapeute. C'est le seul moyen de l'aider ».

On m'a proposé de prendre en charge ce patient. J'ai toujours peur. La pauvreté de la communication<sup>75</sup> avec lui me déstabilise. Il me renvoie des « choses » désagréables, très difficiles à qualifier. L'évolution est si incertaine que la peur de l'échec est grande. Avec du recul, je reconnais que cela est dommage car il nous, et le, prive surtout d'une relation d'aide possible : relation tout d'abord, car à part avec sa famille et ses amis, les situations d'échange sont rares ; aide en suite car sans stimulation extérieure, les chances d'évolution sont réduites. Renoncer à le voir est comme une forme d' « abandon » à son égard et celui de sa famille.

Je remarque, avec l'équipe, comme une forme de tabou autour de cette peur, que je pense ne pas être la seule à éprouver. L'avouer c'est un peu comme avouer que l'on n'est pas compétent, c'est mettre à nu ses faiblesses. Cela témoignerait peut-être aussi du fait qu'on le « laisse de côté volontairement » car il nous renvoie des choses négatives ?

---

<sup>73</sup> En état végétatif chronique. Cependant, il est rare qu'une personne en état végétatif soit totalement arelationnelle. La plupart du temps, il existe un degré minimal de réponse volontaire à quelques stimulations, réponse fluctuante selon les moments de la journée : cette situation clinique est qualifiée d'« état pauci-relationnel » (EPR).

<sup>74</sup> De l'enfant

<sup>75</sup> Un « oui » avec fermeture des yeux et un « non » avec mouvement de la jambe a été instauré mais il reste incertain.

Cependant, je voudrais insister sur le fait que nous sommes des humains, faits de chair et de sang. Nous ne pouvons rester insensibles à certaines situations. Nous ne sommes pas des machines. Ce qui prime c'est ce que nous faisons de ces émotions et comment nous les gérons.

Je vais certainement être amenée à revoir cette personne en état pauci-relationnel. Si tel est le cas, j'ai décidé de lui faire part de mon malaise. Je suis persuadée qu'il le sent et le nier serait hypocrite. Lui renvoyer mon manque de confiance en moi de manière tacite, ne l'incitera pas à me faire confiance à son tour. Je mesurerais toute fois mes propos.

Cette liste d'émotions est loin d'être exhaustive. Comme je l'ai dit dans la partie théorique, il existe une quantité innombrable d'émotions secondaires, c'est-à-dire d'émotions primaires regroupées entre elles comme la honte, la fierté, la gratitude...qui auraient pu être citées.

Voyons maintenant comment ont réagit les professionnels dans des moments d'énervement ou de « flottement ».

#### **D. Comment réagir à des situations particulières**

Ce paragraphe s'appuie sur les témoignages recueillis. Nous ne portons aucun jugement quant aux manières de faire de ces orthophonistes.

Chacun réagit différemment à ce genre de situations, selon son tempérament, le contexte, le patient...

Je regrette de ne pas avoir demandé aux orthophonistes ce qui motivait leurs réponses.

##### ***a. Ne rien laisser paraître***

« Parfois [je suis] déroutée devant une personne en fin de vie mais jamais je ne le montre devant eux ».

« Je prends sur moi pour ne rien laisser paraître ».

« Lorsque je le peux, je ne laisse pas transparaître mes émotions. J'essaie de dire les choses posément car elles seront mieux entendues ».

« Face à des patients qui me poussent dans mes derniers retranchements : j'essaie de garder mon calme et de ne pas laisser transparaître ma difficulté ».

Ce maintien « intérieur » des émotions n'est-il pas difficile à vivre, comme une sorte d'oppression ? La « circulation émotionnelle » vers l' « extérieur » s'est faite dans un second temps ?

Une orthophoniste nous a signalé sortir de son bureau quand elle sentait l'énervement « monter » en elle, aller « souffler un bon coup » à l'extérieur et revenir, « comme si de rien n'était ».

### ***b. Verbaliser***

« A ce moment là je fais un travail de réflexion sur le sens pour ne pas manifester de négatif gratuit. Verbaliser certaines choses est parfois positif et fais avancer les choses ».

« Recadrage verbal. Il m'est arrivé de demander au patient de sortir car son attitude n'était pas correcte ».

« Réaction vive de ma part en cas de douleur (coups de pied, cahier dans la figure) avec verbalisation des choses la séance suivante. Autrement, réflexion pour trouver les bonnes paroles à dire ensuite ». La mise en mots de ce qui s'est passé à la séance d'après témoigne de l'importance des paramètres spatio-temporels dans la relation orthophoniste-patient.

« Je discute beaucoup avec les parents ou les éducateurs, le lien est indispensable pour les cas difficiles ».

« Face à la mère d'une patient qui se croit sans gêne. J'étais en rééducation de groupe (avec trois adolescents !!), elle a frappé au bureau et m'a « aboyé dessus » : je lui ai dit que ce n'était pas le moment, que je comprenais qu'elle vienne mais que je n'étais pas disponible et que je la rappellerai. Au téléphone je lui ai dit que je m'étais sentie agressée et j'ai tenté de lui faire comprendre que le monde ne tournait pas autour d'elle (très gentiment).

Face au frère d'un patient qui venait perturber les séances : je suis sortie de mon bureau et je suis allée dans la salle d'attente où il s'était réfugié en lui disant « en jouant avec la porte (il essayait d'ouvrir discrètement pour nous épier) tu ne respectes pas les efforts de ton frère, je n'ai plus envie de t'entendre derrière la porte. Je ne compte plus le redire.

Face à des patients qui ne s'investissent pas dans la rééducation (oubli de rendez-vous, travail non fait, ...) : je dis que je suis là pour les aider et que je ne suis pas là pour faire le travail à leur place et que s'ils ne respectent pas la prise en charge et bien je prendrai quelqu'un d'autre à leur place ».

Il s'agit là de mettre des mots sur une situation, une réaction, une émotion pour la comprendre, l'expliquer, y mettre un terme quand elle est néfaste au travail, qu'elle nuit au raisonnement.

### *c. Décentrer son attention*

« Ce sont des moments où j'investis un peu plus le travail, l'aspect technique ».

Il n'y a pas de bonnes façons de faire ou de conduite à dicter, trop de paramètres entrent en jeu pour établir une vérité générale. Sur le moment que l'orthophoniste « fait au mieux ».

Ils nous avouent ainsi : « Je peux être déstabilisée et ne pas avoir la réaction la plus adaptée (soit ne rien dire, soit trop, soit mal) », « Sur le moment, j'ai pu être assez vive face au patient quitte à le « brusquer ». Avec du recul, je me dis que j'aurais dû proposer une orientation vers un/une collègue ».

Il faut garder ce regard extérieur à la situation, ce recul pour mieux appréhender les situations, même à venir, en tirant leçons de ces expériences notamment. Cette mise à distance, que nous ré-aborderons ultérieurement, de l'orthophoniste sur ce qu'il éprouve lui permet de réfléchir au pourquoi de la situation, à son sens, à ce moment donné. Il est nécessaire de s'en extraire pour y « voir plus clair ».

La difficulté de mon sujet d'étude réside dans sa très grande subjectivité. Toutefois, j'ai essayé de mettre en avant quelques variables pouvant orienter les émotions éprouvées par l'orthophoniste en prise en charge.

## II. Des émotions différentes selon l'orthophoniste

Chaque orthophoniste est unique, différent des autres car caractérisé par sa personnalité, son histoire, son entourage relationnel, ses expériences professionnelles... Ces données propres influent sur son comportement, ses attitudes, ses façons de réaction, et ses choix notamment au travail.

Nous allons voir quels paramètres, peuvent influencer, et de quelle manière, ce qu'éprouve un orthophoniste en prise en charge « avec » ses patients. Notons l'emploi de « avec » et pas « en face de ». Pour moi, il s'agit là d'une relation d'alliance avant tout et non d'opposition.

J'ai essayé de distinguer au sein de chaque sous-partie suivante, trois points : mes expériences, le témoignage de professionnels et une brève analyse.

### A. Influence de son âge

#### a. *Expérience :*

Depuis le début de mon cursus au sein de l'école d'orthophonie, j'ai effectué de nombreux stages, avec des populations d'âge très variés : des enfants en bas âge, en maternelle, des personnes âgées, en maison de retraite, des adolescents, des adultes actifs...

Je me suis très vite rendu compte de ce que l'on peut « éprouver » avec « ses » patients. L'adjectif possessif « ses » que j'emploie est déjà signe d'investissement affectif je pense. Il n'est pas vide de sens. Je ressens un lien de proximité avec les gens que je suis en prise en charge ; j'ai un rôle à jouer vis-à-vis d'eux.

On éprouve même tout le temps. Cet affect qui nous imprègne peut bien sûr prendre des formes, des degrés différents.

Mon âge a été facteur de sentiments singuliers. Ainsi, avec les adolescents<sup>76</sup>, j'étais mal à l'aise, et ce, dès le premier du stage. Après réflexion, je pense que déjà, avant même de le commencer, j'appréhendais d'avoir affaire à des jeunes gens, avec qui la différence d'âge était mince. Cette « crainte » a diminué mais est toujours présente, il me semble.

Effectivement, nous avons à peine quelques années d'écart. Trouver sa place ou plutôt l'investir de manière juste n'est pas chose facile. Il faut à la fois prendre ses marques, établir un cadre de prise en charge incluant respect l'un envers l'autre, et écoute, notamment de ce que je peux apporter à ce jeune adolescent en face de moi et initier une relation de confiance qui passe davantage ici sur un mode de proximité, avec l'humour, une attitude plus décontractée afin de ne

---

<sup>76</sup> Stage de 4e année au lycée des Bourdonnières, à Nantes

pas être perçue comme les professeurs ou les parents, de ne pas être un représentant de plus de l'autorité, ayant un rôle plus ou moins éducatif. Nous avons bien des objectifs à atteindre mais cela n'est possible que si l'on travaille ensemble. Pour cela, il nous faut « gagner » la sympathie de nos patients et d'autant plus, je pense, avec des adolescents.

En effet, l'adolescence reste une période clé dans l'existence d'un individu. Il s'agit là pour lui de quitter le monde des enfants pour entrer dans celui des adultes. A cet âge, on lui demande à la fois de commencer à s'affirmer, de prendre quelques responsabilités mais parallèlement, il n'a pas encore toute liberté et reste à la charge de ses parents. Cette situation d'ambiguïté donne souvent naissance à des conflits, des prises d'opposition. Pour éviter cela en prise en charge, il faut, à mon avis, « faire union » avec l'adolescent, essayer de s'appuyer sur ses goûts comme support à la rééducation. Bien sûr, cela est valable avec toute population et dans toute prise en charge mais davantage ici où les jeunes sont, parfois, « irritables » et peuvent facilement nous mettre à dos.

De plus, avec les adolescents, mais là encore, comme avec d'autres patients, la communication peut varier c'est-à-dire que parfois on va obtenir réponses à nos questions sur leur vie personnelle par exemple et puis parfois, non. Entendre cela et passer à un autre sujet sans en demander plus est l'attitude la plus respectueuse à adopter, il me semble.

Au lycée des Bourdonnières, j'ai commencé à prendre quelques jeunes <sup>77</sup> en prise en charge. Il est surprenant de voir comment les séances prennent des tournures différentes selon le jeune, son niveau de maturité, sa classe d'âge... Parfois, les adolescents m'ont demandé quels étaient mes ambitions, mes projets professionnels... Je me suis interrogée : jusqu'où puis-je répondre, quels éléments de ma vie privée ai-je le droit d'amener là sans basculer dans une relation de « jeune à jeune », une relation de type amical ? Relation qui nous ferait sortir du cadre professionnel dans lequel nous nous côtoyons ... Il n'est pas évident de trouver le juste milieu. A ce moment-là, je ne conçois pas de lui dire que cela ne le regarde pas, je ne veux pas paraître distante et couper le lien que nous créons, que j'essaie de créer. Situation paradoxale puisque je ne suis pas là pour devenir son amie non plus. A l'heure actuelle, j'essaie de trouver tant bien que mal comment jouer sur les deux tableaux ou plutôt comment être une « jeune orthophoniste sympathique ». Expression qui traduit bien le versant professionnel qui nous lie, tout comme la proximité d'âge et à la fois le fait que nous sommes dans l'humain et que j'ai besoin de la « validation » du patient quant à mon travail. Cette validation passe par une validation de ma

---

<sup>77</sup> Toujours sous la responsabilité de ma maître de stage, c'est-à-dire avec son recul et ses conseils vis-à-vis de ma préparation de séance ainsi que sur ce qu'il s'y est passé ensuite.

personne. Je ne dis pas que ce sentiment soit le meilleur ou bien très constructif mais c'est actuellement celui qui m'habite.

Balint nomme ce type de relation médecin-malade, jugée fréquente, « séduction mutuelle ».

Un autre cas de figure que j'ai rencontré met en œuvre un adolescent qui lui, par contre, essaye de tester les limites que je pose. Il cherche jusqu'où il peut se permettre de dire certaines choses, comme des mots vulgaires, ou faire certains actes. Un jour par exemple, il a voulu lire et répondre à des messages reçus sur son téléphone portable pendant la séance. J'ai refusé cela, mais il a insisté, me défiant du regard. A ce moment, là, je n'étais pas à l'aise dans mon rôle d'autorité. L'asymétrie de notre relation devenait alors prégnante. ?

En effet, l'orthophoniste fixe le cadre. Celui-ci se veut sécurisant. Cela suppose des limites comme celles citées précédemment. Cependant, bien que nécessaire, l'affirmer et le dire ne sont pas évidents. Avec des patients plus âgés, je pense que cela est plus implicite.

Je me suis permise un jour de demander à un jeune homme de vingt-et-un ans, suivi en rééducation fonctionnelle suite à un polytraumatisme sévère, si notre proximité d'âge lui posait ou avait posé question. Il m'a immédiatement répondu que non, il préférerait avoir un entourage paramédical jeune car d'après lui, plus compréhensif de ses choix de vie, de ses projets, et avec plus de sujets de conversation en commun. Ce qui, évidemment, pourrait être différent si plusieurs générations les séparaient. Il m'a aussi assuré que bien qu'étant jeune et par conséquent, avec très peu d'expérience, il ne remettait pas en cause ma crédibilité professionnelle et ne demandait pas « à voir mes diplômes ». Je crois, là encore, que la relation que nous avons établie a un impact sur ces remarques. Peut-être penserait-il différemment si je n'avais pas essayé d'établir un lien...

La « crédibilité » de l'orthophoniste, les doutes que l'on peut supposer exister chez le patient face à notre carrière débutante ont été abordés par une orthophoniste lors d'un entretien téléphonique. Voici ce qu'elle m'en raconte.

### ***b. Témoignages :***

Au début de sa carrière, elle portait une attention toute particulière à ses tenues vestimentaires. En effet, lorsque l'on est jeune, nos hypothèses sur le trouble du patient et propositions d'axes de prise en charge peuvent avoir moins de poids aux yeux de l'entourage familial et du patient lui-même que ceux énoncés par des orthophonistes plus âgés. Cela signifie la présence de l'idée « plus âgé donc plus expérimenté ». Idée préconçue fautive puisque jeune orthophoniste ne signifie pas « moins bonne orthophoniste » pour autant. Il en découle

évidemment qu'avec l'expérience, le savoir et la réflexion murissent mais ceux-ci sont présents initialement aussi. A l'inverse, une orthophoniste expérimentée peut ne pas être très performante si elle ne prend jamais de recul sur sa pratique, ni ne se remet en cause.

Ainsi, dans le but d'asseoir au maximum ses compétences auprès de la famille, l'orthophoniste en question veillait à ne jamais porter de jean ou de chaussures décontractées pour rencontrer les familles. Elle m'a précisé quant à elle ne pas juger les gens sur leur tenue mais seulement considérer qu'eux pouvaient le faire.

Une autre orthophoniste m'a écrit avoir eu besoin de « recadrer<sup>78</sup> » un patient qui avait adopté une attitude un peu trop familière en séance. Elle renvoie cela à son jeune âge, sa « propre attitude et son envie d'instaurer un climat de « bien-être » ». Ceci a pu être exagéré par l'envie de bien faire « surtout quand on passe après des orthophonistes expérimentées ». Une sorte de stress avait pris forme, l'envie d'être à la hauteur et la peur de ne pas y arriver. Une relation un peu trop amicale s'est mise en place, ayant conduit à un léger débordement de la part du patient.

### *c. Analyse :*

L'âge en tant que tel n'a en réalité pas d'influence immédiate sur notre pratique. Ce sont plutôt les idées qu'on lui associe ; que ce soit l'envie de paraître jeune et sympathique ou bien celle d'avoir un maximum de crédibilité qui influent sur notre manière d'être avec les patients, les familles et donc indirectement sur notre façon d'agir.

Les idées préconçues sur l'âge comme celle de la maturité de notre réflexion, de nos choix d'action, l'humour et le climat plus léger que l'on veut apporter en séance sont parfois à l'origine de sensations de stress ou de mal-être dans la difficulté à trouver une position professionnelle confortable face au patient.

## **B. Influence de son histoire, passée et présente**

Il me paraît là comme une évidence que nous réagissons tous différemment selon notre vécu personnel, selon nos connaissances face à une pathologie, qu'on l'ait déjà rencontrée ou non, face à un patient en particulier, un mode de prise en charge, l'histoire d'un patient... C'est notre expérience personnelle et professionnelle face à ce genre de situations déjà rencontrées ou bien qui font écho en nous à d'autres événements qui vont déterminer nos réactions, notre mode d'entrer en relation avec un patient autre. Je fais là référence aux phénomènes de transfert, contre-transfert, projection et identification projective décrits dans la partie précédente.

---

<sup>78</sup> Nous reviendrons sur cette notion de cadre en dernière partie de mémoire

La structure familiale et sociale de l'orthophoniste lui confère un équilibre émotionnel lui permettant d'« assurer » professionnellement. J'entends par là, qu'à mon avis, si dans sa vie privée pour quelle que raison que se soit, l'orthophoniste rencontre des difficultés, cela peut influencer ses émotions en prise en charge. C'est là l'hypothèse que je fais : nos émotions influencent notre raisonnement, notre comportement. En étant à leur écoute, on appréhende la relation avec l'autre d'une manière différente. Les incidences sur notre pratique professionnelle et la prise en charge peuvent être favorables ou non. Réciproquement, notre vie professionnelle peut influencer notre vie privée.

Ces éléments m'ont conduite à me poser plusieurs questions: jusqu'où peut-on s'étendre sur sa vie privée en séance avec un patient ? Cela ne conduit-il pas à des situations de partage d'émotions ? Comment gérer la frontière entre ce qui se dit pour les « bienfaits » de la relation, pour la « nourrir » et ce qui ne répond plus du domaine de l'orthophoniste ? Peut-on construire une relation sans s'y investir ?

#### *a. Expérience :*

En séance avec une patiente, je me suis sentie déstabilisée suite à une question de sa part<sup>79</sup> : toutes les semaines, je débute la séance en lui demandant comment elle va. Nous avons pris pour habitude, si l'on peut dire, qu'elle me fasse le récit de ses week-ends avec sa fille ou son compagnon.

Ce jour-là, je lui demande comment elle a occupé son temps libre ces derniers jours. Ces questions font partie de l'aspect relationnel de la rencontre humaine et du travail orthophonique en tant que tel. Elles nous peuvent nous permettre d'observer l'organisation du discours du patient, la cohérence de ses idées... Cette patiente me répond donc puis me pose pour la première fois la question en retour : « Et vous ? ». Durant quelques instants, je n'ai su que répondre, je me suis interrogée alors sur ce que je pouvais livrer de moi, de ma vie privée, qui ne l'est d'ailleurs que parce que je le décide. Je me permets de lui poser des questions, pourquoi ne pourrait-elle en faire autant ? Qu'est-ce qui nous différencie ? Qu'est-ce qui m'autorise ou non à me raconter ? La réponse c'est notre rapport professionnel, humain certes, mais professionnel avant tout. Ce qui caractérise cette relation c'est son aspect asymétrique, c'est une relation d'aide.

Cette femme est une patiente et non une amie. Je dois donc garder une certaine retenue dans mes propos. La limite de ce que je peux ou non lui dire, c'est à moi de la fixer ensuite : c'est à moi de juger ce que je juge utile ou non à notre relation, ce qui dans mes propos pourrait me

---

<sup>79</sup> Tout comme précédemment, avec les interrogations des adolescents au sujet de mes loisirs...

nuire. Il faut estimer ce que le patient est en mesure d'entendre et ce qu'il peut ou non « faire » de ces informations personnelles.

De mon point de vue, il me paraît légitime de répondre à quelques questions, de « partager » afin d'avoir une relation « vraie ». Aujourd'hui, je fixerais quant à moi la limite à la sphère familiale. Je peux parler de mes goûts, mes activités, mon travail...mais je ne souhaite pas aborder ce qui touche à ma fratrie.

En discutant avec d'autres orthophonistes, nous avons vu que la frontière entre ce que l'on s'autorise ou non à dire aux patients varie là encore très largement en fonction de chacun.

### ***b. Témoignages :***

Ainsi, il est des professionnels, comme celle que nous avons rencontrée, qui parlent volontiers de leurs enfants, leur mari, leurs activités du week-end avec des patients adultes, voire âgés, suivis en centre, mais qui se refuse à parler de leurs enfants en libéral avec les parents de leurs patients, souvent de jeunes enfants. Elle considère là que dans le premier cas, il s'agit de partager une discussion, élément faisant partie intégrante de la relation qui s'est mise en place au fil de la prise en charge alors que dans le deuxième cas de figure, elle trouve déplacé de parler de ses enfants, qui vont bien, à des parents qui viennent la voir parce que leurs enfants diffèrent de la « norme ». Cela « pourrait créer un malaise dans leur relation ».

A l'inverse, une orthophoniste, ancienne maître de stage, a quant à elle des photos de ses enfants sur son bureau, en tant que fond d'écran d'ordinateur...et en parle très régulièrement. Elle attribue cela au fait que les parents de ses patients l'ont vue tout au long de sa grossesse. Il est donc « normal » pour elle de continuer à en discuter. Elle « s'impose malgré tout de ne pas parler de son mari ».

### ***c. Analyse :***

« Les questions embarrassantes sont posées, par définition, d'une manière inattendue, inadaptée, sans ménagement. Elles peuvent concerner aussi bien le diagnostic, le pronostic<sup>80</sup>, une statistique peu encourageante, la persistance de séquelles [...]. Il n'y a aucune raison d'esquiver de telles questions, si ce n'est l'intolérance de tout climat de gêne ou la crainte d'être maladroit et de se montrer blessant »<sup>81</sup>. Je fais là référence à la question de l'exhaustivité de l'information aux patients.

