



UNIVERSITÉ DE NANTES

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2017/2018

Mémoire

pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

Les enjeux de la fin de séance en orthophonie

présenté par *Armelle BOUCHER*

Née le 13/11/1983

Présidente du Jury : Madame Calvarin Suzanne – Orthophoniste – chargée de cours

Directrice du Mémoire : Madame Monnet Inès – Orthophoniste – chargée de cours

Membre du jury : Madame Robin Cécile – Orthophoniste – chargée de cours

Mes remerciements vont à Inès Monnet pour avoir bien voulu encadrer ce mémoire, ainsi qu'à toutes les orthophonistes qui y ont contribué, directement ou indirectement. Je remercie par ailleurs ma famille et mes amis, sans oublier l'ensemble des étudiant-e-s de la promotion 2013-2018 de Nantes, pour leur soutien salubre durant ces cinq années d'études.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

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

Engagement de non-plagiat

Je, soussignée Armelle Boucher, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à : Guengat.

Le 11 mai 2018

Signature :

Sommaire

Introduction.....	1
I - Partie théorique.....	2
A - De l'importance des échanges dans la relation de soins.....	2
1) Le positionnement éthique du professionnel de santé dans la relation thérapeutique.....	2
a - Evolution historique de la relation médecin-patient.....	2
b - Les spécificités de la relation de soin en orthophonie.....	3
2) - La mise en jeu des compétences interactionnelles du soignant.....	4
a - De l'impact des compétences interactionnelles du soignant.....	5
b - De la singularité des compétences interactionnelles de l'orthophoniste.....	6
B - Les derniers instants des séances.....	7
1) La fin de consultation à visée diagnostique.....	7
2) La fin de séance en psychologie.....	8
3) La fin de séance en orthophonie.....	9
II - Méthode.....	10
A - Conceptualisation du sujet.....	10
B - Planification.....	11
1) Choix des participants et du milieu.....	11
2) Choix des outils.....	11
a - Choix de la méthode d'enquête par entretien.....	11
b - Réalisation d'un guide d'entretien.....	12
C - Recueil des données.....	13
D - Analyse et organisation des données.....	15
E - Ethique et déontologie.....	17
III - Résultats.....	17
A - Renforcer et transférer le travail effectué en séance.....	18
B - Impliquer le patient dans la rééducation.....	19
C - Rechercher le bien-être du patient.....	20
D - Faire le point.....	23
E - Travailler la relation thérapeutique.....	24
F - Accompagner et investir les aidants.....	26
G - S'adapter aux contraintes du cadre matériel.....	28

H - Prendre soin de soi.....	30
IV - Discussion.....	31
A - Critique de la méthodologie.....	31
1) Diversité et quantité de l'échantillon.....	31