---

<sup>80</sup> Dans les cas de sclérose latérale amyotrophique, par exemple

<sup>81</sup> Grimaldi, A., Cosserrat, J. (2004). *La relation médecin-malade*, Paris, Elsevier, p32.

« Les patients pressentent bien l’embarras qu’ils risquent de causer chez le médecin par certaines de leurs questions, et cette intuition est une des raisons de leur discrétion habituelle, destinée à protéger leur interlocuteur.

Les questions embarrassantes sont aussi, pour les patients, une façon de tester l’humanité de leur médecin, [...], de vérifier qu’il est capable d’entendre et de supporter ce que le patient vit de plus intime et de plus douloureux, et de réagir malgré tout à une telle souffrance par une attitude compréhensive et un message d’espoir »<sup>82</sup>.

En parallèle, il y a aussi les questions plus personnelles posées par le patient, concernant personnellement le médecin ou l’orthophoniste, par exemple, qui le prend en charge. Se pose la question de la séparation, entre nous et le patient.

Nous avons vu ici qu’il n’existe pas de réelles bonnes réponses sur ce que l’on peut s’accorder à dire sur nous en séance. A chacun de se « déplacer sur le terrain » où il est le plus à l’aise, d’en fixer les limites voire de les replacer dans le contexte, au besoin, si un patient se veut trop curieux par exemple.

Nous nous accorderons toutefois pour affirmer qu’il faut cependant maîtriser ses dires, ne pas se laisser dépasser par eux. A l’image de ces deux orthophonistes qui ont en commun d’assurer ne pas « divulguer » d’informations personnelles à des personnes qui pourraient leur être nuisibles par la suite, de manière volontaire ou non<sup>83</sup>.

De même, notre vie privée ne doit affecter le patient d’aucune manière que ce soit. Il ne doit pas perdre de vue notre rôle professionnel vis-à-vis de lui et trop nous investir affectivement notamment. Le travail qu’il fait en séance, les efforts qu’il fournit ce doit être pour lui avant tout et non pour nous faire plaisir.

André Grimaldi et Julie Cosserat<sup>84</sup> soulèvent le point suivant : « Il est loin d’être évident que l’utilisation, par certains médecins, [on peut élargir aux orthophonistes] d’allusions à leur vie personnelle face à certains de leurs patients (« moi aussi, ou telle personne de ma famille aussi, avons eu votre même maladie, ... » ait réellement des effets rassurants. D’une part, les patients n’aiment pas trop imaginer leurs médecins malades ou fragiles ; d’autre part, pour excitante qu’elle soit, l’idée de pénétrer ainsi dans la vie intime de leurs médecins peut gêner des patients qui attendent d’un praticien des qualités professionnelles et de la rigueur, et pas spécialement de l’amitié ou des confidences ».

---

<sup>82</sup> Grimaldi, A., Cosserat, J. (2004). *La relation médecin-malade*, Paris, Elsevier, p32.

<sup>83</sup> Dans les syndromes dysexécutifs, il y a absence d’inhibition : le patient pourrait émettre un jugement, sur notre vie privée, et l’exprimer ou bien pourrait répéter l’information.

<sup>84</sup> Grimaldi, A., Cosserat, J. (2004). *La relation médecin-malade*, Paris, Elsevier, p31.

Il nous paraît toutefois important de souligner là le fait que « le travail d'orthophoniste est un travail « thérapeutique » qui prend appui sur notre propre histoire et nous y renvoie régulièrement »<sup>85</sup>.

En effet, un patient, une prise en charge peut nous renvoyer à un événement, une situation, une relation de notre passé. Ces situations d'échange suscitent des émotions en nous, sur le moment ou en différé, plus ou moins définissables, conscientes ou inconscientes. Il nous semble utile alors d'être « au clair » avec soi-même, de savoir réellement qui l'on est, d'où l'on vient. Pour une orthophoniste, maître de stage de l'an passé, c'est là l'un des « piliers essentiels » pour pouvoir exercer notre profession.

En étant stable et équilibré psychiquement, nous sommes plus aptes à accueillir la parole de l'autre, parfois sa souffrance, et y répondre. Ce qui prime ce n'est pas le transfert mais ce que l'on en fait. Nous en revenons là à ce que disait Balint : nous devons nous servir de nos émotions comme d'indices révélateurs de ce qui se joue, en être à l'écoute. Il faut être conscient de ce que nous éprouvons. Cela n'est pas anodin, au contraire. Les émotions sont porteuses de sens. Ainsi, en se connaissant soi-même, on peut, en partie, mieux comprendre pourquoi l'on éprouve telle ou telle émotion avec un patient. Être conscient de celles-ci permet également de prendre du recul, de maintenir un regard critique sur sa pratique professionnelle.

Au vu des réponses au questionnaire envoyé, très peu d'orthophonistes disent avoir aujourd'hui fait un travail d'analyse personnelle mais un plus grand nombre l'envisage. Cette différence s'explique peut-être par le fait qu'entamer une démarche de ce genre auprès d'un professionnel de santé n'est pas chose aisée car c'est aussi aller aux devants d'événements de notre vie parfois douloureux. Cette récurrence de réponses, envisageant un travail d'analyse personnelle, sous-tend également l'idée qu'une introspection est jugée enrichissante par les orthophonistes pour leur pratique professionnelle notamment.

A ce sujet, Freud dit d'ailleurs dans son *Analyse terminable et interminable*, de 1937 : « Cela seul ne suffirait pas à instruire, mais on escompte que les incitations contenues dans l'analyse personnelle ne prendront pas fin avec l'arrêt de celle-ci, que les processus de remaniement du moi se poursuivront spontanément chez l'analysé et qu'ils utiliseront toutes les expériences ultérieures dans le sens nouvellement acquis. C'est en effet ce qui se produit et, dans la mesure où cela se produit, cela rend l'analysé propre à devenir analyste. »

---

<sup>85</sup> Réponse écrite au questionnaire.

Il insiste là sur le fait que le travail sur soi commence en analyse mais ne s'arrête pas à la fin de celle-ci. C'est un travail de tous les instants, une dynamique quotidienne qui enrichit la pratique du professionnel.

Françoise Martineau<sup>86</sup>, écrit à propos de la nécessité d'un travail sur soi : « Une telle perspective dans laquelle l'orthophoniste tend à s'effacer au cours de l'entretien pour laisser la place à la parole des consultants, est relativement exigeante. Elle implique une certaine vigilance du professionnel vis-à-vis de lui-même et de ses attitudes dans l'échange ».

Elle suppose un « ... travail hors séance, c'est-à-dire l'obligation de s'interroger sur les réactions personnelles que l'on a eues pendant la séance... »<sup>87</sup>.

Certaines de nos réactions ne seraient-elles pas aussi parfois des moyens de défense parce que l'on s'est senti « touché » d'une manière ou d'une autre par la situation ?

Lorsque la « sécurité interne<sup>88</sup> » de l'orthophoniste est ainsi menacée, il réagit en tant que personne qu'il est à l'extérieur du cabinet et par ce fait quitte sa place de professionnel.

Il s'agit alors d'essayer de repérer « dans quelle situation on est pris en écho à notre propre situation personnelle du moment »<sup>89</sup>. En prenant ce recul on peut sortir « du registre de la réalité et [...] retrouver sa place... »<sup>90</sup>.

« Nous sommes bien souvent aveugles sur ces réactions personnelles, alors qu'elles sont tout à fait perçues par les consultants »<sup>91</sup>.

Tout cela nous ramène à dire que notre histoire est omniprésente et colore notre vie professionnelle.

### **C. Influence de sa demande de reconnaissance**

Tout thérapeute, dont l'orthophoniste, a des attentes particulières vis-à-vis de sa pratique. Le terme de « demande » a ici été préféré à « besoin » car la demande<sup>92</sup> n'est pas toujours satisfaite alors que le besoin nécessite satisfaction dans la réalité.

---

<sup>86</sup> Martineau, F. (1996). *De la relation d'aide, définie au cours du bilan entre l'orthophoniste et les consultants*, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

<sup>87</sup> De la Monneraye, Y. (1991). *La parole rééducative*, Privat, p57.

<sup>88</sup> Rogers, C. (1968). *Le développement de la personne*, Dunod, p83.

<sup>89</sup> De la Monneraye, Y. (1991). *La parole rééducative*, Privat, p57.

<sup>90</sup> De la Monneraye, Y. (1991). *La parole rééducative*, Privat, p98.

<sup>91</sup> Martineau, F. (1996). *De la relation d'aide, définie au cours du bilan entre l'orthophoniste et les consultants*, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

<sup>92</sup> En psychanalyse

La reconnaissance, c'est l'action de reconnaître comme vrai, comme légitime, comme sien. C'est un sentiment qui incite à se considérer comme redevable envers la personne de qui on a reçu un bienfait ; une gratitude<sup>93</sup>.

Tout Homme a une demande de reconnaissance envers autrui. Cette reconnaissance renforce notre narcissisme, sur un point personnel et/ou professionnel. Laplanche et Pontalis<sup>94</sup> définissent le narcissisme, en référence au mythe de Narcisse, comme l'amour porté à l'image de soi-même. Le narcissisme se doit d'être présent pour assurer la construction de l'individu, son développement. Il se veut être modéré c'est-à-dire ni trop insuffisant, ce qui s'exprime par un manque de confiance en soi, des doutes...qui freinent la personne dans ses prises d'initiatives, ses activités... ; ni trop important car cela peut faire oublier à l'individu son entourage, lui faire perdre le sens des réalités et des valeurs.

Ces demandes de reconnaissance peuvent très largement différées d'une personne à l'autre, d'un orthophoniste à un autre. De plus, elles sont, à mon avis, rarement clairement formulées par chacun d'entre nous. J'irai même jusqu'à dire qu'elles sont parfois inconscientes. Qu'attend-on de notre travail, de nos patients, des prises en charge ? Quelles formes prend la reconnaissance à nos yeux ?

#### *a. Expérience :*

Etant encore étudiante, je doute encore de mes capacités à être une bonne orthophoniste, de mes hypothèses diagnostiques, de la qualité de ce que je présente en prise en charge, de ma « ligne de conduite »... Ma demande se situe au niveau de la validation verbale de mon travail. J'aspire à ce que l'on me dise que ce que je fais est bien. Cela me rassure, me donne davantage confiance en moi je pense. Ce sont là des situations en chaîne puisqu'à mon avis, mon travail n'en est que meilleur si j'y crois.

J'attends aussi des progrès chez les patients, comme sorte de « validation » de mon travail.

Or, il est nécessaire de se détacher de ce point car les progrès ne sont pas toujours quantifiables et pourtant présents. Parfois, ils sont là où on ne les attend pas. Il existe des prises en charge, en pédopsychiatrie notamment, où les améliorations ne sont pas « visibles » immédiatement. Plusieurs mois, voire plus, peuvent s'écouler avant de pouvoir les objectiver. A ce moment là, il faut d'autant plus être convaincu de la nécessité de notre travail et du rôle que l'on joue vis-à-vis du patient et de sa famille. Aujourd'hui avec le peu d'expérience que j'ai, je pense que le doute s'instaurerait rapidement.

---

<sup>93</sup> Larousse de poche (1996), p556.

<sup>94</sup> Laplanche, J., Pontalis, J-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*, 5e édition.

Toutefois, les améliorations peuvent aussi ne jamais venir. Il faut savoir le reconnaître, se remettre en question quand c'est nécessaire. Parallèlement, nous ne sommes pas les seuls « responsables » de cette évolution des patients.

En dernier lieu, j'aspire à entretenir de bonnes relations avec les patients, qu'il m'apprecie, au sein de ce cadre professionnel. De bonnes relations et un climat détendu sont en faveur d'une prise en charge bénéfique au patient.

Ces demandes de reconnaissance sont très subjectives.

#### ***b. Témoignages :***

##### ▪ Des cadeaux en signe de reconnaissance

Tout d'abord, certaines disent se sentir reconnues quand on leur offre des cadeaux, des boîtes de chocolat... ; qu'on leur apporte des lettres, des dessins, des fleurs ; qu'on leur envoie des cartes postales... C'est une réponse très redondante du questionnaire.

Elles justifient ce sentiment par le fait que le métier d'orthophoniste ne connaît pas de système d'évaluation professionnelle extérieure. Ces petits présents sont donc considérés comme un mode d'appréciation du travail, jugé comme positif.

De plus, ils témoignent d'une affection particulière envers l'orthophoniste. Ils symbolisent la relation qui lie le patient et sa famille au professionnel. Cela fait toujours plaisir d'avoir un « retour » sur ce qu'éprouvent les patients, la manière dont ils considèrent leur prise en charge, dont ils nous considèrent nous. Toutefois, chacun a son interprétation des cadeaux, y attribue une valeur particulière.

Certaines disent : « ne pas spécialement ressentir de besoin de reconnaissance. Mais on est souvent reconnues par les parents des enfants avec des phrases du style : « Rhalala Il veut venir tous les jours chez vous » ou « Il parle beaucoup mieux depuis qu'il va en orthophonie » Ce sont des petites phrases qui font du bien et qui motivent ».

« Le remerciement de parents, même à distance, avec l'apport du regard des autres, fait plaisir ».

##### ▪ Les progrès du patient en signe de reconnaissance

La demande de certains orthophonistes se situe justement à ce niveau : aux progrès du patient : « C'est gratifiant de voir qu'un patient va mieux de semaine en semaine et que ses parents sont moins inquiets. [...] C'est terriblement frustrant de penser pouvoir aider un patient qui résiste à l'aide apportée... »

[Ressentez-vous comme un besoin de reconnaissance ?] « Oui énormément ! La motivation vient quand on voit le patient évoluer sinon la relation peut se dégrader. On peut se tromper mais il faut l'expliquer et rectifier le tir. Quand on voit que ça marche, ça donne des ailes ! ».

Les résultats s'objectivent aussi par une augmentation des notes de l'enfant ou « par un passage [...] dans les classes supérieures ».

Je reviens là sur un point abordé un peu plus haut : il est des pathologies, des prises en charge où les progrès du patient ne sont pas observables avant plus plusieurs semaines voire plusieurs mois. Il faut tout de même rester motivés, y croire et ne pas se décourager. Notre « ressenti » influence celui du patient. En effet, si nous ne mettons que peu d'espoir dans la rééducation, il ne l'investira pas complètement. Nous sommes là pour ans l'encourager dans ses efforts et l'y accompagner.

- La reconnaissance par le salaire et les conditions de travail

Pour d'autres la reconnaissance se situe ailleurs : « Même si je n'attends pas de reconnaissance au départ : le patient ne me doit rien, je lui dois quelque chose et la « reconnaissance » se fait au travers du paiement. J'effectue un travail. Mais il est cependant certain que lorsqu'un patient nous dit sa reconnaissance par un cadeau, une remarque gentille, des remerciements, un courrier, il est évident que cela fait plaisir (c'est aussi le cas quand un patient s'adresse à nous parce qu'il nous a été conseillé par une connaissance, professionnelle ou non) et renforce le narcissisme. Mais il faut savoir faire sans car cela fait partie du travail. Par contre, j'aime à ce que les autres professionnels et les institutions « reconnaissent » ce que nous faisons et le prouvent (tarifs, temps de travail et conditions de travail !) ce qui n'est pas gagné !... ».

Ils affirment encore : « Pas besoin de reconnaissance. Je suis payé pour ce que je fais, les gens reviennent me voir et j'aime ce travail. ».

- La reconnaissance des institutions et des autres professionnels

Pour continuer en ce sens d'une meilleure reconnaissance de l'orthophonie, voici les citations de deux orthophonistes : « Largement, dans ma manière d'être, je ressens un grand besoin de reconnaissance et il est clair que cela transparait professionnellement ! J'aime sentir que mon travail sert à quelque chose et que les autres (professionnels, parents, collègues) s'en rendent compte et n'en doutent pas ! ».

De grosses tensions existent parfois au sein de centres rééducatifs quand le personnel médical et paramédical n'a pas l'impression d'être écouté, que les situations se dégradent au profit

d'une rentabilité économique. La suppression de postes, du temps de travail, les budgets limités symbolisent ces changements de conditions de travail. Cela peut conduire à des tensions, des clivages au sein des équipes professionnelles. Ce climat professionnel négatif peut agir sur le moral et la motivation des professionnels, dont les orthophonistes font partie. Or il est important de se sentir bien sur son lieu de travail, où l'on passe tout de même une bonne partie de son temps. Une baisse du moral tout comme de la motivation a des conséquences relativement néfastes sur le travail de prise en charge. Il est donc important de se sentir reconnu sur son lieu de travail.

- La reconnaissance de la dimension psychique et relationnelle de notre travail

On rencontre aussi des orthophonistes pour lesquels la reconnaissance passe par une meilleure prise en considération de la dimension psychique et relationnelle de notre métier : « On nous voit souvent comme des « techniciens » sans mesurer la dimension relationnelle avec le patient. Cet aspect n'est pas reconnu et nous (je) manquons d'outils pour le gérer : pas de formations proposées, arrêt des groupes de réflexion... ».

Il y a « encore trop de fantasmes autour de ce métier. La part du travail « psychique » est peu considérée. Trop souvent l'aspect « rééducation » ou « médical » est reconnu, en dehors de toute conscience que ce travail ne donne aucun résultat sans l'investissement psychique et relationnel des deux parties ».

Malgré un tronc commun, en France, les écoles d'orthophonie ont chacune un programme spécifique, mettant plus ou moins l'accent sur certaines pathologies ou modes de prise en charge. A Nantes, l'enseignement en psychologie est plus important qu'ailleurs. A l'inverse, d'autres écoles ont un programme beaucoup plus technique. Cette différence contribue à la pluralité des approches orthophoniques.

De plus, il persiste un manque d'informations autour de notre métier : n'est souvent présenté que l'aspect technique, rééducatif, mise à part peut-être dans les institutions de type centres médico-psychologiques... Ces demandes de reconnaissance de l'orthophonie sont sûrement dues au fait que la profession est encore jeune<sup>95</sup>. Les autres professionnels et le public connaissent mal toutes les facettes de notre métier, et notamment l'aspect relationnel prépondérant.

- « Attendre » de moins en moins

Au fil du temps, d'autres professionnelles estiment attendre de moins en moins, avoir dépassé cela, cette demande de reconnaissance.

---

<sup>95</sup> Premier diplôme délivré en 1964.

Ainsi, Mme BS. a répondu : « Attendre de moins en moins de chose avec l'expérience ». Elle se dit touchée quand elle s'investit beaucoup dans une prise en charge et qu'il n'y a pas d'efforts de la famille. Elle éprouve alors le sentiment d'avoir juste servi. A ce moment là, où l'on peut remettre nos compétences en questions et se remettre personnellement en cause, il faut faire une différenciation entre l'orthophoniste que nous sommes et notre personne. ». C'est-à-dire ne pas prendre pour soi ce détachement de certains patients ou bien de leur entourage social et familial ; leur comportement.

Ces moments de déception ont été décrits à plusieurs reprises dans le questionnaire. Il en est de même pour ce sentiment d'avoir été « utilisé ». Ce qui est à noter ici c'est bien que la prise en charge est avant tout basée sur la motivation du patient et sur l'investissement qu'il porte à la prise en charge. Il en est de même pour son entourage proche. Prenons l'exemple d'un enfant, si sa famille ne porte aucun intérêt à notre travail, peu de résultats sont à espérer. Comme nous l'avons vu précédemment, l'orthophonie est un travail relationnel ce qui sous-entend un « travail ensemble ».

Pour compléter ce point, je citerai Mme BB. qui annonce que « d'un point de vue narcissique, il est toujours agréable d'être reconnu en tant que professionnel, de la part de ses pairs mais aussi des familles. Mais il faut dépasser cela et ne pas attendre cette reconnaissance comme un but en soi. D'abord parce qu'on est avant tout au service des patients, notre souci doit être de leur apporter notre soutien et notre aide en tant que professionnel. Et puis aussi parce qu'on doit rester très humble : on n'apporte pas de « solution miracle », on a parfois l'impression de ne pas être très utile, mais l'important est d'être là aux côtés des enfants et de leurs familles ».

### *c. Analyse :*

En résumé, nous pouvons bien dire là que les demandes de reconnaissance des orthophonistes sont multiples. L'intérêt porté par chacun est différent. Je pense que le mode de travail (en libéral ou en centre) ainsi que les institutions (privée ou publique) tout comme le champ d'action (suivant les pathologies) influencent ces réponses.

Cependant, en fonction de chaque demande, et si on y répond ou non, l'orthophoniste peut ressentir, vivre les événements différemment. Il peut éprouver du bonheur, de la joie, de la gratification, de la déception, de la colère même parfois, de l'indifférence...

Cet « état d'âme » peut influencer sur la personne en tant que telle et sur son travail. Il est important de bien faire la part des choses : « Notre profession est très riche émotionnellement mais je la vis bien mieux depuis que je ne mise pas « toute ma vie » dessus...c'est parfois tentant ».

Prendre du recul est une nécessité sur laquelle nous reviendrons largement plus tard : « Je prends plus de distance aujourd'hui [qu'en début d'activité] ».

Chaque demande de la part des professionnels est à prendre en considération et appelle à la discussion. Est-ce que l'on donne pour, inconsciemment, recevoir l'amour de l'autre en retour ? C'est dans cet acte thérapeutique qu'il y a de l'affect, de l'inconscient. La reconnaissance est un amour psychologique et non affectif.

Dans cette première partie, ont été développés les émotions éprouvées par les orthophonistes et divers paramètres pouvant les influencer.

L'âge de l'orthophoniste et ses influences quant aux représentations qu'ont les patients et leur entourage de notre expérience professionnelle ont, tout d'abord, été évoqués ainsi que les difficultés que nous pouvons rencontrer concernant notre différence d'âge avec les patients.

L'histoire, de la vie passée et présente de l'orthophoniste dans sa relation au patient a été abordée, en référence à certains concepts psychanalytiques. Nous avons également soulevé la question de savoir ce que l'on pouvait s'accorder à dire ou non de nous à nos patients.

Enfin, la demande de reconnaissance a été largement développée comme étant un point important de notre profession. Selon toute demande de reconnaissance et la réponse apportée, l'orthophoniste peut bien vivre ou non, son travail. Son investissement peut varier en fonction de ce qu'il éprouvera à ce propos. En découlera la relation avec le patient.

Cette énumération de critères est loin d'être exhaustive. Nous aurions pu par exemple écrire sur la personnalité de l'orthophoniste, qui peut selon qu'elle soit de nature calme et patiente ou bien très dynamique influencer sur les relations avec les patients et donc sur les émotions en jeu.

De même, les émotions éprouvées ne sont pas constantes d'un jour à l'autre mais fluctuent : « les jours où l'on est plus fatigué, moins patient, les prises en charge se déroulent moins bien car les patients sentent qu'on est moins disponibles ». On ne peut donc pas établir de vérité générale sur ce que l'on éprouve. Il y a des jours où comme on dit : « rien ne va » et d'autres où, sans raisons particulières, ou sans en avoir conscience, on se sent gai et dynamique.

Cela va également de soi pour la disponibilité de l'orthophoniste en fonction des moments de la journée. Je pense que le climat instauré en prise en charge, et donc les émotions qui en sous-tendent, sont différents entre le premier patient de la journée, le dernier de la matinée, celui du milieu d'après-midi et enfin celui avec lequel nous allons terminer la journée.

Beaucoup d'autres paramètres manquent encore. Le lecteur pourra aisément poursuivre cette réflexion.

Bien que les émotions varient en fonction des orthophonistes, elles se distinguent également selon les patients rencontrés.

### **III. Des émotions différentes selon le patient**

Pour qu'il y ait relation, il faut au moins deux éléments. En découle deux sens possibles à la communication. Nous avons vu jusque là que l'orthophoniste en tant que personne influe sur les relations et les émotions qu'il va éprouver avec le patient.

En parallèle, ce dernier lui-même influence les relations et les émotions en jeu.

Quelques témoignages illustrent très bien cette variation d'émotions selon les patients, en réponse aux questions : « Avez-vous été particulièrement touché par certains d'entre eux<sup>96</sup> ? Pourquoi ? ». Dans ce contexte, le « pourquoi » a aussi valeur de « par quoi » : « Cela dépend des patients ». « Au-delà du respect, je n'éprouve pas les mêmes sentiments pour tous les patients et ces sentiments évoluent au fil du temps ».

J'ai essayé de mettre en avant quelques paramètres.

#### **A. Influence de son âge et de son sexe**

Tout comme l'âge, je pense que le sexe de l'orthophoniste peut induire des relations différentes avec le patient, d'emblée ou au fil des séances. Cependant, la majorité des orthophonistes étant des femmes, il m'a semblé plus pertinent de parler du sexe du patient.

Lorsque deux individus de sexe opposé se rencontrent régulièrement, un climat de séduction peut s'établir en séance et se traduire par des sourires, des jeux de mots, des regards, des compliments. Il ne s'agit pas nécessairement de séduction « amoureuse ». Elle peut s'établir entre deux adultes de même sexe, un adulte et un enfant...

Plaire à quelqu'un renforce aussi notre narcissisme.

Il faut en avoir conscience et ne pas, à ce moment, sortir de son « rôle d'orthophoniste ». Les limites doivent être claires ou être rappelées si le comportement du patient va « trop loin ». Toutefois, freiner ou réfréner ces comportements n'est pas toujours simple. Il faut trouver les mots justes, ne pas vexer la personne à laquelle on s'adresse ; redéfinir les frontières du « permis/par permis », de ce qui est de l'ordre du « déplacé », la place de chacun des protagonistes. Il s'agit là de redéfinir le « cadre » que l'on pose ou « impose » au patient.

Dans certains cas, c'est différent. Prenons celui d'un patient souffrant d'un syndrome dysexécutif. Il n'a pas conscience de ce qu'il fait réellement, il n'en perçoit pas tous les aspects. Les codes sociaux ne sont plus respectés. Au centre de rééducation fonctionnelle de Saint Jean de Monts, un patient, victime d'un accident vasculaire cérébral, a proposé à la neuropsychologue au

---

<sup>96</sup> Les patients

cours de son bilan « de se déshabiller ». Comment ne pas se sentir déstabilisé dans ces circonstances ?

Ces situations peuvent nous gêner, nous mettre mal à l'aise. Nous pouvons en rougir, balbutier, en rire ou esquiver. A chacun sa manière de réagir.

Une orthophoniste nous a d'ailleurs confié faire « attention au sens [des actes et paroles] avec les ados et les hommes où existent des fois des comportements sexués ». En effet, l'adolescence est une période charnière de la vie où l'on découvre sa sexualité, les jeux de séduction, ... L'orthophoniste peut parfois endosser ce rôle de femme « à séduire ».

Un patient avait demandé un jour son adresse à une orthophoniste afin de pouvoir lui envoyer une carte postale l'été et lui donner des nouvelles. Elle pressentait l'attirance de cet homme envers elle et a refusé, lui précisant que s'il voulait lui écrire, il avait les coordonnées du cabinet. Elle affirmait ainsi sa place d'orthophoniste et fermait à toute éventualité autre sans complètement refuser d'avoir de ses nouvelles.

Une autre fois, cette même orthophoniste a reçu une texto d'un patient lui souhaitant une bonne année. Surprise de cette initiative et la jugeant « hors du champ professionnel », elle n'y a pas donné suite.

Ces comportements des patients ne doivent pas perdurer ou devenir répétitifs car ils modifient ceux des orthophonistes et, par-delà, la prise en charge. En effet, ils agissent comme un élément « perturbateur » dans le travail. Le climat, en l'occurrence de séduction, modifie la relation, dans et de laquelle naissent les émotions, dont nous ne saurons rappeler les liens.

## **B. Influence de sa personnalité**

Le tempérament des patients influence la représentation que nous avons d'eux.

Beaucoup d'orthophonistes nous ont témoigné de leur admiration pour les patients. Ils sont sensibles à : « leur âge, leur courage, leur volonté », « leur attitude courageuse pour vivre avec une lésion cérébrale, un handicap. [...] Par ceux dont le pronostic est fâcheux », « pour leur reconnaissance et l'accueil chaleureux qu'ils nous donnent malgré le contexte de la maladie ». Ces patients font preuve d'une grande force de vie dans les épreuves qu'ils affrontent.

Parfois, le caractère des patients ne « coïncide » pas avec celui de l'orthophoniste qui le prend en charge. Il y a ainsi des caractères qui s'opposent et ne sont pas favorables les uns aux autres. Une personne très dynamique et une personne très hypotonique peuvent se rendre service mutuellement. L'une pourra s'apaiser et l'autre s'« énergiser ». Tout comme elles peuvent ne pas réussir à mettre à profit leurs différences et s'énerver, se fatiguer l'une l'autre. Je pense que cela

peut arriver en rééducation. C'est le cas dans la vie courante, je pense que ce peut l'être en rééducation. Rediriger le patient vers un collègue peut être, par conséquent, la meilleure chose à faire parfois.

### **C. Influence de ses troubles**

Ce sont probablement les troubles du patient qui nous renvoient le plus « quelque chose », une image parfois difficile à gérer. Ils font écho en nous. C'est de l'ordre du transfert, du contre-transfert, de la projection et de l'identification projective dont il s'agit.

Les professionnels nous ont dit être touchés par « leur détresse visible (patient désespéré, profond mal-être) », « leur personnalité, [...] leur trouble, leur physique (avec certains enfants, certainement que ça joue).. ; un ensemble de choses », « les regards et propos des autres qui ont blessé le patient », « souvent par leur histoire (des enfants auxquels on ne laisse pas le temps d'être enfant) », « leur histoire personnelle, leur attitude, la bonne évolution de la prise en charge orthophonique », « la pathologie, le contexte personnel et la main qu'il me tend parfois qui déborde du simple champ orthophonique », « tout cela réuni. Souvent parce que je m'imagine à leur place », « surtout avec les autistes car [ils] souffrent donc on a plus envie de se décarcasser [pour eux]. Quand ils ont un physique pas très heureux, je vais plus vers eux car ils en ont plus besoin ». Ces témoignages me rappellent l'histoire avec le jeune homme, accidenté de la voie publique.

Ce qui nous touche c'est le parallèle que l'on fait, de manière consciente ou non, entre l'histoire vécue par le patient et la nôtre.

Pour certains professionnels, il est très dur de travailler avec des personnes âgées ou des personnes souffrant de pathologies neuro-dégénératives. Nous sommes tous susceptibles de vivre ou d'avoir vécu ces situations, ou bien l'on imagine nos parents, nos grands-parents, nos proches à leur place et l'on compatit déjà. Cela fait peur. N'avoir aucun contact avec ces patients, est-ce fuir une vérité que l'on refuse d'appréhender, que l'on veut « éloigner » de soi ?

Même si des facteurs, génétiques par exemple, sont mis en avant, d'une manière générale, l'inconnu fait peur. Ces pathologies, dont ne maîtrise pas la survenue et qui bouleversent une vie, ne laissent personne indifférents.

Certains troubles peuvent évoquer le dégoût chez les professionnels. La reprise de déglutition par exemple. Je reconnais avoir parfois dû sortir de séances, où j'étais observatrice.

Le bégaiement, pour lesquelles des hypothèses théoriques s'affrontent, fait partie des pathologies face auxquelles je douterais fortement de mes capacités et de mes compétences. J'ai

rencontré des enfants bègues au sein d'un groupe conte. C'est un trouble très déstabilisant voire frustrant. En effet, parfois l'on n'arrive pas à comprendre le message de son interlocuteur tellement les répétitions de syllabes sont nombreuses. On essaie, on cherche mais en vain. Il peut finir par abandonner et nous renvoyer un profond désarroi de par son attitude, son regard.

Quantité massive d'autres troubles auraient pu être cités. Pour des raisons singulières, tous les orthophonistes ne se reconnaissent pas nécessairement dans toute situation.

Cette dernière partie avait pour objectif de montrer que les sentiments éprouvés en séance, ou après, sont influencés par l'orthophoniste mais également par le patient, sa personnalité et son trouble.

Chacun des protagonistes, orthophoniste et patient, fait et participe à la relation qui les lie. Rappelons qu'un de nos principaux postulats est la naissance des émotions dans les relations.

Chaque professionnel réagit avec ce que l'on pourrait qualifier de « balance interne », avec d'un côté les éléments qui font sa personne et de l'autre, ceux qui appartiennent au patient en face d'elle.

De cette relation, vont donc naître des émotions, différentes d'un patient à l'autre, d'un jour à l'autre et d'un orthophoniste à l'autre. De nombreux exemples, issus d'observations et de témoignages, se veulent illustrer l'humanité et la diversité de leurs relations.

L'orthophoniste se doit d'être à l'écoute de ses émotions, d'essayer de les comprendre. Des bénéfices sont à tirer de chacune des émotions éprouvées, qu'elles aient été agréables ou non. Ces émotions font partie de l'expérience du professionnel. Elles peuvent même devenir outils.

Qu'est-ce qui caractérise cette relation si particulière entre un orthophoniste et un patient ? Est-elle régit par des « lois » ? Comment l'orthophoniste est-il garant du cadre qu'il instaure dans sa prise en charge ? A-t-il conscience des paramètres qui l'influencent ? D'ailleurs, quels sont ces paramètres ?

# REFLEXION

## I. Le « cadre », nécessaire à la prise en charge

### A. Le « cadre » défini par les orthophonistes

#### a. « Comment avez-vous construit un « cadre » à la prise en charge ? »

Certains orthophonistes s'appuient sur leurs expériences étudiantes et répondent avoir construit un cadre : « en prenant les bonnes et mauvaises expériences en stage, plus mon caractère », « en prenant l'exemple de mes maîtres de stage, en suivant leurs conseils ».

Pour d'autres, cela se fait au travers d'explications : « Avec des enfants autistes non verbaux, ce n'est pas la peine d'expliquer qu'on travaille la communication ; avec des enfants autistes verbaux, explication avec des moyens adaptés à leur communication », « j'explique toujours au patient nos objectifs et mon rôle vis-à-vis de lui ». Cela prend forme « sur la base d'un élément du contrat thérapeutique ».

La discussion prime : « Avec les grands, je commence toujours par poser des questions sur le quotidien/la scolarité, puis « exercices ». Je trouve important de s'intéresser aux patients et aussi cela permet de se rendre compte de la manière dont ils peuvent parler d'eux ».

De bonnes bases théoriques et de la réflexion sur la pratique peuvent aussi être indispensables. Ainsi, des professionnelles nous ont répondu avoir construit un cadre « grâce à la PRL<sup>97</sup> et mon groupe de travail psy, les écrits de Françoise Dolto aussi » ou encore grâce à : « des recherches théoriques personnelles, j'ai passé de longues soirées à structurer mes prises en charge. Pour moi, établir un bilan réfléchi et un projet thérapeutique adapté me permet d'être à l'aise face au patient que je prends en charge. Préparer mes séances me soulage et me permet d'être réceptive face aux patients ».

Le cadre se met en place « naturellement », « en fonction de l'environnement, du temps, des circonstances », en fonction des patients. Cela signifie qu'il n'y a pas de « mode d'emploi » à appliquer de manière formelle. Cela ne sous-entend pas pour autant qu'il n'y a pas de réflexion derrière les actes, les paroles, les décisions de l'orthophoniste mais que dans des échanges humains, rien n'est prédictible ou transposable d'une situation à l'autre. L'orthophoniste se laisse guider par ses intuitions.

Des paramètres telle que la situation spatiale dans le bureau de l'orthophoniste contribuent à le définir: « J'ai défini des espaces dans le cabinet : l'espace patient (où il peut prendre les

---

<sup>97</sup> Pédagogie Relationnelle du Langage

jeux...); mon espace (ma partie bureau où on ne touche pas) ». L'espace et d'autres éléments feront donc partie de notre développement.

Au travers de ces phrases, transparait la complexité de poser un cadre. A chacun sa manière de faire, de penser les choses mais quelle définition, les orthophonistes donnent-ils de ce cadre ?

**b. « Comment définiriez-vous ce cadre ? »**

De manière quasiment unanime, deux dimensions sont décrites.

Ainsi, le cadre se veut être : « sympa, ouvert mais toujours avec des exigences », « ferme et souple, c'est-à-dire rassurant et confortable », « souple et naturel » « rigoureux autour, libre dedans. [...] Le cadre, c'est le respect des deux parties (horaires, rendez-vous, annulations...) et les limites clairement posées. Après que cela soit posé, le reste est simple ».

Il a pour vocation d'être un « lieu d'investissement fort pour le patient, espace de confidences, espace de travail lié à un handicap et des souffrances, lieu de chaleur et de valorisation ». « J'espère que c'est un cadre rassurant où le patient peut s'exprimer ».

Il remplit plusieurs fonctions : celui d'« accompagnement » où nous portons alors le rôle de « rééducateur », « technicienne » ; et celui d'« élaboration du projet de vie », pour cela nous devons être à l'« écoute » du patient.

C'est un « cadre favorisant l'expression des ressentis de l'enfant : c'est-à-dire établissement d'une relation de confiance, garantissant une certaine intimité, ce qui permet l'émergence ensuite des demandes, des désirs de l'enfant, de curiosité... », « un cadre assez souple mais autour d'un fil conducteur : « bienveillance, accueil, écoute, créativité ».

Il est « sécurisant » et « proche de ce qu'on appelle une relation d'aide<sup>98</sup> ».

Des orthophonistes ne voyaient pas ce à quoi l'on faisait référence dans ces questions. J'ai étudié les définitions et les fonctions que conféraient des auteurs psychanalystes et psychologues à ce que je nomme depuis le début « cadre ».

**B. Le « cadre » : définition d'auteurs<sup>99</sup>**

« La personnalité particulière de l'orthophoniste<sup>100</sup> et son expérience sont évidemment essentielles dans sa capacité à assurer la rencontre avec le patient.

---

<sup>98</sup> L'orthophoniste ajoute percevoir cela car il « pratique beaucoup la neuropsychologie ».

<sup>99</sup> Martin, M. Article *Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité ; du cadre analytique au pacte.*

<sup>100</sup> Nous ne parlons pas du patient, du sujet en question dont dépend en définitive tout projet.

Cependant, il y a des éléments de composition, à la fois internes et externes, qui doivent garantir son rôle et protéger son intention dans la durée. Il en est ainsi lors de la mise en place des protagonistes de la rencontre, et le cadre en est un élément essentiel. À partir de là, pourra s'engager le suivi.

En quelque sorte, il y a trois conditions de base : une rencontre effective, un projet<sup>101</sup> et un cadre, tel que nous le rappellerons, pour ce projet.

Avant de poursuivre, nous devons poser le primat suivant : les difficultés existentielles, qu'elles soient individuelles, familiales ou sociales reposent sur ces trois questions : Qui suis-je ? Qu'ai-je fait ? Vivre ou mourir ?

La radicalité de cette troisième question va placer le thérapeute, soit l'orthophoniste, face à un fait extrême : le patient peut disparaître corps et biens, et cela renvoie à sa propre disparition. Celui-ci peut se défendre en évacuant la question posée, ou le patient tout entier, ou faire face. Le même dilemme se pose pour le patient.

Si les questions posées sont si difficiles, il faut les moyens de les contenir : la raison ne suffit pas, la théorie, le programme ou l'empathie non plus, l'action non réfléchi encore moins. Il faut un cadre, un balisage, des limites qui en assurent et protègent la formulation dans l'espace de la rencontre ».

Le cadre est une notion issue de la pratique psychanalytique appliquée ensuite à tous les développements de la psychothérapie.

#### *a. Le cadre en psychanalyse*

Gilliéron<sup>102</sup> distingue deux fonctions propres au cadre.

D'une part, il a une fonction topique qui précise les paramètres spatio-temporels fixes, les honoraires...d'une thérapie. Tout patient ne peut être admis qu'après avoir pris connaissance et accepté ces conditions, ce qui confère au cadre thérapeutique sa dimension contractuelle librement consentie<sup>103</sup>.

D'autre part, le cadre possède une fonction dynamique qui établit les rapports entre le versant social<sup>104</sup> et thérapeutique<sup>105</sup> : confidentialité ; règle d'abstinence autrement dit le refus de

---

<sup>101</sup> une demande ou un objectif proposé

<sup>102</sup> Psychiatre et psychanalyste

<sup>103</sup> Confère notion de « consentement mutuel », partie Théorie

<sup>104</sup> extérieur

<sup>105</sup> intérieur

répondre à la place, de se mettre à la place où le patient souhaite mettre l'analyste dans le transfert ; règle de neutralité soit aucun jugement, aucun conseil, aucune directive...

« Le cadre analytique est énoncé au départ, rappelé si nécessaire, et constamment « pensé » par l'analyste.

Celui-ci en garantit le repérage spatio-temporel et la continuité, le droit à l'énonciation libre et protégée ou séparée des interventions extérieures ; il garantit aussi que l'adhésion au projet puisse être remise en question par le patient.

Le cadre se pose, au départ, comme préoccupation explicite : il devient ensuite implicite, il est intériorisé, comme une instance psychique, et ne redevient explicite que dans les moments de rupture ou de crise du processus.

Le cadre est le support, le châssis, ce qui constitue la structure de l'espace de soins. Les éléments qui le composent doivent être fermes et robustes mais souples, car il s'agit de maintien, de permanence du dispositif de soins et de sa capacité à absorber les contraintes, le cas échéant à se déformer pour éviter la rupture et la déchirure. Les professionnels interrogés décrivent bien ces caractéristiques. Il est alors question de souplesse, non de rigidité.

Les habitudes font partie du cadre. Ainsi, si à chaque séance, orthophoniste et patient débutent la séance avec un jeu ou une discussion particulière, on peut considérer que ces éléments sont des dimensions instaurées implicitement qui participent à la relation construite.

Par métonymie, le cadre est encore ce qui définit le contenu thérapeutique.

Il représente enfin pour patients et soignants le garant de l'interdit de l'inceste, interdit qui peut en favoriser l'expression métaphorique et l'intégration. Le cadre constitue un tiers rappelant que toute relation « duelle » est illusoire, même dans les moments de la plus intense des régressions. Pour cela, les éléments qui caractérisent le cadre doivent être riches de symbolisations dialectisant différentes formes d'interfaces et d'échanges ayant valeur de protection ou de menace, d'apaisement ou de violence, d'activité ou de conduite d'agir, etc.

Définir un cadre thérapeutique, c'est ainsi fournir une réalité externe spécifique que nous supposons activatrice du processus de construction ou de restauration d'un espace psychique interne ». Le cadre est différent d'un patient à l'autre, en fonction de sa problématique. C'est une caractéristique importante de notre métier<sup>106</sup> que de s'adapter continuellement et de personnaliser l'approche et le travail avec les patients.

---

<sup>106</sup> Tout comme dans d'autres professions où les relations humaines priment

Pour Gilliéron, la fonction du cadre est d'enlever certains tabous pour que d'autres s'expriment; le cadre délimite un champ spécifique qui se démarque des relations sociales habituelles. C'est une mise en place qui crée une limite abstraite entre les deux types de vie.

- Métaphores du cadre

Anzieu<sup>107</sup> l'a comparé à un « contenant maternel » : dans cette enveloppe protectrice, élaborée et garantie par le thérapeute qui a, dans ses termes, le rôle « d'une seconde peau psychique, les pensées du sujet peuvent se déployer » et l'excitation, qu'elle soit d'origine interne ou externe, est limitée dans ses effets désorganisateurs.

Laplanche<sup>108</sup> le compare à une sorte de « membrane, à double paroi, ou double limite, l'une représentant les conditions de la réalité extérieure, protectrice, l'autre tournée vers le monde psychique interne, avec ses exigences pulsionnelles, comme un écran où se projettent les représentations du sujet.

Bleger<sup>109</sup> le considère comme « une institution dépositaire de la relation symbiotique avec le corps de la mère », condition fondamentale donc, qu'il propose d'analyser. Insistance est ainsi faite sur le caractère enveloppant et rigoureusement garanti du cadre.

Au regard de ses analogies, le mot « enveloppe » serait presque plus approprié que le mot « cadre ».

Une multiplicité de facteurs internes et externes vont aboutir à autant de mises en question et d'évolutions de la notion de cadre.

***b. Le cadre, d'un point de vue philosophique<sup>110</sup>***

« Défini comme précédemment, le cadre est une conception empirique, résultat de l'expérimentation de la psychanalyse et des psychothérapies.

Empirique en ce sens qu'elle ne serait imposée par aucune évidence naturelle, qu'elle est propre à un champ de l'expérience humaine, tardivement conceptualisée dans l'histoire humaine.

En y regardant de plus près, il existe depuis toujours une forme de cadre, de contenant formel et dynamique, dans des pratiques où l'événement relationnel est central. Il y a un cadre, ritualisé ou non, dans les rencontres centrées sur un sujet, dans les situations religieuses ou

---

<sup>107</sup> Anzieu, D. (1987) Les enveloppes psychiques, Dunod, spécial, p39.

<sup>108</sup> Arfouilloux, J-C. (1996). Cure-type : théorie et pratique, cadre et processus, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie.

<sup>109</sup> Arfouilloux, J-C. (1996). Cure-type : théorie et pratique, cadre et processus, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie.

<sup>110</sup> Martin, M. Article *Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité ; du cadre analytique au pacte.*

judiciaires, par exemple. D'une façon tout-à-fait banale, chacun de nous, lorsqu'il reçoit un ami en difficulté, va s'isoler un temps avec lui, pour l'écouter mieux : on va laisser dehors le train ordinaire des choses.

Le cadre est donc empirique et défini par une pratique, mais aussi spontané et peut-être universel dans ses soubassements. De façon plus fondamentale encore, on dira qu'aucun système vivant ne subsiste sans une enveloppe, une membrane qui le sépare et le protège et qui est en même temps le lieu d'échange des flux nourriciers et des informations.

On peut ainsi se représenter, pour tout un chacun, un cadre commun et spontané, idéal pour la rencontre, comme un lieu à la fois physique et psychique, un lieu choisi, retiré, à part du flux infini des choses, protégé par une mince convention.

Ce cadre, d'un point de vue phénoménologique, n'est pas uniquement pour l'un ou pour l'autre ; il est aux deux. Que s'y passe-t-il ? Il contient l'intériorité, la pensée de chacun et une intériorité des deux : le monde est dehors, réduit aux bruits de la rue et de la maison, à la couleur du ciel, au temps de nos montres. C'est un espace « privé », c'est-à-dire « où le public n'est pas admis », où se déroule la rencontre : faite de perceptions par les sens qui forment images et mots, et où s'écrit une histoire dans l'histoire, protégé aussi par la pudeur.

C'est une présentation idéale, réservée à des situations privilégiées par la possibilité de l'un et de l'autre de contenir au dehors la pression de la réalité agissante. Le plus souvent, il faut adapter.

Cependant, il doit y avoir de cela au moins dans chaque type de relation, à un moment donné.

Ce que le cadre doit garantir, quel que soit l'aménagement spatial et verbal de la situation, c'est la réalité interne, la réalité psychique, construite sur la perception, organisée par la mémoire, la classification, la structuration en signes et significations, colorée par l'émotion ; et, à partir de cela, la rencontre ».

### *c. Le cadre mis à mal*

« Si cette organisation, dont nous venons de parler est perdue, si le « calme » de la perception est détruit, c'est la réalité psychique du patient, du thérapeute ou des deux qui risquent d'être atteintes ou détruites.

S'il y a dissolution du souci du cadre, il y a risque de folie, d'irrespect ou de dissolution de la pensée dans l'acte : la membrane est rompue, l'énergie se libère en acte, en réalisation où l'on ne pense plus.

Il existe bien des moments en thérapie, ou des situations de rencontre, parfois des thérapies toutes entières, qui confrontent au risque d'anéantissement du patient, et par conséquent de tout projet, et qui obligent à se situer très radicalement dans le « vivre ou mourir », en conséquence pour le thérapeute ou l'intervenant, dans le « j'y vais ou je n'y vais pas ». Les instants de doute font partie de ces moments.

Va-t-on dans un tel moment se retrancher derrière la règle du cadre analytique au risque d'être inhumain, de réintroduire l'expérience de la carence originelle, de ne pas assister la personne en danger ?

Ces attitudes existent ; elles sont parfois justifiables, mais elles risquent surtout d'être inefficaces, voire de nier tout le sens de ce qui précède ». Ce discours nous donne l'occasion de faire un parallèle avec une réflexion que nous mènerons concernant notre investissement affectif dans les prises en charge et ses effets sur celles-ci.

« Sollicité à sortir du cadre, à montrer sa propre dimension émotionnelle, donc à accroître les références au corps actif, à toucher peut-être l'autre, le thérapeute se sent en danger s'il n'a pas l'expérience de cette transgression nécessaire. Celle-ci consistera davantage en des gestes, une attitude et une parole libérés qui réaliseront physiquement en un instant cette « saisie sensorielle » dont parlait Anzieu : « Ce n'est plus de la psychothérapie mais de la fraternité active ».

Encore faut-il pouvoir en revenir et reprendre ou préparer le cours « contenu » d'une relation retrouvant ses repères habituels. Il ne faut pas que ces moments dissolvent le cadre à ce point qu'y revenir serait vécu comme une réduction insupportable après une proximité qui est quand même le résultat d'un désir, tout autant que d'un danger ». Cela rappelle l'orthophoniste qui, suite à un moment de tension ou d'énervement en séance, nous disait verbaliser les événements au prochain rendez-vous.

L'expérience montre que ce n'est pas trop difficile et que ces dépassements sont mémorisés le plus souvent comme une expérience correctrice qui renforce l'investissement de la suite et « pacifie » le transfert.

Même dans ces moments, il y a intérêt à situer ce qui y subsiste du cadre classique défini plus haut. Il nous semble que tout ce qui est formel dans le cadre s'efface : position spatio-temporelle, contrat, modalité d'échange, pour les deux ; neutralité et évidemment abstinence pour le thérapeute. Il ne subsiste en fait que la confidentialité si elle est possible et la fonction du cadre : contenant maternel, particulièrement enveloppant, protecteur et protégé par une sorte de membrane psychique.

C'est devenu quelque chose d'élémentaire, d'archaïque en somme, et d'indispensable à la vie, qui ne peut cependant exclure la réalité : il faudra que le thérapeute maintienne une part « paternelle » en attente. L'issue sera d'ailleurs un retour gradué à la « réalité ordinaire » de la thérapie.

Ainsi, dans ces moments, dits « héroïques », survenant dans une thérapie classique ou lors d'un suivi particulièrement chaotique, il faut préserver l'intériorisation du cadre thérapeutique. Il n'y a plus de cadre pensé qu'en le thérapeute et sous la forme d'une image idéale, à fonction maternante, dont il doit connaître les limites pour lui-même tout en les reculant bien plus qu'à l'ordinaire.

Les thérapies ou situations que nous appelons « héroïques » parce qu'elles engagent le thérapeute jusqu'au bout de ses possibilités confirment la fonction essentielle du cadre au delà des aspects formels et explicites et sa nécessité d'être tout au long pensé par le thérapeute, si l'on veut que la rencontre advienne, puis qu'elle se prolonge »<sup>111</sup>.

#### *d. Cadre et éthique*<sup>112</sup>

« Le cadre a-t-il un rapport avec l'éthique ? L'éthique serait-elle encore « en-dessous » de la fonction maternelle, d'une façon encore plus fondamentale ?

L'éthique moderne se fonde sur la notion de respect.

Si l'on reconnaît que l'autre existe en lui-même et pour lui-même, et qu'il est soumis aux mêmes contingences que soi, si l'on veut éviter ou réduire le conflit, si l'on veut aussi développer le rapport à l'humanité de l'autre, il est nécessaire d'entendre, de voir, de reconnaître ce qu'il est, ce qu'il veut et ce qu'il peut et d'établir un pacte avec lui.

L'engagement de non-agression est à la base de ce pacte, mais il demande davantage : il faut qu'il contienne le respect mutuel. Dans cette relation reconnue par l'un et l'autre, le respect est comme une position psychique où l'on garde l'autre sous une vive attention, avec une réserve consciente contenant notre narcissisme foncier qui chercherait l'emprise et la possession sexuelle.

Dans cet ordre d'idées, l'éthique, ainsi que nous l'entendons, est l'ensemble des signes, des conduites, des contenus verbaux et non-verbaux qui signifient cette reconnaissance, attestent de cette relation de respect. L'éthique se distingue ainsi de la morale, parce qu'elle s'étaye sur un désir et non sur une loi.

---

<sup>111</sup> Martin, M. Article *Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité ; du cadre analytique au pacte.*

<sup>112</sup> Martin, M. Article *Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité ; du cadre analytique au pacte.*

Ainsi, aucune relation d'aide ne peut se dissocier du pacte qui contient le respect. Non seulement nous ne faisons pas de l'autre uniquement le moyen de nos fins, non seulement nous retenons nos désirs d'emprise sexuelle et notre agressivité, mais nous essayons de nous maintenir dans le champ d'une rencontre qui cherche la durée et qui se justifie par un désir de la faire vivre. C'est l'histoire du thérapeute qui crée ce désir, c'est donc son affaire d'en faire l'offre.

Ce pacte ne peut être garanti indéfectiblement, il est fragile, il est un arrangement. Mais il est indispensable. Plus encore que le cadre. Puisque le cadre contient la rencontre et est enveloppe maternelle, « peau » des deux qui s'y lovent, il y faut une paix, un respect consentis : une volonté de nuire qui passe à l'acte ou à l'injure et tout est rompu.

Si le pacte est rompu par la violence, par le déni du sens même de la rencontre, par le crime ou le délit, par le mépris, plus rien n'est possible. Pas de relation thérapeutique sans pacte, pas de cadre sans pacte. Le cadre doit être intériorisé et s'étayer sur une position éthique.

Chaque orthophoniste trouve sa cohérence dans la définition d'un cadre thérapeutique propre, conçu en fonction des problématiques rencontrées. Le cadre thérapeutique dépasse en cela la simple configuration architecturale censée définir le lieu de rencontre. Il s'agit plutôt d'un « cadre d'évolution » dans tous les sens du terme, représentant l'ensemble du dispositif formel et contractuel fournissant des temps et des espaces thérapeutiques inscrits dans la réalité externe mais riches d'éléments figuratifs propices à la symbolisation.

Le thérapeute ne doit pas créer un cadre, certes il en crée les dimensions, mais le cadre est une réalité. Il est important de définir le cadre avant d'analyser la relation elle-même, c'est en effet le cadre qui détermine la relation. Le thérapeute a une position hiérarchique supérieure à celle du patient dans le cadre, mais il doit se soumettre de la même manière aux règles instaurées dans le cadre ».

#### *e. Cadre et relation thérapeutique*<sup>113</sup>

« Il y a un rapport dynamique entre le cadre et la relation. Le cadre est un champ de force auquel le patient comme le thérapeute sont soumis. Lorsqu'il y a abus, d'un côté ou de l'autre, c'est qu'il y a eu non-soumission aux règles du cadre. On devine qu'il y a toute une négociation qui doit être faite entre "l'offre et la demande". Les paramètres peuvent être vus comme les supports de la thérapie, leur modification aura des conséquences sur la relation; la disposition du mobilier, la longueur et la fréquence des séances, la manière d'accueillir les patients, la disposition spatiale des interlocuteurs, sont autant de paramètres primordiaux de la relation.

---

<sup>113</sup> Martin, M. Article *Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité ; du cadre analytique au pacte.*

De même, la limitation de la durée du traitement influe la façon dont la relation sera vécue: la thérapie aboutit d'ailleurs plus souvent à quelque chose lorsqu'on lui a fixé d'avance un terme; on voit dès le début du traitement sa fin. En quoi cette limitation est-elle en outre bénéfique ? D'abord c'est la mobilisation d'affects, de peur de la fin de la thérapie par exemple, qui vont entraîner de nouveaux affects et accélérer la recherche d'une solution au trouble. Peut aussi être important le fait de payer, ou non, la thérapie : on s'investit autrement dans la relation.

Si le cadre se délimite, même abstraitement, dans l'espace et le temps, il se délimite également par rapport aux règles sociales. Certains passages à l'acte ne sont pas permis dans le cadre thérapeutique, par exemple le droit de s'exprimer verbalement mais pas celui de se répandre en effusions de colère...

Il y a un ensemble de règles délimitant la dynamique du cadre, cela permet d'effectuer une différenciation avec le cadre extérieur. On parle de dynamique parce qu'en fait ce sont les règles d'une sorte de jeu, selon les règles ce que l'on fait est différent. Le cadre confère donc à la relation orthophoniste-patient un statut particulier.

D'un point de vue déontologique, le thérapeute doit expliquer au patient sa manière de travailler. Il ne doit pas hésiter à dire au patient qu'il ne consulte pas la bonne personne et le réorienter vers un spécialiste. Le thérapeute doit être explicite et conscient de la demande et de ce qu'il a à offrir, il ne doit pas, par exemple, pousser implicitement le patient à partir de lui-même ».

Une dynamique se crée entre tous les éléments que sont l'orthophoniste, le patient, le cadre et la relation. Chacun, en fonction de ses caractéristiques, influe sur les autres.

#### *f. Des cadres*

L'influence du cadre de travail n'apparaît pas, en effet, d'emblée, mais elle est capitale. Sans cette prime analyse de ce qui situe l'action du psychologue, ou de l'orthophoniste, la pratique de ce dernier peut ne pas convenir, voire s'avérer dangereuse pour les membres de l'institution dans laquelle il est engagé, ou pour lui-même. Au mieux, son efficacité peut être réduite à néant.

En revanche, le thérapeute, de par sa personnalité, de par son éthique, et de par son projet professionnel, a lui-même cette possibilité et parfois le devoir d'agir sur son cadre de travail pour garantir par exemple l'intégrité de son action.

Il existe ainsi plusieurs cadres : autour de la relation orthophoniste-patient au sein du bureau mais également, au sein de la structure dans laquelle la pratique professionnelle a lieu, au niveau législatif même comme nous l'avons vu précédemment...

La communication a un rôle important dans la représentation du cadre. Celle-ci est multimodale. Elle ne se réduit pas seulement à ce que nous disons ou entendons.

### **C. Les paramètres variables du cadre**

La mise en commun, la transmission d'intentions, de désirs, de pensées, de points de vue, de normes peut emprunter d'autres voies que celle des mots. Ce mode de communication dit « mode verbal » est à mettre en parallèle des modes non-verbal et para-verbal.

Les appellations de ces modes diffèrent quelque peu : Watzlawick, Helmick Beavin et Jakson ne distinguent, quant à eux, que deux types de communication : la communication digitale ou communication verbale et la communication analogique ou métacommunication. Cette dernière comprend la posture, gestuelle, mimique, inflexion de voix, rythme... La métacommunication englobe les modes non-verbal et para-verbal.

Ces deux communications peuvent envoyer à notre insu des messages opposés. « Il est en effet facile de professer quelque chose verbalement, mais il est difficile de mentir dans le domaine analogique ». <sup>114</sup>

Pour la suite de l'exposé, nous utiliserons les terminologies « verbal, non-verbal et para-verbal ».

Ces modes de communication, sur lesquels nous avons prise, nous semblent déterminants dans la contenance donnée au cadre.

Voyons ce qu'ils induisent dans la relation avec le patient.

#### ***a. La communication verbale***

Que ce soit à l'oral ou à l'écrit, les mots sont porteurs de sens. Ferdinand de Saussure<sup>115</sup> les a décrits selon deux aspects : le signifié et le signifiant.

Le signifié désigne le concept, la représentation mentale d'une chose alors que le signifiant est l'image acoustique d'un mot. Ce qui importe dans un mot, ce n'est pas sa sonorité en elle-même, mais les différences phoniques qui le distinguent des autres. Sa valeur découle de ces différenciations.

Les mots ont un poids et de manière générale, nous mesurons notre langage. Nous faisons, par exemple, attention au vocabulaire que nous employons en fonction de telle ou telle situation. Nous adaptons notre vocabulaire à notre interlocuteur. Parler « répertoire phonologique »,

---

<sup>114</sup> Watzlawick, Beavin, Jakson. (1967). *Une logique de la communication*, Collection Points Essais, Du seuil, p61.

<sup>115</sup> Linguiste

« trouble dysexécutif » ou encore « mémoire sémantique » à un patient ou son entourage entravera la communication car il y a peu de chances pour que notre discours soit compris. Il faut se rappeler que chaque profession, chaque discipline possède un jargon qui lui est propre et méconnu des autres.

De plus, la langue française est ainsi divisée en différents registres (soutenu, familier...).

La « société » impose des normes quant à l'utilisation de ces registres.

- Les pronoms personnels « tu » et « vous »

Je pense que le vouvoiement et le tutoiement font partie de ces variations de la langue qui peuvent avoir un impact sur la relation que nous mettons en place avec notre ou nos interlocuteur(s).

Les habitudes, prises depuis l'enfance, le contexte familial et/ou l'éducation peuvent influencer sur la valeur que nous accordons, à l'âge adulte, à ces pronoms personnels que sont « tu » et « vous ».

De plus, notre société est régie par de nombreux codes. Le vouvoiement est, généralement, perçu comme une marque de politesse. Il signifie une certaine mise à distance entre le locuteur et son interlocuteur. Il peut manifester l'asymétrie d'une relation mais aussi une rencontre.

L'emploi du vouvoiement ne peut donc pas être généralisé. Il reste très personnel et dépend beaucoup du ressenti de la personne, de la manière dont elle se situe par rapport aux autres.

De même, la notion de respect peut ou non être associée au vouvoiement : certains font très nettement la distinction et tutoieront naturellement une personne, sans distinction d'âge, qui leur est inconnue tel un vendeur dans un magasin, ou encore leur patron alors que pour d'autres cela est impossible, le tutoiement, même si on leur « autorise », leur demande un « effort ». Etre tutoyé peut déstabiliser, surprendre voire même faire naître un sentiment d'agression du fait de la proximité que l'interlocuteur veut établir.

Mais quant est-il dans les relations orthophoniste-patient ? Que peut signifier l'emploi de tel ou tel pronom dans une relation d'aide ?

- L'orthophoniste

Il apparaît très nettement que face aux patients adultes, c'est le vouvoiement qui prime alors qu'avec les enfants, c'est le tutoiement, très certainement pour les raisons que nous venons de citer. En stage, j'ai rencontré une orthophoniste qui tutoie facilement les patients adultes, dans

la même tranche d'âge qu'elle<sup>116</sup>. Je lui ai fait part de ma surprise quant à son emploi du « tu ». Elle m'a répondu l'employer presque « sans s'en rendre compte ». Je pense vraiment que c'est la différence de signification que nous accordons qui en régit l'utilisation. Pour moi, c'est considérer les patients comme des proches que de les tutoyer. C'est ne plus les considérer en tant que patient. Peut-être est-ce qu'en les « laissant » à une place de patient, je renforce ma place d'« orthophoniste » ? Cela me rassure peut-être...Je n'ai pas les réponses et ce n'est pas notre objectif que d'en trouver.

L'adolescence, période charnière où l'on n'est plus tout à fait un enfant mais pas encore un adulte, pose questions. Le « tu » et le « vous » se « partagent la place ». Bien souvent, l'orthophoniste interroge le jeune patient sur sa préférence. Il est plus facile, à cet âge plus qu'à d'autre semble-t-il, d'offenser la personne. Son avis est donc nécessaire. Il en va de la relation que nous allons instaurer.

#### ➤ Le patient

Les rapports sont du même ordre : le patient s'adresse généralement à l'orthophoniste de la même manière que l'on s'adresse à lui.

Il apparaît cependant que, à l'adolescence toujours, le jeune soit moins catégorique que l'orthophoniste. Il va alterner le « tu » et le « vous » selon les situations ou bien le contourner. Il ne sait trop lequel employer, n'est pas très à l'aise. Pour cela, je pense qu'il est important de préciser à l'autre s'il peut ou non nous tutoyer, si cela ne nous dérange pas. Sans « autorisation » de notre part, il peut rester dans ce doute.

Bien sûr, toutes les configurations sont possibles. L'orthophoniste tutoie, le patient non, les deux vouvoient... C'est un point de plus sur lequel nous n'apporterons pas de jugement ni de conseil sauf celui de prendre en considération l'avis du patient et de savoir donner le nôtre sans crainte de l'offusquer. Il faut aussi garder à l'esprit que, d'un point de vue social, ces pronoms, « tu » « vous », n'ont pas la même signification pour tous. En Angleterre, il n'y a pas de distinction par exemple. Le « you » évite toute confusion.

#### ➤ Evolution au sein de la prise en charge

Il se peut qu'au cours d'une même prise en charge l'orthophoniste peut passer de l'utilisation du « tu » à celle du « vous ». Cela signifie bien que, avec le temps, la relation entre les protagonistes a évolué. Ils se sont « rapprochés » si l'on peut dire, leur rapport est moins distant.

---

<sup>116</sup> 25/ 35 ans

Le vouvoiement et la blouse blanche, en institution souvent, permettent de rester en dehors d'un contact trop envahissant, trop perturbant pour nous. En établissant un contact par la parole ou lorsque c'est possible, en nous informant sur le patient et son entourage, il devient plus facile de relativiser ses réactions et de prévenir nos propres sentiments<sup>117</sup>.

Cela se remarque également avec des patients, suivis quelques temps auparavant, et qui reviennent en prise en charge par la suite. Une relation avait déjà été établie. Les rapports sont différents qu'entre deux personnes qui ne se connaissent absolument pas.

Tout comme l'emploi des différents pronoms avec un patient, la manière de le saluer compte aussi beaucoup.

- Les salutations

Nous démarrons et nous terminons une séance d'orthophonie par des salutations. Ce moment est nécessaire car il « pose » le cadre. Implicitement, aux moments de salutations, patient et orthophoniste entrent, ou sortent, dans une relation singulière, « régie » par un code particulier.

Nous nous intéresserons ici seulement au salut oral. Ce qui concerne les gestes comme la poignée de mains par exemple, sera abordé ultérieurement.

Avant la rédaction de ce mémoire, je n'avais pas particulièrement orienté mon regard vers la façon dont les orthophonistes, maîtres de stage, saluaient leurs patients.

Il s'avère que, la plupart du temps, ils font différents saluts à la même personne. Cette observation a été confirmée lors d'un entretien. En libéral, il y a différents « bonjours ». Le premier est généralement « adressé à la salle d'attente entière, sans particularité » puis un second lui fait suite dans le bureau. Celui-ci est beaucoup plus personnalisé, souvent suivi du prénom de l'enfant ou de l'adolescent ou du nom de la personne<sup>118</sup>. Cette façon de faire situe vraiment le patient en tant qu'individu à part entière. Cela lui donne un statut différent des personnes alentour. Ce « bonjour » personnalisé l'inscrit dans une relation privilégiée, particulière avec l'orthophoniste. Le temps qui va suivre lui est consacré. Cette entrée en contact rappelle, là encore, de manière implicite, le cadre instauré, la relation par laquelle les deux protagonistes, orthophoniste et patient, sont liés.

De même, lorsque l'on quitte le patient, s'adresser personnellement à lui termine la séance sur le même mode qu'elle a été commencée.

---

<sup>117</sup> Carillo, C. (2010). Etre un soignant heureux : le défi, fluidifier les relations et apprivoiser les émotions, Issy-les-Moulineaux, Masson, p55.

<sup>118</sup> « Bonjour Mme ... »

Les salutations de début et fin de séance ont comme le rôle d'une porte que l'on ouvre et que l'on referme sur un espace particulier, espace d'échange, confiance et respect. C'est dans cet espace que l'on va travailler. Il faut donc les « entretenir ».

Ces mots employés tels que le « tu », le « vous » ou encore les « salut », « bonjour » sont porteurs de sens mais il en va de même pour la manière dont nous allons les prononcer. Cela nous amène à la communication para-verbale.

### ***b. La communication para-verbale***

Il s'agit des signes vocaux verbaux dotés de signification para-verbale, des signaux vocaux non-verbaux et des silences<sup>119</sup>.

#### ▪ Classification de Trager

Pendant une conversation, les personnes utilisent, entre les messages composés de paroles, une série d'éléments non proprement linguistiques. Trager (1958) utilise le terme « paralinguistique » et en distingue deux catégories : la qualité de la voix (ton, résonance et contrôle de l'articulation) qui se réfère aux caractéristiques individuelles du parlant et les vocalisations qui comprennent les caractéristiques vocales (les pleurs, les soupirs, le rire) exprimant les émotions, puis les qualifications vocales (timbre, intensité, extension) et enfin les ségrégations vocales (les sons tel que « hum », « eh », « bin »).

#### ▪ Classification de Laver et Trudgill

Laver et Trudgill (1982) ont fourni une autre classification, qui divise les comportements vocaux en trois catégories. Premièrement, ils identifient les caractéristiques extralinguistiques de la voix. Ce sont les aspects permanents, qui dépendent de l'aspect anatomique et de la façon de régler son propre appareil vocal. Il y a aussi les caractéristiques paralinguistiques du ton de la voix, qui servent à envoyer des informations sur l'état émotionnel et sur les attitudes interpersonnelles. Enfin, ils parlent des caractéristiques de la réalisation phonétique qui se réfèrent essentiellement à l'accent du parlant et à sa prononciation.

#### ▪ Classification d'Argyle

Argyle (1992) a proposé une division entre les signes vocaux liés au discours, appelé par Anolli (2002) « signes vocaux verbaux » et les signes vocaux indépendants du discours (chez Anolli : « signes vocaux non-verbaux »).

---

<sup>119</sup> Hennel-Brzozowska, A. (2008). Article de la revue *Synergies Pologne*, n° 5, p21-30.

- Classification d'Anolli

Suivant cette dernière catégorisation, dans les signes vocaux verbaux, Anolli distingue trois paramètres divers qui déterminent les caractéristiques de la voix, essentiels pour la compréhension de l'énoncé linguistique : le ton, l'intensité, la vitesse.

Le ton est égal à la fréquence de la voix (ton haut ou bas, selon la plus ou moins forte tension des cordes vocales) : cela varie fréquemment pour donner un accent interprétatif aux paroles à l'intérieur de l'énoncé (du type conclusif, interrogatif, suspense, exclamation...). Par le ton de la voix descendant, par exemple, il est possible de communiquer que l'on est en train de terminer de parler. L'intensité regarde le volume de la voix (fort ou faible) : grâce à lui il est possible de souligner, accentuer et emphatiser des éléments particuliers (paroles ou expressions) par rapport aux autres.

La vitesse est liée au temps de la succession des syllabes (nombre de syllabes par secondes). Les signes vocaux non-verbaux sont liés à la qualité de la voix de la personne parlante. Ils permettent de différencier un individu d'un autre, de reconnaître une voix familière au milieu des autres, ils sont aussi utilisés pour estimer les caractéristiques de la personnalité, de l'état d'émotion...

Selon Anolli, quatre facteurs principaux influencent les aspects vocaux non-verbaux. Ils sont biologiques (sexe, âge), sociaux (culture d'origine, région d'origine...), de personnalité (traits psychologiques relativement permanents), et émotionnels.

Selon Argyle, la voix révèle les émotions plus que le visage, probablement parce qu'on apprend plus facilement à contrôler les muscles responsables de la mimique (grâce à l'usage du miroir et aux photos), mais on consacre d'habitude moins d'attention à l'analyse de sa propre voix. Les personnes extraverties parlent plus fort, plus vite, d'un ton plus haut et avec moins de pauses. En conséquence, elles sont perçues comme plus assertives et plus compétentes. Quant aux différences entre les hommes et les femmes, elles ne sont pas tout à fait explicables par l'anatomie. Les femmes sourient plus en parlant, ce qui donne les tons plus hauts. Elles utilisent aussi plus de variations dans l'intonation. Ces comportements peuvent néanmoins varier selon la décision de la parlante qui peut consciemment présenter différentes images de soi.

Dans les situations singulières, des variations sont très marquées. La peur, par exemple, est exprimée par augmentation du ton, du volume et par un rythme irrégulier, la tristesse par un ton bas, un volume moyen, des pauses longues et rythme lent, l'affection se caractérise par un rythme régulier, une tonalité grave et un volume bas.

Une voix sèche réfère-t-elle à un cadre plus rigide ? Une voix douce signifie-t-elle une plus grande souplesse du cadre ? Il faut veiller à ce que cette communication para-verbale peut laisser percevoir.

Parallèlement, notre voix, notre manière de parler reflète, en partie, nos émotions. C.Rogers parle de la congruence que doit avoir notre discours, entre ce que l'on veut consciemment partager et ce qu'il se dit « malgré nous ».

- Le silence

Le silence est un instrument de communication de très grand potentiel, mais il est difficile de l'interpréter, car il interfère avec les autres signes, avec le type de relation interpersonnelle, la situation communicationnelle et la culture de référence.

Il laisse une place à la parole de l'autre et témoigne de notre disponibilité à l'accueillir.

L'étude de la « pausologie » fut entamée par Goldman-Eisler (1968) qui souligne les fonctions communicatives du silence. Plusieurs recherches prouvent par exemple qu'une pause précède la présentation d'une grande quantité d'information et des énoncés plus complexes.

Sachs, Schegloff et Jefferson (1974) ont développé une classification du silence à l'intérieur de la conversation. Ils distinguent: une pause « gap », quand un parlant prend son tour ; un silence du type « lapse », quand aucun des interlocuteurs ne parle et que la conversation s'interrompt et un silence « pause », qui dénote un retard du partenaire à la suite d'une demande, d'une question, d'un salut. Ce dernier est une violation des règles informelles de la conversation.

Le silence joue souvent le rôle d'un instrument pour attirer l'attention quand la personne qui est supposée commencer de parler oblige le ou les partenaires à l'écouter plus attentivement.

Le silence assure une signification importante dans les relations asymétriques en ce qui concerne la gestion du pouvoir et la domination sociale. Il peut avoir une connotation soit positive soit négative : il devient positif quand il est utilisé pour montrer les émotions tellement fortes qu'elles ne peuvent pas être exprimées verbalement, pour exprimer approbation ou la contention. Plusieurs études mettent en évidence l'importance du contexte pour l'interprétation du silence. Si, par exemple, le silence est accompagné du détournement du regard ou de la tête, cela peut indiquer que l'on désire finir ou interrompre la communication. Pour terminer, il faut mentionner de grandes différences concernant le contexte culturel. En général, selon Bonaiuto, dans les cultures occidentales, plus individualistes, les personnes communiquent à travers des successions rapides d'actes de parole, en réduisant au minimum les périodes du silence, car ce dernier est considéré comme une menace pour la suite de la conversation.

Dans les cultures orientales, par contre, plus collectivistes, les parleurs peuvent utiliser de très longues pauses comme signe de réflexion et de sagesse; le silence devient un indicateur d'harmonie et de confiance entre les partenaires.

Communication verbale et para-verbale ont été développées. Une modalité reste à être étudiée, celle de la communication non-verbale.

### *c. La communication non-verbale*

La communication non-verbale comprend un ensemble vaste et hétérogène des processus ayant des propriétés communicatives, en commençant par les comportements plus manifestes et macroscopiques comme l'aspect extérieur, les comportements de relation spatiale avec les autres (rapprochements, prises de distance) et les mouvements du corps (du tronc, des membres ou de la tête).

#### ▪ Comportement social

Le comportement social, autant chez l'homme que chez l'animal, relève des signes non-verbaux pour obtenir les objectifs importants du point de vue biologique et social : la défense du territoire, la domination et hiérarchie au sein du groupe, la chasse et le partage de la nourriture, l'affiliation, l'attraction et le comportement sexuel. Ces objectifs visent la survie au niveau individuel et du groupe, et donc, de l'espèce. On peut, par conséquent, conjecturer qu'il existe probablement un système général des règles concernant les signes non-verbaux pour régler la coexistence sociale.

Selon la perspective biologique, les expressions non-verbales des émotions seraient plutôt d'origine innée; elles seraient donc communes pour les différentes cultures et aussi, dans une certaine mesure, communes pour les différentes espèces. Ces théories sont basées sur la recherche transculturelle concernant les expressions des émotions des enfants et les recherches sur les primaires. Plusieurs comportements sociaux des primaires sont très similaires à ceux des êtres humains.

#### ▪ Contact visuel

La vue est, de manière générale, le premier sens mis en exergue dans la communication. Avant même de parler ou de toucher un individu, on le regarde. Ce premier contact visuel est porteur de multiples informations quant à la personne qui se trouve en face de nous. Bien sûr, il ne faut pas s'arrêter à ces observations, établir des préjugés, mais une première impression naîtra de ce regard. Un échange de regards entre les protagonistes est possible. Ce sens est très fort, il peut

vouloir en dire bien plus que ce que les mots sont capables. Le regard peut suffire à la transmission de sentiments, d'émotions.

- Situation spatiale

Quelles influences peut avoir le positionnement des interlocuteurs l'un vis-à-vis de l'autre?

- La distance

Edward T.Hall<sup>120</sup> a largement développé la notion de « distance intime » dans le cadre des relations interpersonnelles et des différents modes d'approches personnels, sociaux, culturels auxquels les êtres humains sont accoutumés du fait de leurs origines. IL détermine ainsi<sup>121</sup> : la distance « publique » (entre 3,60 et 7,50 mètres), la distance « sociale » (entre 1,20 et 3,60 mètres), la distance « personnelle » (entre 45 cm et 1,20 mètre) et la distance « intime » (moins de 45 cm).

Nous évaluons la distance entre le patient et l'orthophoniste comme « personnelle ». Cela correspond à la distance de contacts proches ou amicaux, d'échanges sur des sujets personnels : distance dans laquelle on voit précisément le visage de l'autre sans voir corps en entier, qui ne nécessite aucun effort de la voix et permet d'avoir une emprise physique sur lui.

Cette distance varie selon le moment de la séance (arrivée, départ du patient...), les troubles du patients et les exercices réalisés (exercice vocal, essai de déglutition, lecture d'un livre...), selon notre ressenti et celui du patient également.

La distance avec laquelle nous nous adressons habituellement aux gens qui nous sont familiers ou étrangers est complètement remise en question par la relation soignant-soigné, orthophoniste-patient. Dans cette relation, nous pénétrons « la bulle » de l'autre et nous ne pouvons rester enfermé dans notre propre « bulle ».

Cela vaut d'abord pour nous. Nous devons prendre conscience des émotions positives ou négatives, superficielles et passagères ou profondes et durables que peuvent faire naître certains gestes thérapeutiques.

Cela vaut tout autant pour le patient. Confiance, méfiance, réticence, abandon de soi, réserve, pudeur, séduction, bien-être, attente... la gamme des sentiments qu'il peut éprouver est la large.

---

<sup>120</sup> Professeur d'anthropologie aux Etats-Unis dans les années 1960. Il s'est consacré à l'étude des frontières culturelles et des différentes composantes de la communication.

<sup>121</sup> Carillo, C. (2010). Etre un soignant heureux : le défi, fluidifier les relations et apprivoiser les émotions, Issy-les-Moulineaux, Masson, p72.

Nous nous devons d'appuyer notre propos par le témoignage d'une expérience. Avec le jeune homme, en état pauci-relationnel, dont nous avons déjà parlé, les séances observées consistaient, en partie, à détendre ses muscles faciaux. Nous ne pouvons parler de massage, terme réservé aux kinésithérapeutes, mais l'idée est la même. Nous avons à ce moment là, l'orthophoniste maître de stage et moi, perçu que nous pénétrions sa « bulle », impression d'être intrusive quant à son espace de vie. Ne pouvant utiliser le mode oral, le patient nous a manifesté son mal-être par une contraction, plus importante, des muscles. En parallèle, nous ne nous sentions pas très à l'aise à l'idée de lui avoir « imposé » ce travail désagréable. Nous y avons donc mis un terme.

Dans d'autres professions, telle la kinésithérapie ou la psychomotricité, le rapport à cette distance diffère, induisant des relations autres. En effet, la relation se voit changer quand le toucher est très présent. Il n'y a presque plus de distance spatiale entre les intervenants. Le patient peut percevoir cela comme une sorte de « mise à nu ».

Ainsi, des éléments de communication sont transversaux et se retrouvent dans différentes disciplines paramédicales. Leur degré d'importance influence la relation mise en place entre le professionnel et son patient.

#### ➤ Le positionnement dans l'espace

L'appropriation de l'espace et la relation aux lieux varient aussi selon les cultures. Le maniement des objets, la place et l'importance que les uns et les autres accordent aux choses révèlent des mentalités différentes. Nous pouvons nous sentir bien ou mal selon la disposition des lieux, l'espace environnant...<sup>122</sup>

En réponse au questionnaire, une orthophoniste nous a dit avoir construit son cadre thérapeutique en délimitant des espaces dans son bureau : un espace pour l'enfant et son espace bureau où il n'avait pas le droit de toucher. Cette division de l'espace pose la question des limites, ce qui est autorisé ou non, tout comme la relation, basée sur le pacte.

Le positionnement des objets et leur utilisation ont des significations implicites. Les jeux sont souvent en apparence, à côté ou dans le dos de l'enfant, dans ce que l'on pourrait appeler sa « partie » ou la partie commune avec le professionnel. De manière générale, l'enfant ne se sert pas seul, sans autorisation ou demande de l'orthophoniste, du matériel. La notion de cadre est encore présente au travers de cela. Parfois, il sera mis à mal, testé. L'enfant cherchera ses limites dans l'appréhension de ces objets sans demande préalable. L'attente et la frustration de l'enfant sont

---

<sup>122</sup> Carillo, C. (2010). Etre un soignant heureux : le défi, fluidifier les relations et apprivoiser les émotions, Issy-les-Moulineaux, Masson, p68.

mises à l'épreuve quand il est face à des jouets qu'il ne peut que, dans un premier temps souvent, seulement regarder. L'orthophoniste gère cela, nous l'avons dit, elle est garante du cadre. En le respectant et le maintenant en l'état, on sécurise l'enfant. La relation avec lui se fera sur des bases « saines ».

D'une part, il y a le positionnement des objets vis-à-vis du patient.

D'autre part, il est nécessaire de ne pas nier les effets du positionnement des personnes l'une vis-à-vis de l'autre. Prenons l'exemple de la position en face-à-face. La communication en face-à-face met en avant des éléments de types non-verbaux. Il y a une notion d'immédiateté qui pousse à penser que la position sera un élément déterminant. Dans ce positionnement, on voit observe des éléments (la réaction de l'autre à ses propos, ou les mimiques faciales d'un patient lorsque l'on propose telle ou telle activité...) que l'on ne verrait pas si l'on était côte-à-côte ou dos à dos. On peut croiser le regard de la personne avec qui l'on est, vecteur important de communication. On a une vue « totale » de l'autre, de ce qu'il fait.

Toutefois, le face à face peut aussi traduire l'opposition, l'asymétrie des rôles. Le côte à côte nous met davantage sur un pied d'égalité. Dans l'espace comme de façon élargie, nous sommes au « même niveau ».

Gilliéron, qui soutient le face-à-face, pense que cette position intensifie les échanges et augmente les potentialités de résistance du patient; c'est très intéressant car ce sont les résistances qui donnent des points d'ancrage pour la recherche du trouble.

La plupart de prises en charge ont lieu en vis-à-vis, chacun de son côté du bureau. Il est rare de se trouver aux côtés du patient. La relation est symboliquement différente autour d'une table ronde, je pense, où l'asymétrie est moins signifiée. Lors d'un entretien avec l'entourage du patient, une table ronde instaure davantage un cadre de discussion, d'échanges qu'une situation de visu.

Souvent, pour des questions matérielles et financières, ces questions ne se posent pas. Ces variables ne sont-elles pourtant pas à prendre en compte dans la représentation du cadre ?

La situation spatiale, la distance à l'autre, tout comme notre placement vis-à-vis de lui sont des paramètres de la communication. Ces variables agissent sur la relation avec l'autre.

- Le toucher

La communication tactile définit des relations d'un ordre très particulier. Nous n'avons pas tous le même rapport, la même aisance quant au contact physique d'autrui. Toucher est un moyen d'« entrer en contact » avec les autres.

Le toucher peut intervenir dans le salut tout d'abord. En effet, il y a des façons diverses d'échanger des saluts dans le monde, en se serrant la main par exemple, en s'embrassant, en se frottant le nez...

En Occident, se serrer la main et s'embrasser sont coutumes normales. Selon, les origines les pratiques divergent mais au-delà des coutumes, il y a un sens derrière ces pratiques. La poignée de main permettait d'affirmer que les interlocuteurs étaient venus sans arme qui aurait pu être cachée dans le poing. Après observations des pratiques dans le cadre des relations orthophoniste-patient, il s'avère que la poignée de main est plutôt rare. Si le patient tend la main, l'orthophoniste y répondra en faisant de même mais cela reste peu courant<sup>123</sup>. Dans ces cas là, le patient est bien souvent un adulte. En centre médico-psychologique, j'ai rencontré un orthophoniste suivant des enfants et des adolescents ayant principalement des difficultés de langage oral et/ou écrit associées ou conséquentes à des problèmes de comportement. Il serrait la main de tous ses patients en début de séance, sans exception, garçons, filles, plus ou moins jeunes. Il voyait dans ce geste, une place accordée à l'individu en tant que tel. Nous rejoignons là l'ouverture de la séance avec un salut personnalisé. Ce geste confère à l'enfant une place que nous qualifierons de « grand ». Nous lui donnons de l'importance au travers de ce geste. Lorsque les enfants rencontrent un problème de maturité, la poignée de main peut participer au processus d'autonomisation, de responsabilisation de l'enfant. Elle est également révélatrice de la personnalité de son auteur. Elle peut être franche, de forte intensité, hypotonique...

Qu'en est-il de la bise ? Il m'est arrivé de voir une orthophoniste faire la bise à un enfant mais à la demande de celui-ci ou parce que sa mère lui avait dit en partant « tu fais un bisou à... ». Les avis sur cette question du baiser divergent. Certains professionnels répondent que cela dépasse la sphère professionnelle. La place de chacun est-elle encore claire à l'esprit de l'enfant à ce moment ? L'asymétrie de la relation nous « empêche » ce genre de gestes qui manifestent de l'affection dans nos sociétés. Les limites du cadre ne sont-elles pas distordues dans ces cas là ? Une orthophoniste a répondu d'ailleurs, à la tentative d'approche d'un enfant : « Tu m'as prise pour ta grand-mère ? ». Cette phrase transmet bien la volonté de ne pas tout mélanger, de ne pas confondre les rôles de chacun. Celui d'un orthophoniste est de l'ordre de la relation d'aide. Nous ne sommes pas dans une relation amicale ou familiale. Que projette le patient sur nous dans ces moments ?

---

<sup>123</sup> D'après observations et témoignages

Passer la main dans les cheveux de l'enfant relève également de l'affectif mais au-delà de cela, le cuir chevelu est considéré comme une zone érogène dans la littérature freudienne. Ces gestes appartiennent-ils au cadre que l'on s'emploie à définir et maintenir ?

La caresse dans les cheveux est connotée de valeurs maternelles. Bien sûr, il est des situations où l'enfant en souffrance va pleurer, avoir besoin de réconfort. Il peut arriver que dans ces moments là l'orthophoniste prenne l'enfant dans ses bras ou sur ses genoux mais ces moments doivent garder un caractère exceptionnel. Une orthophoniste nous a relaté les faits suivants : « Une fois, un patient de dix, douze ans m'avait demandé un câlin. Je me suis sentie déroutée et j'ai accepté (l'enfant en question était placé et en grande carence affective). J'ai recadré la semaine suivante ». Il est intéressant de voir comment la notion de cadre reparait également ici. La communication tactile est finalement assez rare dans notre métier.

La main de l'orthophoniste posée sur celle du patient peut avoir valeur de d'encouragement, témoigner du rassurement.

Le geste peut aussi avoir une valeur thérapeutique d'un ordre plus technique<sup>124</sup>. Chaque orthophoniste appréhende ces gestes différemment. Ainsi, nous pouvons être plus ou moins à l'aise lorsqu'il nous faut approcher la bouche d'un nourrisson lors de problèmes d'oralité ou aider une personne lors d'essais de déglutition (main sur la tête, dans le dos...). Une méthode assez récente, Ostéovox, thérapie manuelle appliquée à l'orthophonie, a vu le jour ces dernières années. Ce contact physique avec le patient n'est pas évident.

La peau est globalement érogène. Bien sûr, chacun réagit à des degrés différents aux contacts physiques. La question du toucher touche aussi à l'éventuelle érotisation de la relation. C'est à la parole de faire lien.

« Toucher quelqu'un n'est jamais anodin et conduit à une relation dont on ne mesure pas nécessairement tous les enjeux. Le toucher est une sensation dont les répercussions sont profondes et multiples. Comme toute sensation, il peut être très positif, très agréable ou, au contraire, tout à fait désagréable, voire inacceptable. Certaines personnes, en se rapprochant de nous, en cherchant à établir un contact physique avec nous, nous inspirent de la gêne, du dégoût, voire une certaine peur... et notre corps se raidit en leur présence.

Au contraire, le toucher peut être un excellent mode de relation. Le contact physique peut être aussi agréable que rassurant. Certains gestes peuvent nous aider à « baisser les armes », à

---

<sup>124</sup> En orthophonie, la nomenclature ne permet plus aux orthophonistes de parler de « massage » mais de toucher thérapeutique.

nous reposer et provoquer une réelle détente. Mais la relation au corps de l'autre peut aussi être dérangeante.

Le toucher renvoie bien sûr aussi à l'expérience primordiale de la naissance et de la relation à la mère. « A la naissance, le toucher est le seul sens mûr et achevé, le bébé reconnaîtra sa mère grâce au premier contact de sa peau après la délivrance, le premier geste de celle-ci sera de le toucher afin de l'accueillir ainsi et ainsi, le reconnaître comme son enfant »<sup>125</sup>. Le toucher se distingue des autres sens par sa relation directe à la réalité, à son immédiateté et sa continuité. « Pince-moi », « Touche-moi, je rêve.. », comme un testeur, le toucher vous permet de vérifier que vous êtes bien là, que vous ne rêvez pas et que la réalité est telle qu'elle vous apparaît. Hall disait : « De tout nos sens, le toucher est le plus personnel ». Les sensations tactiles sont souvent intimes et moins faciles à décrire et exprimer que les autres sensations. Ces sensations appartiennent à la sphère privée et comme elles engagent la sensibilité, la sensualité, l'expérience de chacun, elles sont entourées d'une certaine pudeur voire de tabous et de secrets »<sup>126</sup>.

Le toucher est vecteur d'émotions. On parle bien du « langage du corps ». Non seulement par la perception, nous recevons de multiples informations qui influent sur nous, mais encore, nous-mêmes nous irradiions ou transmettons des informations et sentiments particuliers que les autres perçoivent à leur tour. Si nous sommes gênés, le patient le ressentira par la « maladresse » de nos gestes, le manque d'assurance, la tension...

Le toucher a des répercussions très profondes sur notre corps, sur notre santé et notre bien-être. C'est le sens premier de cette citation de Paul Valéry : « La peau est ce qu'il y a de plus profond en nous » ; affirmation illustrée par l'expression « avoir la chair de poule », qui montre bien comment la peau réagit et reflète ce que nous éprouvons en profondeur.

Les réactions au toucher sont aussi très influencées par notre milieu social et notre culture. Il ne faut pas perdre cette idée de vue : les gens qui s'adressent à nous peuvent venir d'horizons divers.

Comme nous l'avons dit, nous pouvons ne pas être à l'aise quand au fait de toucher un patient. « Quelle que soit notre expérience, dès l'enfance, nous avons acquis des habitudes face au toucher et il est important que nous en prenions conscience. Cet héritage familial, qu'il soit positif ou négatif, influence aujourd'hui notre façon de faire ».<sup>127</sup>

---

<sup>125</sup> Beaufils, L. (juin 2000). *Le toucher*, Cahiers de la puériculture, n°146.

<sup>126</sup> Carillo, C. (2010). *Etre un soignant heureux : le défi, fluidifier les relations et apprivoiser les émotions*, Issy-les-Moulineaux, Masson, p11.

<sup>127</sup> Carillo, C. (2010). *Etre un soignant heureux : le défi, fluidifier les relations et apprivoiser les émotions*, Issy-les-Moulineaux, Masson, p11.

Pour les tout-petits, entièrement dépendants, le toucher est vraiment un sens primordial, même s'il est en général accompagné de la voix. Ainsi, selon la façon dont il est touché, porté, langé, approché, l'enfant est rassuré ou au contraire perturbé et inquiet. Didier Anzieu et Donald Winnicott ont beaucoup développé les répercussions de la relation mère-enfant aux débuts de la vie sur le psychisme de l'individu. La notion de Moi-peau a été développée par Didier Anzieu qui s'est appuyé sur les travaux sur la petite enfance de Donald Winnicott. Anzieu établit une correspondance étroite entre les fonctions du Moi et celles de la peau. Le Moi-peau désigne un « espace contenant », qu'il définit comme une organisation de moi qui s'appuie sur les fonctions physiologiques de la peau. « Considérer que le Moi, comme la peau, se structure en une interface permet d'enrichir les notions de « frontière », « limite », de « contenant ». Cette notion peut être comparée à celle du cadre en prise en charge.

Le Moi-peau est donc une interface entre le dedans et le dehors. L'enfant se sent contenu dans une enveloppe qui l'unifie, le protège des pulsions internes et des agressions externes. Ainsi, on peut être traumatisé par un contact tactile perçu comme intrusif. L'orthophoniste se doit être vigilant quant aux touchers qu'il peut faire.

Ces différents modes de communication agissent de façon plus ou moins directe sur le cadre que l'on construit. Ils peuvent laisser transparaître nos émotions à notre interlocuteur.

Une orthophoniste rencontrée nous avait confié se questionner les jours où elle allait moins bien : « Qu'est-ce que je dis à mes patients? Qu'est-ce que je laisse transparaître ? »

Il n'y a pas, là non plus, de règles établies quant à l'attitude à adopter. Nous avons déjà cité C.Rogers. Il insiste sur la nécessité d'être congruent qu'il définit ainsi : l'attitude de l'aidant ou le sentiment qu'il éprouve doit être en accord avec la conscience qu'il en a. Je ne pense donc pas qu'on puisse feinter aller bien alors que c'est loin d'être le cas. Une orthophoniste témoigne un jour où elle n'allait pas bien, s'être « sentie portée par les patients ». Elle n'avait pas exprimée son mal-être verbalement. Il devait transparaître au travers du ton de sa voix, de ses gestes...

Au sujet d'un agacement donc nous n'aurions pas conscience, Rogers dit : « Cela crée une confusion chez l'autre personne et la rend moins confiante bien qu'elle puisse être inconsciente de ce qui cause la difficulté entre nous »<sup>128</sup>.

Le message essentiel que nous voudrions laisser passer est que nous transmettons, de manière consciente ou non, nos émotions, nos sentiments, notre ressenti personnel au patient. La non-communication n'existe pas. Il est important de garder cela à l'esprit. Emotions et relations sont liées. Nier ses émotions, en rapport direct avec le patient ou non, c'est fausser la relation. Un

---

<sup>128</sup> Rogers, C. (1968). Le développement de la personne, Dunod, p40.

des éléments essentiels du pacte est de ne pas porter de jugement sur l'autre. L'orthophoniste doit « porter » le patient c'est-à-dire être aussi moteur de la rééducation, soit, mais il est avant tout un être humain qui connaît des faiblesses. Pourquoi partager sa joie en affichant un grand sourire et nier les jours moins gais ? Ils font partie de la vie. Toutefois, nous reconnaissons une grande différence entre le fait de ne pas cacher ces moments et le fait d'en expliquer les raisons aux patients. Il y a de ce côté-là toujours une « barrière », que chacun fixe là où il l'entend. Il faut garder une certaine retenue et ne pas mettre le patient dans un rôle de « psy ». Le patient ne doit pas sentir le poids de notre souffrance sur ses épaules.

Les émotions se créent. En avoir conscience demande un travail d'écoute, d'observation de soi et un questionnement important. Il existe un champ d'action à notre portée quant à leur communication. Nos comportements, nos positionnements, nos gestes, nos mots, nos intonations...peuvent les véhiculer. Il ne faut pas sous-estimer ces moyens de transmission. Leur utilisation et le degré de celle-ci participent à la définition du cadre et à la relation entre le professionnel et son patient.

Communiquer ses émotions témoigne-t-il de l'investissement affectif de l'orthophoniste dans son travail et vis-à-vis de ses patients ?

## II. Les effets de l'investissement affectif en prise en charge

L'affect peut signifier la sensibilité, les émotions. C'est un aspect élémentaire de l'affectivité. L'affect est un état psychique élémentaire plus ou moins précis qui exprime la qualité tendancieuse (subjective) des activités mentales que celles-ci soient agréables ou désagréables. Il s'agit d'une réaction psychique immédiate ayant une couleur variable selon les individus et dépendant à la fois du moment et du vécu. Autrement dit, dans certaines situations et selon les cas, chaque individu réagit différemment selon son affect, en éprouvant plus ou moins de douleurs, de plaisir ou de désir. En psychanalyse, il s'agit d'un état affectif qui est considéré comme l'un des deux registres de la pulsion, l'autre étant la représentation. C'est également l'expression qualitative de la quantité d'énergie pulsionnelle et de ses variations.<sup>129</sup>

S'investir dans une action, une activité, c'est y mettre son énergie.

A partir de ces deux définitions, nous allons aborder la notion d'investissement affectif c'est-à-dire le fait de lier des émotions à son travail, le faire dans un climat émotif. Investir son métier au-delà que par un aspect technique. Cet investissement affectif peut être de l'ordre du positif ou du négatif ou bien être totalement absent. Mais peut-il être vraiment absent ? Car nous l'avons vu il y a, dans toute relation, des émotions. Ne considérons alors pas que dans certains cas il est absent mais plutôt qu'il est caché ou « refoulé » par l'orthophoniste.

Comme toutes les personnes qui soignent, les généralistes, mais aussi les orthophonistes, doivent gérer au cas par cas, et leur vie professionnelle durant, la distance thérapeutique qui les sépare de leurs patients. Toutes les sortes de relations existent, proches [...] jusqu'à ceux ou celles pour qui l'on n'éprouve pas de sympathie, voire qui nous sont antipathiques<sup>130</sup>.

Cet investissement affectif, positif ou négatif, de l'orthophoniste dans son travail, retentit sur sa personne, sur le patient et sur la rééducation en tant que telle.

Une dernière réponse, très intéressante et sur laquelle nous reviendrons aussi par la suite est la suivante : « J'essaie de garder une certaine distance, indispensable pour pouvoir rester dans une position de soins, car à trop s'investir, on pourrait sortir du cadre de nos compétences ».

### A. Pour l'orthophoniste

Les témoignages recueillis montrent à quel point les orthophonistes se sentent concernés par la question de l'affect dans leurs prises en charge.

---

<sup>129</sup> Leporrier, M. (1999). *Le dictionnaire médical de la famille*, Flammarion.

<sup>130</sup> Grimaldi, A., Cosserat, J. (2004). *La relation médecin-malade*, Paris, Elsevier, p201.

Quelques-unes de leurs réponses sont significatives : « Notre profession est très riche émotionnellement mais je la vis bien mieux depuis que je ne mise « pas toute ma vie » dessus...C'est parfois tentant ». « Aujourd'hui, je travaille avec quinze familles ayant des histoires difficiles : il est impossible de cogiter sur tout le monde le soir ». Elles insistent sur l'importance qu'il y a de faire la part des choses entre, d'une part, sa vie personnelle et, d'autre part, son métier. Il est nécessaire de segmenter. Parallèlement, le choix d'une profession se fait par rapport à nos goûts, nos attraits, notre identité personnelle. Ils sont liés.

Lors d'un entretien, une orthophoniste m'a confié avoir choisi de ne pas exercer à proximité de son domicile, d'avoir un temps de trajet pour s'y rendre suffisamment important pour avoir le temps de se « mettre en conditions » en allant travailler, et de « décompresser », en rentrant chez elle.

Ce temps, comparable à un « sas de décompression » et de mise en conditions peut être nécessaire à l'équilibre psychique de l'individu.

Nous pouvons adorer notre métier mais nous ne sommes pas réduits à celui-ci et restons avant tout des Hommes. Notre vie professionnelle ne doit pas se faire au détriment de notre vie personnelle. Elles peuvent être complémentaires, s'enrichir mais l'une de doit pas envahir l'autre. Il faut trouver le juste équilibre.

Notre vie professionnelle doit aussi comporter des pauses. Il faut savoir « se vider la tête » sinon une certaine fatigue nerveuse peut apparaître. L'orthophonie était un travail dans l'humain. Nous accueillons quotidiennement la parole, la souffrance de l'autre. Il est nécessaire de pouvoir s'en défaire sinon notre équilibre psychique est mis à mal.

Se pose la question de la frontière entre l'orthophonie et les autres professions notamment celle de psychologue ou de psychothérapeute. Notre rôle est différent. En tant qu'orthophoniste, à la sortie de l'école tout du moins, nous n'avons pas les clés pour accueillir et gérer cette parole de l'autre.

Où se situent les limites de notre travail relationnel ? « Qu'est-ce qui distingue orthophoniste et psychothérapeute ? Quel est le pas qui, une fois franchi, ferait de l'orthophoniste un psychothérapeute ? Nous ne saurions répondre à ces questions mais nous émettons l'hypothèse que plus la finalité du travail de l'orthophoniste s'éloigne de la simple disparition du symptôme, plus son exercice se rapproche d'une pratique psychothérapeutique »<sup>131</sup>.

---

<sup>131</sup> Martineau, F. (1996). *De la relation d'aide, définie au cours du bilan entre l'orthophoniste et les consultants*, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

Nous n'avons pas la formation nécessaire à l'écoute de tant de souffrances, ni de moyens à disposition pour gérer tout ce que cela « remue » en nous.

Dans ce mémoire, nous voulons dire que nous pouvons être à l'écoute de ce que nous éprouvons et s'en servir comme outils dans la prise en charge. Quelle signification puis-je accorder à ce que j'éprouve ? Qu'est-ce qui se joue chez ce patient en face de moi ?

Il faut aussi garder à l'esprit qu'une prise en charge orthophonique est temporaire. Elle arrive toujours à un terme, que ce soit par choix du patient ou de son entourage, parce qu'il a progressé suffisamment et peut désormais « voler de ses propres ailes », parce que le patient est décédé (dans le suivi de pathologies dégénératives par exemple), parce que nous sommes arrivés à un stade de la prise en charge où il n'y a plus de progrès (voir orthophonie comme de l'occupationnel). L'affect que nous allons mettre dans ces relations est différent de celui d'une relation amicale ou amoureuse. Nous sommes dans une relation professionnelle.

Il faut également savoir rester à sa place « d'orthophoniste » c'est-à-dire veiller à maintenir de bonnes relations avec l'entourage du patient, ne pas rentrer « en compétition » avec lui. Cela peut être délicat quand nous offrons au patient une place qu'il n'a pas ailleurs, un « espace de liberté » qu'il ne connaît peut-être pas en dehors... Cependant, nous ne devons pas prendre la place de son entourage, il faut le garder à l'esprit.

De même, nous ne devons pas compatir des difficultés de nos patients<sup>132</sup>.

« Cependant, il serait absurde de penser que le thérapeute puisse ne pas s'impliquer émotionnellement. La relation, dans de telles conditions, serait d'ailleurs tout simplement impossible. Il n'est donc pas question d'atteindre un état de désaffection totale »<sup>133</sup>. « Le thérapeute peut avoir tendance, en effet, à établir une trop grande réserve, à se protéger derrière une « attitude professionnelle », une « relation impersonnelle » de peur d'être pris au piège en se laissant aller à des sentiments positifs envers le consultant »<sup>134</sup>. Qu'en est-il donc des prises en charge où la communication émotionnelle de l'orthophoniste est moindre ? Une relation sans échanges émotionnels n'est-elle pas une relation « appauvrie » ?

Communiquer ses impressions, ses émotions, être dans un véritable échange avec le patient est également moteur de cette prise en charge c'est-à-dire source d'énergie pour avancer, aller de l'avant dans la rééducation. Qu'éprouve le patient face à de l'« impassibilité » ? Mais ne rien vouloir laisser paraître, est-ce être impassible ? Que peut-on alors penser des rendez-vous

---

<sup>132</sup> Confère partie Pratique

<sup>133</sup> Martineau, F. (1996). *De la relation d'aide, définie au cours du bilan entre l'orthophoniste et les consultants*, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

<sup>134</sup> Rogers, C. (1968). *Le développement de la personne*, Dunod, p41.

oubliés, des retards en séance ? Doit-on y voir un lien ? Cela ne reflète-t-il pas inconsciemment ce que nous projetons dans la rééducation ? Peut-on voir derrière ces retranchements du professionnel un mode de protection de sa personne ? En ne communiquant pas son investissement affectif, ne limite-t-on pas le danger éventuel d'avoir à souffrir si le cadre posé est mis à mal où rompu ?

Des outils sont à notre disposition pour tenter d'écouter et gérer ses affects. Ils font l'objet d'un prochain développement.

Parallèlement à l'orthophoniste lui-même, le patient aussi peut ressentir l'influence de l'investissement affectif de l'orthophoniste dans la prise en charge.

### **B. Pour le patient**

L'investissement de l'orthophoniste, et de l'entourage du patient, peut induire un comportement chez ce dernier qui lui fera appréhender sa demande autrement que comme sienne. Le patient peut progresser pour faire plaisir à sa famille, à son entourage, au professionnel. Anne-Christelle Beauparlant<sup>135</sup>, rencontrée dans le cadre de ce mémoire, qualifie ce moment de la prise en charge de transversal c'est-à-dire presque présent dans tous les suivis. Il faut veiller à ce qu'il reste passager. Le patient doit ensuite conscientiser sa propre demande.

Notre façon d'être et de faire, au travers nos modalités de communication, ne doit pas faire perdre de vue au patient le rôle professionnel que nous avons vis-à-vis de lui. Cette relation d'aide cessera à un moment. Nous sommes payés pour un « service ». Notre relation ne peut s'étendre au-delà de ce champ même s'il est difficile de trouver sa place dans une relation d'aide qui ne génère pas de la dépendance.

De très bonnes relations, qui plus est dans un cadre privilégié, ne doivent pas mettre à mal les relations du patient avec son entourage, ses parents par exemple. Il ne faudrait pas mettre le patient en position de culpabilisation par rapport à cela. Avec des enfants notamment, les parents ne doivent pas s'imaginer qu'on veuille prendre leur place, les remplacer dans leur rôle éducatif.

Par ailleurs, notre rôle peut vite être perçu comme pédagogique. Là encore, notre attitude dans la pratique a ses effets. Nous pouvons utiliser des supports d'ordre scolaire mais les utiliser comme moyens et non comme fins en soi. Notre rôle est différent de celui des instituteurs. Le manque d'informations quant à l'aspect relationnel de notre métier est à mettre en cause dans ces représentations tout comme nos échanges avec le patient. N'y a-t-il pas un lien entre les

---

<sup>135</sup> Orthophoniste à l'Hôpital Mère-Enfant, Nantes

discussions et les activités réalisées en séance et la façon dont il appréhende notre relation et s'y investit?

Il est parfois difficile pour l'orthophoniste de s'investir dans une prise en charge mais de s'imposer également des limites quand par exemple parfois on « accroche » bien avec un patient. La relation est fluide, il y a un très bon « feeling », on qualifie l'autre de très sympathique. Le patient peut rechercher les limites de ce cadre, en se permettant des comportements qui vont mettre à mal ces barrières implicites. Il faut alors savoir recentrer la situation. De manière générale, cela est bien perçu car l'orthophoniste comme le patient sait, consciemment ou non, que ce « recadrage » est bénéfique.

Si l'orthophoniste ne se sent pas à l'aise pour discuter, échanger avec son patient, je pense que celui-ci le ressentira et ne sera pas non plus très à l'aise pour se confier, se laisser aller, faire confiance. Ces moments, moins positifs, doivent nous questionner sur ce qui induit cette réaction de notre part.

Il en est de même quand l'on ne supporte pas un patient. Cela arrive. Qu'en est-il de ces séances où l'on n'est pas bien, où l'on s'ennuie, où l'autre nous agace ? Là encore, je pense qu'on doit se poser question. La réponse n'est sûrement pas évidente à trouver mais avoir conscience de ce que l'on éprouve et en faire quelque chose c'est déjà travailler.

En retour, l'investissement du patient va induire des comportements, une relation avec l'orthophoniste. Tout est lié, les effets sont réciproques.

Si le patient et l'orthophoniste, de par leurs comportements, agissent mutuellement sur l'investissement de l'autre dans la prise en charge, qu'en est-t-il de la rééducation en tant que telle ?

### **C. Pour la rééducation**

Balint disait « La difficulté la plus commune rencontrée par les médecins dans leur travail psychothérapeutique est peut-être celle qui est due à leurs propres émotions ; celles-ci peuvent intervenir dangereusement dans le développement de l'interaction constructive »<sup>136</sup>.

L'un des premiers « dangers » d'un investissement ou d'un désinvestissement affectif trop important de la part du professionnel dans son travail, avec le patient est qu'il perde de vue les objectifs à la prise en charge. L'orthophoniste pourrait, par exemple, tolérer certains comportements, réactions ou encore « résultats » qu'il n'accepterait pas ou jugerait moins convenables chez d'autres patients. Tout comme il pourrait être plus intransigent.

---

<sup>136</sup> Balint, M. (1961). *Techniques psycho-thérapeutiques en médecine*, Paris, Payot, 1966.

La prise en charge orthophonique, la relation particulière qui s'installe entre le professionnel et le patient peut aussi être perçue comme un bénéfice secondaire du trouble. C'est un espace, un moment privilégié que l'on accorde au patient et qu'il ne retrouve peut-être pas ailleurs. Il faut garder une prise de recul par rapport cela, l'exprimer peut-être, afin de ne pas perdre de vue les objectifs thérapeutiques définis ensemble.

C.Rogers<sup>137</sup> affirme que « s'il peut « se dépouiller de son moi, c'est-à-dire des attitudes, besoins et tendances caractéristiquement personnels qui guident son comportement ordinaire, le thérapeute évitera de donner prise à des sentiments qui n'auraient pas lieu d'être dans une telle relation et qui seraient néfastes au travail envisagé ».

Françoise Martineau<sup>138</sup> s'interroge : « L'orthophoniste ne doit-il pas trouver la bonne distance entre le « contact fusionnel où l'on se perd et l'éloignement externe où l'on perd l'autre<sup>139</sup> » ?

« Une indépendance des sentiments est souhaitable entre l'orthophoniste et le consultant. Ces deux partenaires doivent exister l'un en dehors de l'autre avec des sentiments et des droits propres. N'est-il pas dans le rôle de l'orthophoniste d'essayer de maintenir cette distance ? Sa personnalité ne doit-elle pas être telle qu'il puisse limiter « sa propre identification de façon à servir au mieux les intérêts de celui qu'il doit aider<sup>140</sup>? Il essaie de contrôler ses propres introjections et projections ; il ne prend pas pour lui et sur lui les sentiments du consultant, il n'est pas absorbé par son besoin de dépendance, « détruit par sa colère », prisonnier de son besoin d'amour...

Il s'agit donc de trouver le juste investissement, une implication qui ne va pas au-delà du bien de l'aidé et que Rogers conçoit comme un lien caractérisé par « la chaleur, l'intérêt, l'émotion sympathique et un degré clairement et nettement limité d'attachement affectif<sup>141</sup> »<sup>142</sup>.

Balint a analysé<sup>143</sup> la relation médecin-malade, les émotions en jeu au cœur de cette relation et leurs enjeux.

---

<sup>137</sup> Rogers, C. (1973). *Psychothérapies et relations humaines*, Studio Psychologie, p233.

<sup>138</sup> Martineau, F. (1996). *De la relation d'aide, définie au cours du bilan entre l'orthophoniste et les consultants*, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

<sup>139</sup> Kohn, R. (1998). *Les enjeux de l'observation: sur les enjeux de nos façons de percevoir et de décrire les faits humains et une exploration de l'observation questionnante*, Anthropos.

<sup>140</sup> Rogers, C. (1970). *La relation d'aide et la psychothérapie*, ESF.

<sup>141</sup> Rogers, C. (1970). *La relation d'aide et la psychothérapie*, ESF, p95.

<sup>142</sup> Martineau, F. (1996). *De la relation d'aide, définie au cours du bilan entre l'orthophoniste et les consultants*, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

<sup>143</sup> Balint, M. (1961). *Techniques psycho-thérapeutiques en médecine*, Paris, Payot, 1966.

### *a. Réflexion de Balint*

« On recommande aux médecins d'être « sur leurs gardes », de contrôler leurs émotions et de conserver une attitude imperturbablement objective et compréhensive. Tout cela paraît fort sensé ; malheureusement, à part la recommandation d'une analyse personnelle approfondie comme la meilleure préparation à un tel travail psychothérapeutique, la littérature est à peu près muette quant aux voies par lesquelles ce résultat peut être obtenu.

Certes nous n'avons pas trouvé LA solution mais une solution: [...] si des sentiments ou des émotions quels qu'ils soient se trouvent suscités chez le médecin pendant le traitement du malade, ils doivent être également évalués comme un symptôme important de la maladie du patient ; mais en aucun cas ils ne doivent s'exprimer par l'action. Réaliser cette évaluation et en même temps à la tentation d'agir selon ses sentiments est une tâche assez difficile, dont la maîtrise exige un apprentissage considérable. Naturellement, faire cette évaluation est beaucoup plus facile pour une tierce personne non impliquée qui écoute le rapport spontané du médecin que pour le médecin concerné lui-même<sup>144</sup> ». Ainsi, lorsque le thérapeute, l'orthophoniste par exemple, a conscience d'éprouver quelque chose, il doit s'interroger sur ce qui se joue dans sa relation avec le patient.

« La situation thérapeutique court un danger beaucoup plus grand lorsque le médecin n'a pas conscience de ses sentiments ; dans ce cas, il se peut qu'il ne s'aperçoive même pas de ce qu'il fait à son patient, soit comme résultat direct de ses émotions, soit indirectement en essayant de surcompenser les sentiments inconscients de culpabilité qu'il en éprouve.

Lorsque le médecin a, pendant longtemps, permis à ses émotions de déterminer sa façon de traiter le cas, la relation entre lui-même et le malade est si embrouillée qu'il lui sera très difficile de s'en dégager, c'est-à-dire de changer son mode de réaction et plus difficile encore de réaliser un changement quelconque chez son malade. Mais même lorsque le malade ne quitte pas son médecin<sup>145</sup>, ou bien il se retire progressivement, ou bien la réaction reste tendue et stérile. Il est rare que le médecin parvienne à rétablir la situation »<sup>146</sup>.

Dans un des groupes Balint les plus avancés, un formulaire a été expérimenté ; spécialement conçu pour fixer l'attention du médecin, entre autres, sur l'interaction des émotions entre lui-même et son patient. Il a été démontré que les médecins n'étaient pas objectifs dans leur analyse de cette relation. Ils en ont une perception très différente de celle que peut avoir une tierce personne sur cette même relation.

---

<sup>144</sup> En référence aux groupes Balint, décrits dans un prochain paragraphe

<sup>145</sup> En référence au cas clinique présenté dans son livre

<sup>146</sup> Balint, M. (1961). *Techniques psycho-thérapeutiques en médecine*, Paris, Payot, 1966.

Ainsi, cette influence des émotions sur la pratique, est d'importance capitale. Si le médecin travaille seul sans jamais avoir l'occasion de discuter de ses expériences et de ses problèmes techniques avec un confrère non impliqué, le plus souvent, l'influence de ses émotions sur le traitement demeure, dans une large mesure, inconnue. D'une façon générale, il ne peut même pas avoir conscience du fait que des émotions ont été suscitées en lui par ses patients. Il en est surtout ainsi lorsque le traitement prend un cours satisfaisant.

Un autre facteur vient rendre plus difficile encore pour le médecin de reconnaître l'influence de ses émotions. C'est l'auto-sélection des patients par rapport à la technique du médecin. Explication : la technique individuelle du médecin dictée par les émotions dues à son caractère convient aux malades, ils restent avec lui et tirent bénéfice de ses soins et prescriptions ; sinon ils s'en vont chez un autre médecin. Il en résulte que dans sa propre clientèle, surtout si elle est solidement établie, le médecin a de moins en moins de raisons d'examiner de façon critique ses réponses émotionnelles habituelles. Il n'est pas du tout impossible que quelque chose de similaire puisse se produire dans la clientèle des psychanalystes ». Nous ajouterons là, ni dans celle des orthophonistes car rappelons-le, l'orthophonie un travail dans l'humain, un travail relationnel et qui dit « relation » dit « émotions ».

« Le remède classique contre les effets indésirables des émotions incontrôlées ou inconscientes du médecin est l'analyse personnelle<sup>147</sup>. Dans tous les cas, il s'agit d'aider le médecin ou le thérapeute dans une certaine mesure à prendre conscience de ses émotions, à les reconnaître et à les contrôler, au lieu d'agir selon elles. Les limites de ce type d'aide sont atteintes quand les émotions suscitées chez le médecin appartiennent à ce que l'on appelle des « réponses raisonnables ». Par leur apparence, elles échappent à la critique vigilante normale et sont acceptées comme faisant partie de l'attitude psychothérapeutique professionnelle courante ».

Finalement, le conseil à suivre serait le suivant : « Lorsqu'un médecin ressent quoi que ce soit pendant le traitement d'un malade, il doit s'y arrêter et examiner ses émotions comme symptôme éventuel de la maladie mais ne doit jamais agir selon ses émotions ».

Les émotions peuvent servir d'outils à la réflexion et la pratique du thérapeute. Bien sûr, en réalité, cela reste très difficile à appliquer. La solution particulière, pour Balint, est la participation à des discussions en groupe avec d'autres professionnels.

---

<sup>147</sup> Etymologiquement, au sens premier, « analyse » signifie « dénouer »...

### **III. De l'écoute de ses émotions et de la relation à la pratique orthophonique**

#### **A. Groupes de supervision**

Discuter avec son entourage peut permettre de poser des mots sur des situations, parfois difficiles, rencontrées dans son travail. En discuter « soulage d'un poids » celui qui les a vécues. Cependant, nos proches n'ont pas toujours, en retour, les mots adéquats car ils ne possèdent pas toutes les « clés » pour comprendre, ne partagent pas nécessairement notre expérience pour nous aider à y voir plus clair. Nous n'avons pas non plus toujours le même langage<sup>148</sup>. De plus, notre entourage est-il toujours disposé à écouter ces difficultés ?

Le travail en cabinet, à plusieurs, ou en institutions offre, parfois, des temps de discussions avec les collègues. Ces réunions peuvent être comparées aux groupes de supervision ou groupes d'analyse de la pratique.

#### ***a. Définition***

Le Groupe de Recherche et d'Etude en Orthophonie<sup>149</sup> a mis en place des groupes d'analyse de la pratique, à Nantes, avec une psychanalyste, Mme Brigitte Quéré. Elle décrit ces réunions de la manière suivante:

« Dans le groupe chacun s'exprime en son nom et en tant que professionnel sur sa pratique. Chacun choisit de prendre la parole ou non.

En tant qu'animateur, je suis le garant de la confidentialité de ce qui est dit pendant la séance. Et le garant de la prise de parole de chacun et du respect de la parole de chacun. En tant que psychanalyste, je suis là pour témoigner de la découverte freudienne de l'inconscient, c'est-à-dire que le moi n'est pas maître dans sa maison.

Celui qui prend la parole peut s'appuyer sur une situation concrète (la difficulté avec tel enfant par exemple) ou sur une difficulté récurrente (avec les parents plus généralement par exemple) pour exprimer ce qui le questionne.

Les échanges qui en découlent peuvent permettre de : repérer la place que le professionnel occupe dans sa pratique vis-à-vis de celui qu'il « rééduque » ou vis-à-vis des institutions avec lesquelles il travaille ; dénouer des transferts qui paraissent faire obstacle à l'avancée du travail, que ce soit de côté du professionnel ou du côté de celui qui est pris en charge ; éclairer des

---

<sup>148</sup> Confère « jargon professionnel » précédemment abordé.

<sup>149</sup> GREO

situations qui paraissaient confuses ou dans l'impasse ; s'ouvrir à de nouveaux questionnements et faire des liens entre les situations... ».

Les groupes de supervision permettent donc de partager les doutes et questions que l'on peut rencontrer dans sa pratique et de prendre du recul par rapport à des situations. Le regard extérieur, neutre, sans jugement peut nous éclaircir. En effet, « plongés » dans une relation, on peut y perdre son objectivité et son sens critique.

Dans le questionnaire, très peu d'orthophonistes nous ont dit participé à des groupes de ce genre. Toutefois, bon nombre le regrette, tout comme le fait que cette pratique ne soit pas systématiquement instaurée dans les centres.

M.Balint, dont nous avons beaucoup parlé, a, suite à ses travaux d'études, créé un groupe particulier de supervision qui porte son nom et qui est principalement basé sur les émotions du thérapeute et leur écoute.

### ***b. Un groupe spécifique : les groupes Balint***

« La méthode de travail de Balint, très innovante (1957) s'inspire de la technique analytique de libre association.

Actuellement, les groupes Balint ne sont plus destinés uniquement aux médecins généralistes. Il existe même des groupes de non-soignants (avocats, juristes, assistantes sociales...).

#### ▪ Fonctionnement d'un groupe Balint

Un groupe balint est composé d'une dizaine de participants avec un leader qui est psychanalyste. Il se réunit deux fois par mois pendant plusieurs années. Les séances durent deux heures et un des participants expose un cas qui lui a posé un problème relationnel. Le narrateur raconte sans notes puis chacun intervient selon ses désirs : une demande de précision, un avis, une question, un fantasme, une pensée associative...dire ce qui passe par la tête, être spontané, avoir le droit à la « bêtise » comme disait Balint<sup>150</sup>. Le psychanalyste ayant pour rôle, entre autres, de canaliser une éventuelle agressivité du groupe, ou d'un membre du groupe et de recentrer sur le patient.

---

<sup>150</sup> En référence à Even, G. (2002). *Comment fonctionne un groupe Balint ?*, Rev Prat Med Gen.

Les objectifs de cette formation étant de « permettre aux praticiens d'analyser les implications affectives et émotionnelles dans le travail avec les patients et de rechercher de quelles ressources personnelles ou professionnelles ils disposent pour s'en occuper<sup>151</sup> ».

Balint a pu grâce à l'observation de ces groupes, théoriser et créer des concepts qui sont à la base de toute relation soignant-soigné et qui maintenant font partie intégrante de notre culture médicale »<sup>152</sup>. Ces concepts comme le « médecin médicament » ou la fonction apostolique, entre autre, ont été précédemment développé dans cet écrit.

- Voies de modifications

« Il a été repéré quatre voies de modifications apportées par le travail en groupe Balint.

Une première voie de modification : si le médecin ne se « dit » pas, en fait il s'expose indirectement. Au fil des séances, le groupe s'aperçoit que le médecin raconte le même genre d'histoires (en analyse, c'est l'importance de la répétition). Le groupe par ses interventions, ne tardera pas à le faire remarquer. Si le médecin reste assez longtemps dans le groupe, il finira par comprendre sa propre répétition jusque-là inconsciente. Alors peut se produire, un début, une amorce de modifications de ce comportement, voire une modification de lui-même<sup>153</sup>.

Une deuxième voie de modification est produite par l'écoute des autres. Le médecin fonctionne là en tant que personne incluse dans le groupe. Il perçoit par les échanges verbaux et non verbaux les lacunes, les répétitions, les lapsus de l'autre. Celui qui a fait remarquer précédemment telle répétition de situation a peut-être lui une difficulté ailleurs. Bion a particulièrement étudié ces phénomènes de dynamique de groupe<sup>154</sup>.

Une troisième voie, très importante, est le soutien actif du groupe. Le médecin perd sa peur de parler car il s'aperçoit qu'il peut compter sur le groupe. Le médecin s'expose, se met et se remet en question, réfléchit à sa façon d'exercer, conçoit l'importance de tout ce qu'il dit, des échanges non-verbaux, de son silence lors de certaines questions. La force du groupe est telle qu'il pourra partir rassuré, décidé à conserver ce patient qu'il aurait lâché. Il a reçu ce qu'il cherchait : le partage de sa propre angoisse.

Une quatrième voie, peu apparente, et beaucoup plus « psy » est l'identification au leader. Le leader est une image (c'est-à-dire un support pour les fantasmes) en même temps qu'une

---

<sup>151</sup> En référence à Pouchain, D., et al. (1996). *Médecine générale, concepts et pratiques*, Paris, Masson.

<sup>152</sup> Grimaldi, A., Cosserat, J. (2004). *La relation médecin-malade*, Paris, Elsevier.

<sup>153</sup> En référence à Anzieu, D. (1972). *Le travail psychanalytique dans les groupes*, Paris, Dunod.

<sup>154</sup> En référence à Bion, WR. (1961). *Experiences in groups*, Paris, PUF.

réalité. Du côté du leader, il semble indispensable qu'il connaisse assez bien la médecine et la vie du médecin pour observer les conduites exposées<sup>155</sup>.

Il existe deux conditions pour que ces mécanismes opèrent : la durée du groupe et la qualité du candidat, autrement dit sa capacité de modification. D'où les entretiens préliminaires avec le leader avant d'entrer dans un groupe.

Pour Balint, il y a les médecins qui restent dans le groupe sans modification (résistance), il y a les médecins qui restent et se modifient et il y a les médecins qui partent »<sup>156</sup>.

#### ▪ Résultats

« La formation, si elle est bien faite et bien réussie, permettra au médecin de mieux connaître ses limites et d'accepter la perte de son pouvoir médical. Il saura que le transfert et le contre-transfert sont actifs dans toute relation.

La formation du médecin<sup>157</sup> se fera sans que les termes techniques de la psychanalyse soient utilisés. L'approche, la découverte de l'inconscient (du malade et du médecin) sont produites par l'action, par l'expérience, sans explication ni théorisation. Le tout avec un langage symbolique qui jaillit spontanément et naturellement. L'amélioration pour le médecin est subjective : il se dit plus heureux ayant retrouvé ou augmenté le plaisir d'exercer son métier. L'amélioration objective qui serait l'augmentation de l'efficacité est très difficile à évaluer »<sup>158</sup>.

Les discussions en groupe peuvent donc être bénéfiques à notre exercice.

Toutefois, si l'orthophoniste préfère entamer une démarche individuelle, il en a la possibilité sous forme de contrôle de cas.

#### *c. Le contrôle de cas*

« L'orthophoniste expose à un psychanalyste le cas du patient qui lui pose question, les incertitudes qui en découlent et son positionnement professionnel et personnel dans cette situation. Le psychanalyste peut donner des pistes théoriques, suggérer des embrayages pour mieux repartir. Cette démarche permet de situer sa position d'orthophoniste, d'analyser les résistances que l'on déploie »<sup>159</sup>.

---

<sup>155</sup> En référence à Jaury, P. (2002). *Des groupes Balint pour les résidents : pourquoi pas ?*, Rev Prat Med Gen.

<sup>156</sup> Grimaldi, A., Cosserat, J. (2004). *La relation médecin-malade*, Paris, Elsevier.

<sup>157</sup> En référence à Balint, M. (1979). *Le médecin en formation*, Paris, Payot.

<sup>158</sup> Grimaldi, A., Cosserat, J. (2004). *La relation médecin-malade*, Paris, Elsevier.

<sup>159</sup> Béguin, M. (2002). *Orthophonie et psychothérapie : questions et limites dans la pratique libérale*, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

Les discussions en groupe ou les contrôles de cas peuvent nous aider à écouter, comprendre les émotions éprouvées en prise en charge.

L'écoute de celles-ci peut donc être un véritable outil à notre pratique professionnelle et l'influencer. Notre relation au patient se verra évoluer.

D'autres outils, favorisant une meilleure communication et de meilleures relations sont également à notre disposition.

## **B. Outils particuliers**

### ***a. La systémie***

La systémie est l'étude d'un système c'est-à-dire des processus dynamiques, des relations entre différents protagonistes qui peuvent être un enfant et sa famille par exemple. Elle repose sur différents principes thérapeutiques. En voici quelques-uns :

Chaque thérapeute doit se trouver ses voies personnelles dans la pratique de son art, avec sa personnalité. La congruence du thérapeute est importante. Il doit se tenir simultanément à l'intérieur et à l'extérieur du système. Si la part de lui-même restée en dehors est suffisamment alerte, il s'apercevra le cas échéant qu'il s'est laissé happer par le système. Le domaine d'observation le plus important est celui des indices corporels et comportementaux : ceux de la famille et les siens. Les manifestations internes et corporelles du thérapeute lui offrent des informations précieuses.

Tout comme la systémie, la Programmation Neuro-Linguistique a pour objectif une meilleure compréhension des relations et d'appréhension de la communication.

### ***b. La programmation neuro-linguistique***

Ces auteurs, Bandler et Grinder ont nommé ainsi leur théorie pour les raisons qui suivent<sup>160</sup> :

« Programmation : parce que depuis notre plus tendre enfance, nous nous programmons, nous apprenons des choses, des manières de penser, de sentir, de ressentir et de nous comporter. Si nous faisons l'analogie avec l'informatique, nous possédons tous le même « hardware », matériel, notre cerveau. Ce qui change, c'est le « software », les programmes qui animent et qui permettent à l'ordinateur d'obtenir les résultats. La conclusion intéressante de tout ceci est puisque le matériel est le même (cerveau et système nerveux), ce que parvient à réaliser une personne, une autre en est potentiellement capable.

---

<sup>160</sup> Bandler, R, Grinder, J. (1976). The structure of magic, Science and Behavior Books.

Neuro : parce que cette capacité d'apprentissage, cette capacité à mettre en place des manières de penser, de ressentir et d'agir repose sur le fonctionnement de notre système nerveux. C'est lui en effet, qui grâce à nos cinq sens perçoit l'environnement, le monde dans lequel nous vivons, interprète, code et transmet les messages de tous ordres. Les techniques de la PNL agissent directement sur cette organisation neurologique.

Linguistique : parce que c'est le langage qui structure et reflète la façon dont nous pensons. Il est le véhicule de nos expériences, de nos perceptions et de nos représentations du monde.

Si nous devons résumer en une phrase ce que représente la PNL, nous dirions que c'est une technologie de la communication et du changement. Elle apporte, notamment, des outils quant à la communication, la qualité relationnelle et le développement personnel. Elle appréhende la communication au sens le plus large, elle s'y intéresse car elle permet de saisir et de modifier la manière dont les individus apprennent changent et se développent. C'est une démarche aux aspects multiples couvrant un champ tellement large qu'il est difficile de proposer une définition unique ».

Notre relation avec le monde extérieur passe nécessairement par au moins l'un de nos cinq sens. Au fil du temps chacun d'entre nous favorise un ou deux des cinq sens. Nous avons tous un mode de communication spécifique et notre expression reflète cet état de fait.

La PNL replace les cinq sens en canaux de communication. C'est ce que rappelle le sigle V.A.K.O.G. : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif

Le kinesthésique fait référence au toucher mais aussi à tout le ressenti que l'on peut avoir par le corps. Dans ce sens l'olfactif et le goût sont souvent abordés comme du kinesthésique, même si les vocabulaires spécifiques peuvent être très différents (ce sont nos sens qui nous mettent en relation avec notre environnement).

Est qualifié de « visuel » quelqu'un qui privilégie le sens de la vue pour organiser son expérience et pour communiquer. Il retrouve ses souvenirs par l'impression visuelle qu'il en a et il s'exprime avec un vocabulaire lié à la vision (par exemple : « J'imagine que... » ou encore « Je vois bien que... » et enfin « c'est clair »).

Quelqu'un qualifié d'« auditif » privilégie les perceptions auditives pour organiser et accéder à son expérience. Quelqu'un qui privilégie le canal auditif associera volontiers un numéro de téléphone à une rengaine par exemple. Il emploie un vocabulaire de registre auditif. (Par exemple : « J'entends bien... » ou encore « Ce que vous me dites fait écho à... »)

Les « kinesthésiques » sont ceux qui d'une façon générale utilisent leur ressenti physique (mouvements, postures, équilibres) pour organiser leur expérience et y accéder. Le vocabulaire

privilegié alors fait référence à ces domaines : « Garder les pieds sur terre... », « Je me prends la tête... » ...

### *c. La sophrologie*

La sophrologie (ou étude de la conscience en harmonie), a été créée en 1960 par Alfonso Caycedo (médecin neuropsychiatre), qui a ensuite approfondi et renommé sa conception en sophrologie caycedienne. C'est pour lui une science qui favorise la résolution de désordres (psychiatriques, physiologiques, existentiels), permettant de développer une personnalité plus harmonieuse, par la conscience de soi et le renfort des structures positives.

La sophrologie est utilisée comme technique de relaxation et de connaissance de soi. Elle permet de développer une meilleure écoute de soi, de ce que nous éprouvons.

Il m'a semblé intéressant d'aborder cette technique car même si elle est d'abord centrée sur l'individu, elle lui permet de gérer et d'appréhender, ensuite, autrement ses émotions dans son rapport aux autres. Nos émotions ne témoignent-elles pas de notre relation à autrui ? Ne l'influencent-elles pas également ?

La présentation de ces quelques outils n'est qu'une piste dans ce travail d'écoute de soi, de ce que nous éprouvons et des relations en jeu. Il en existe bien d'autres que nous ne saurons citer. Leur utilisation peut influencer notre pratique.

En orthophonie, des théories de rééducation sont fondées sur la dynamique de la relation.

## **C. Méthodes de travail spécifiques**

La Pédagogie Relationnelle du Langage (PRL) et la Thérapie du Langage et de la Communication (TLC) sont basées sur cette dynamique du processus relationnel. Le choix de développement de ces théories repose sur l'importance accordée au patient en tant que sujet. L'attention portée ici aux phénomènes transférentiels et contre-transférentiels et à la relation thérapeutique rejoint notre problématique initiale sur l'intérêt d'être conscient de ce qui se joue en prise en charge.

### *a. La Pédagogie Relationnelle du Langage*

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

Il définit la pédagogie comme celle « qui implique que toute personne peut, à un moment donné, apporter une réponse éclairante à la demande d'une autre<sup>161</sup> ». « Il s'agit d'un accompagnement à l'acquisition des connaissances sociales et culturelles des hommes, dont les langages oral et écrit font partie. Chassagny souligne déjà que nous ne sommes pas, nous, rééducateurs, détenteurs et imposeurs du savoir absolu, c'est même tout le contraire puisque la démarche vient du patient »<sup>162</sup>. « La pédagogie est une conduite de disponibilité à la disposition de celui qui cherche, qui, à la limite, peut trouver lui-même une réponse à sa question ou éventuellement trouver une aide, une orientation, un accompagnement chez l'autre »<sup>163</sup>.

« Ces échanges se déroulent dans une communication « naturelle », où chacun apporte sa spécificité à l'autre. Alors le terme de relationnel se conçoit aisément. La PRL suppose une position de travail qui respecte le sujet dans ce qu'il est et dans ce qu'il exprime à travers son symptôme, car elle s'articule autour de la problématique du transfert/ contre-transfert. Le patient arrive avec son histoire, ses drames, et ses symptômes, et le professionnel possède lui-même sa propre histoire, son (in)expérience, ses angoisses. La rencontre pédagogique de ces deux personnes va les bouleverser toutes les deux, dans un ensemble de réactions positives et négatives, conscientes et inconscientes, d'interprétation, d'identification, de transfert et contretransfert »<sup>164</sup>.

Nous introduisons ici le troisième terme, le langage. Chassagny prend le langage « dans son sens le plus large: il sera donc autant question du langage préverbal ou même du pré-langage que de la parole ou de l'écriture »<sup>165</sup>. « En PRL, le but premier est de favoriser ce langage, sous quelque mode que ce soit, afin que l'enfant s'apprenne à communiquer, selon l'expression Chassagny qui insiste sur le *s'*, réfléchi, rappelant ainsi que c'est dans ses propres faire et dire que va se jouer l'évolution de l'enfant.

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

Chassagny appelait « perception théorique du mot » la définition personnelle que chacun donne à un mot, et « pouvoir évocateur du mot » la résonance affective que le mot produit sur chacun. C'est là un point fort de la PRL de s'interroger sur cette emprise réciproque qu'ont les

---

<sup>161</sup> Chassagny, C. (1977). *La pédagogie relationnelle du langage*, Presse Universitaire de France.

<sup>162</sup> Béguin, M. (2002). Orthophonie et psychothérapie : questions et limites dans la pratique libérale, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

<sup>163</sup> Chassagny, C. (1977). *La pédagogie relationnelle du langage*, Presse Universitaire de France.

<sup>164</sup> Béguin, M. (2002). Orthophonie et psychothérapie : questions et limites dans la pratique libérale, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

<sup>165</sup> Chassagny, C. (1977). *La pédagogie relationnelle du langage*, Presse Universitaire de France.

mots et l'imaginaire de l'enfant. Le rééducateur a pour rôle d'aider l'enfant à trouver l'usage du code, le désir d'entrer dans le champ symbolique de l'adulte, de la communication socialisée, émergeant de la dynamique de la relation.

Ce qui peut surprendre, en PRL, au départ, c'est l'accompagnement que l'on propose à l'enfant, sans rien imposer d'exercices ou de technique. « Le fardeau de l'apprentissage de la lecture et de l'orthographe qui pèse sur un enfant momentanément incapable de l'approcher doit être temporairement mis à distance: on y reviendra plus tard quand la demande de l'enfant sera exprimée en s'appuyant sur la réalité de son évolution qui rendra efficace l'expérience. Le langage contenu dans nos séances peut être autre. Le principal est que l'enfant exprime quelque chose de lui à quelqu'un »<sup>166</sup>. C'est bien l'enfant qui est acteur de sa rééducation et il est impliqué dans ce projet par le « Qu'est-ce que *nous* faisons pour *toi* aujourd'hui ? » du rééducateur, qui recadre ainsi le but de leurs rencontres à chaque séance.

L'acte PRL a été décomposé en trois étapes par Claude Chassagny: la station, la conciliation et l'expression »<sup>167</sup>.

Nous ne développerons pas davantage le déroulement des séances avec cette méthode. L'intérêt de cette présentation réside dans sa découverte et le fait qu'elle partage des valeurs communes avec notre sujet.

Parallèlement à la Pédagogie Relationnelle du Langage, nous avons cité la Théorie du Langage et de la Communication.

### ***b. La Théorie du Langage et de la Communication***

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

« Au-delà des clivages qui ont opposé les approches « techniques » et les approches « psychothérapeutiques » dans les rééducations du langage, la TLC s'inscrit dans une perspective originale : le trouble du langage ou de la communication n'est plus considéré sur le seul angle du

---

<sup>166</sup> Chassagny, C. (1977). *La pédagogie relationnelle du langage*, Presse Universitaire de France.

<sup>167</sup> Béguin, M. (2002). Orthophonie et psychothérapie : questions et limites dans la pratique libérale, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

handicap, mais comme un symptôme porteur d'un double sens : il porte sur la communication et il a valeur de communication en ce sens qu'il représente une manifestation de l'inconscient »<sup>168</sup>.

La TLC ne cherche pas à interpréter le symptôme mais elle lui accorde une grande place : la rencontre se fait au nom du symptôme (comme en rééducation) et nous sommes dans une dimension de sens (comme en psychothérapie). G. Dubois insiste vraiment sur le fait que le symptôme signifie quelque chose. « Quand bien même il apparaît que l'inconscient est « aux commandes », ce qui pourrait enjoindre tout sujet à consulter psychothérapeute ou analyste, nous pensons qu'il est fondamental de préserver la dimension de communication du trouble, c'est-à-dire de permettre à l'enfant, à l'adulte, d'élaborer un travail à visée signifiante en “ passant par ” ce symptôme, mode de communication privilégié »<sup>169</sup>.

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

Le thérapeute n'est pas dans la position de pourvoyeur de savoir mais d'accompagnement dans la démarche de découverte et d'approche du symptôme. Malgré la recherche de sens, « il n'est pas question de suggérer l'élucidation de la problématique, de stimuler l'élaboration en participant nous-mêmes de ce travail par l'interprétation: véritable jaillissement, parole née de l'inconscient de l'analyste »<sup>170</sup>.

Si la relation est intersubjective, alors il y a action du transfert. Il ne peut pas ne pas y avoir de transfert. Notre interrogation est de savoir ce qu'on en fait, comment on en tient compte. « Reconnaître le transfert, c'est en percevoir la dynamique dans la relation thérapeutique, rester sensible, lucide sur les différents affects dont nous sommes l'objet au cours des séances »<sup>171</sup>.

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

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

La TLC s'élabore sur une dimension d'écoute fondamentale de la part du thérapeute. Il est attentif à la demande du patient et prend une position de non pouvoir et non savoir sur l'autre. Il

---

<sup>168</sup> Dictionnaire d'orthophonie

<sup>169</sup> Dubois, G. (1999). *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*, Masson.

<sup>170</sup> Dubois, G. (1999). *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*, Masson.

<sup>171</sup> Dubois, G. (1999). *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*, Masson.

permet ainsi au patient de devenir sujet (et non pas objet de la rééducation) et d'exprimer ses péripéties.

Cette écoute n'est pas passive, elle passe par le filtre de ce que le thérapeute est et sait, et il lui faut adresser une réponse adaptée avec cette dimension de contre transfert. L'écoute permet d'être disponible au lent cheminement de l'autre »<sup>172</sup>.

La TLC s'appuie sur les travaux de Lacan et Winnicott.

Malgré leur intérêt, ces méthodes restent encore peu utilisées. Certains orthophonistes s'en inspirent parfois mais ne fondent pas toute leur pratique sur ces théories.

---

<sup>172</sup> Béguin, M. (2002). Orthophonie et psychothérapie : questions et limites dans la pratique libérale, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

## CONCLUSION

L'étude menée ici amène le professionnel à questionner ses émotions et les dynamiques psychiques en jeu dans sa relation avec le patient. Pour cela, il devra les écouter voire même les conscientiser. Elles ne sont pas dépourvues de sens et viennent signifier « quelque chose ».

Relation, émotion et communication sont les notions-clés de cette recherche. Elles sont fortement intriquées et empreintes de subjectivité. Cette dernière ne nous permet pas d'analyser des situations mais plutôt de mettre en avant des paramètres transversaux, comme l'existence de signes révélateurs de phénomènes décrits par la psychanalyse ou encore les liens entre le cadre posé en séance et la relation orthophoniste-patient.

Il est nécessaire que l'orthophoniste porte une attention toute particulière à ce qu'il éprouve. Ce mémoire se veut développer une vision nouvelle de la prise en charge et amorcer la construction d'une éthique professionnelle.

Le cheminement élaboré ne constitue qu'une étape d'un processus réflexif à poursuivre. La pratique s'enrichit d'un questionnement permanent, d'un travail sur soi et d'un partage avec d'autres professionnels.

## **BILAN PERSONNEL DE CE TRAVAIL D'ETUDE**

La problématique initiale que j'avais choisie de développer concernait les émotions éprouvées par l'orthophoniste en prise en charge. Très vite, je me suis aperçue de la difficulté de centrer mon discours. En effet, les notions de relation, d'émotion et de communication sont fortement intriquées. Il m'a alors semblé nécessaire de les approfondir également. L'étude d'un tel sujet est rendue difficile par sa grande subjectivité. Ainsi, je ne mets pas en évidence de vérités générales mais soulève plutôt des hypothèses au travers d'un questionnement.

Mon regard, encore novice, évoluera très certainement et m'amènera peut-être à reconsidérer ou nuancer mes propos. De même, l'expérience professionnelle m'apportera des réponses. Ce mémoire reflète donc ma vision des relations orthophoniste-patient d'un point de vue d'étudiante stagiaire. Il est basé sur mes observations, mes séances avec des patients, mes recherches et surtout sur de nombreuses discussions avec des professionnels.

Cette étude m'a permis de prendre du recul sur les relations humaines et les processus dynamiques en jeu entre les individus, source d'influences mutuelles.

Une longue réflexion sur le sujet m'a amenée à reconsidérer ma future pratique. Je suis rassurée quant au fait qu'il soit « normal » de réagir émotionnellement à des situations. J'ai appris qu'être conscient de ses émotions et les interroger pouvaient servir. Elles ne sont pas vaines et peuvent être le reflet de la problématique du patient.

Les échanges avec les professionnels ont été très constructifs et ont mis en avant la grande subjectivité de notre métier.

Aujourd'hui, je suis beaucoup plus attentive au système relation/émotion/communication. J'ai à présent des clés pour aider et accompagner au mieux le patient.

# BIBLIOGRAPHIE

## Ouvrages

- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*, Dunod.
- Anzieu, D. (1987) *Les enveloppes psychiques*, Dunod.
- Anzieu, D. (1972). *Le travail psychanalytique dans les groupes*, Paris, Dunod.
- Arfouilloux, J-C. (1996). *Cure-type : théorie et pratique, cadre et processus*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie.
- Bandler, R, Grinder, J. (1976). *The structure of magic*, Science and Behavior Books.
- Balint, M. (1961). *Techniques psycho-thérapeutiques en médecine*, Paris, Payot, 1966.
- Balint, M. (1979). *Le médecin en formation*, Paris, Payot.
- Baum, M. (1998). *La relation médecin-patient : entre proximité et distance*, Louvain Médecin.
- Bion, WR. (1961). *Experiences in groups*, Paris, PUF.
- Beaufils, L. (juin 2000). *Le toucher*, Cahiers de la puériculture, n°146.
- Beuparlant, A-C. (1999). *Le doute de l'orthophoniste : en quête d'une éthique professionnelle*, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».
- Béguin, M. (2002). *Orthophonie et psychothérapie : questions et limites dans la pratique libérale*, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».
- Bonneton-Tabariès, F., Lambert-Libert, A. (2006). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, Collection IFSI, Med-Line.
- Braconnier, A. (1996). *Le sexe des émotions*, Odile Jacob.
- Carillo, C. (2010). *Etre un soignant heureux : le défi, fluidifier les relations et apprivoiser les émotions*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- Chassagny, C. (1977). *La pédagogie relationnelle du langage*, Presse Universitaire de France.
- Christophe, V. (1998). *Les émotions, tour d'horizon des principales théories*, Collection Savoirs mieux, Septentrion, presses universitaires.

- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob.
- Damasio, AR. (1995). *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*, Odile Jacob, 2006.
- Dantzer, R. (1988). *Les émotions*, Collection Encyclopédique, Que sais-je, 1994.
- De la Monneraye, Y. (1991). *La parole rééducative*, Privat.
- Dictionnaire d'orthophonie. Deuxième édition
- Dubois, G. (1990). *Langage et communication*, Masson.
- Dubois, G. (1999). *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*, Masson.
- Even, G. (2002). *Comment fonctionne un groupe Balint ?*, Rev Prat Med Gen.
- Filliozat, I. (1997). *L'intelligence du cœur*, J-C Lattès.
- Freud. (1937). *Analyse terminable et interminable*.
- Grimaldi, A., Cosserat, J. (2004). *La relation médecin-malade*, Paris, Elsevier.
- Harel-Biraud, H. (1991). *Manuel de psychologie à l'usage des soignants: élèves infirmier(e)s D.E. et psychiatrie*, Masson.
- Hennel-Brzozowska, A. (2008). Article de la revue *Synergies Pologne*, n° 5.
- Jaury, P. (2002). *Des groupes Balint pour les résidents : pourquoi pas ?*, Rev Prat Med Gen.
- Kohn, R. (1998). *Les enjeux de l'observation: sur les enjeux de nos façons de percevoir et de décrire les faits humains et une exploration de l'observation questionnante*, Anthropos.
- Lacan, J. (séminaire du 8 mars 1961). *L'apport freudien*, sous la direction de Kaufmann, P.
- Laplanche, J., Pontalis, J-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*, 5<sup>e</sup> édition.
- Leporrier, M. (1999). *Le dictionnaire médical de la famille*, Flammarion.
- Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions, confrontation et évitement*, Collection Ouvertures psychologiques, De Boeck.
- Mannoni, M. (1985). *Un savoir qui ne se sait pas*, Collection L'espace analytique, Paris, Denoël.
- Martin, M. Article *Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité ; du cadre analytique au pacte*.

Martineau, F. (1996). *De la relation d'aide, définie au cours du bilan entre l'orthophoniste et les consultants*, Nantes, « Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie ».

Maury, L. (1993). *Les émotions de Darwin à Freud*, Collection Philosophies, puf.

Moley-Massol, I. (2007). *Relation médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités*, Collection Le pratique, Da Te be.

Moreau, A. (2005). *Psychothérapeute : « faire » de la thérapie ou « être » thérapeute ; les contre-transferts, les comportements du thérapeute, les réponses thérapeutiques*, Nauwelaerts.

Pommereau, X. (2001). *L'adolescent suicidaire*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod.

Pouchain, D., et al. (1996). *Médecine générale, concepts et pratiques*, Paris, Masson.

Racker, H. (1997). *Etudes sur la technique psychanalytique ; transfert et contre-transfert*, Césura.

Rogers, C. (1968). *Le développement de la personne*, Dunod.

Rogers, C. (1970). *La relation d'aide et la psychothérapie*, ESF.

Rogers, C. (1973). *Psychothérapies et relations humaines*, Studio Psychologie.

Schauder, C. (2005). *Françoise Dolto et le transfert dans le travail avec les enfants*, Collection Actualité de la psychanalyse, Ramonville Saint-Agne, Eres, 2008.

Vallée, R. (2000). *La relation émotionnelle*, Collection Bégaiement, pratiques thérapeutiques, Paris, Orthoédition.

Watzlawick, Beavin, Jakson. (1967). *Une logique de la communication*, Collection Points Essais, Du seuil.

Westein, D., Garitte, C. (2000). *Psychologie : Pensée, cerveau et culture*, De Boeck.

Winkin, Y. (1981). *La Nouvelle Communication*, Collection Essais, Seuil.

#### Sites web

<http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html>

[http://www.ville-larochesuryon.fr/mag/192/pdf\\_mag/Page\\_22.pdf](http://www.ville-larochesuryon.fr/mag/192/pdf_mag/Page_22.pdf)

<http://www.psychologies.com/cfml/toutsurlestherapies/popupconseil.cfm?id=44&paragraphe=4&rd=0.11308724643294321>

<http://www.goulet.ca/pdf/diversite.pdf>

[http://www.ci-naps.fr/IMG/pdf/Systeme\\_limnique\\_Emotions\\_STUD\\_09.pdf](http://www.ci-naps.fr/IMG/pdf/Systeme_limnique_Emotions_STUD_09.pdf)

[http://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/histoire\\_bleu02.html](http://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/histoire_bleu02.html)

<http://www.cnrtl.fr/etymologie/%C3%A9motion>

[http://www.freud-lacan.com/articles/article.php?id\\_article=00842](http://www.freud-lacan.com/articles/article.php?id_article=00842)

<http://www.causefreudienne.net/etudier/essential/de-l-autre-de-la-garantie-a-l-autre-qui-n-existe-pas.html?symfony=736e3ff18f128fbc13ef8b2fa2b86658>

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Sympt%C3%B4me>

[http://books.google.fr/books?id=4\\_rHJUaWFggC&printsec=frontcover&dq=relation+m%C3%A9decin+malade&client=firefox-a&cd=1#v=onepage&q=&f=false](http://books.google.fr/books?id=4_rHJUaWFggC&printsec=frontcover&dq=relation+m%C3%A9decin+malade&client=firefox-a&cd=1#v=onepage&q=&f=false)

<http://www.amazon.fr/M%C3%A9decin-son-malade-maladie/dp/2228890472>

<http://www.yrub.com/psycho/psycommrelth.htm>

# ANNEXES

Questionnaire envoyé aux orthophonistes :

## **A. Vous**

Nom :

Prénom :

Lieu de travail :

Populations rencontrées :

Age :

Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'orthophoniste ?

Avez-vous eu un exercice professionnel différent avant celui-ci ?

## **B. Vous et les patients**

Les patients vous vouvoient ou vous tutoient-ils ?

Cela dépend t-il des patients ? Qu'est-ce qui selon vous explique ces différences ?

Comment cela s'est-il instauré ?

Comment les patients vous appellent-ils ? (par votre prénom, Mme, Mme l'orthophoniste...)

Cette façon de s'adresser à vous a-t-elle évolué depuis le début de votre carrière ?

Evolue-t-elle parfois au cours d'une même prise en charge ?

Qu'est-ce qui a donc changé d'après vous ?

A l'inverse, vouvoyez-vous ou tutoyez-vous vos patients ?

Cela dépend t-il des patients ? Qu'est-ce qui selon vous explique ces différences ?

Comment cela s'est-il instauré ?

Cela peut-il varier au cours d'une même prise en charge ? D'après quoi selon vous ?

En début de séance, comment saluez-vous vos patients ? (poignée de main, bise, salut formel...)

En fin de séance, comment les saluez-vous ?

Comment justifiez-vous ces choix dans votre façon de les saluer ?

Si votre manière de faire varie selon les patients, quelles en sont les causes ?

Cela peut-il varier au cours d'une même prise en charge ? D'après quoi selon vous ?

Votre manière de saluer les patients a-t-elle évolué au cours de votre carrière professionnelle ?

Comment définiriez-vous ce que vous éprouvez vis-à-vis de vos patients ?

Avez-vous été particulièrement touché par certains d'entre eux ?

Pourquoi ? (leur histoire personnelle, leur attitude, leur trouble, leur physique..)

Avez-vous déjà été dérouté ou énervé par certains ? Avez-vous déjà ressenti un sentiment de mal-être ?

Dans quelles circonstances ?

Sur le moment, comment avez-vous géré cela, comment avez-vous réagi face au patient ?

Pensez-vous que la fin d'une prise en charge (à venir ou passée) peut être révélatrice de « sentiments » envers le patient ? (d'une certaine affection ou bien d'un soulagement par exemple...). Comment l'appréhendez-vous ?

Avez-vous cherché à comprendre ce qui pourraient expliquer ces sentiments éprouvés ? Si oui, par quel biais ? (groupe de supervision, Pédagogie Relationnelle du Langage, systémie...)

Avez-vous le sentiment d'être parfois plus qu'un orthophoniste au regard des patients ? (un confident, un « psy »...) ?

Cela a-t-il parfois conduit à des situations qui vous ont bouleversés ?

Comment avez-vous géré/gérez-vous ces émotions qui ont pu/peuvent vous submerger ?

Avez-vous entendu parler de groupe de supervision, groupe de réflexion, groupe contrôle, groupe Balint... ? Y participez-vous ? Quelle est votre opinion sur ces groupes ?

Avez-vous déjà suivi une analyse personnelle ? L'envisagez-vous ? Pensez-vous cela nécessaire pour gérer ces situations ? Pourquoi ?

Avez-vous déjà eu besoin de recadrer un patient qui aurait été trop familier avec vous ?

Comment expliqueriez-vous ce sentiment de familiarité ? (par votre attitude qui aurait pu laisser envisager que cela était possible, par des raisons extérieures à la prise en charge, votre âge...)

Avez-vous parfois des gestes affectueux à l'égard de vos patients ? De quel genre ?

Vous êtes-vous imposés des limites dans votre manière de communiquer avec eux ?

Pensez-vous que vos gestes, dires et manières de vous adresser aux patients peuvent traduire tout ou partie de ce que vous éprouvez ?

Mesurez-vous l'impact probable qu'ont vos faits et gestes, dires et manières de vous adresser à vos patients sur ce qu'ils éprouvent également et donc comment ils investissent la prise en charge ?

Pensez-vous vous investir affectivement dans vos prises en charge ?

Comment avez-vous construit un « cadre » à la prise en charge ?

Comment définiriez-vous ce cadre ?

Ressentez-vous comme un besoin de reconnaissance au sens large du terme face à votre pratique d'orthophoniste ? Pourriez-vous développer ce point.

Remarques, Questions...

## **RESUME**

L'Homme, en relation perpétuelle avec son environnement, éprouve des émotions, premier canal de communication. Ces trois notions sont très intriquées.

L'orthophoniste y est confronté en prise en charge. Il peut être amené à éprouver des émotions différentes selon son âge, son histoire, sa demande de reconnaissance... Le patient influence aussi ces émotions par son sexe, son âge, ses troubles...

Elles reflètent des dynamiques psychiques en jeu dans la relation orthophoniste-patient.

Les gestes, le comportement, les mots, le positionnement dans l'espace...sont également porteurs de sens et appartiennent au cadre posé au suivi orthophonique.

Ce travail d'étude entame un questionnement que chaque praticien est amené à poursuivre, à l'écoute de ses émotions, afin d'enrichir sa pratique pour aider et accompagner au mieux le patient.

## **MOTS-CLEFS**

Emotion – Relation orthophoniste-patient – Influence mutuelle – Communication – Subjectivité – Ecoute – Cadre – Questionnement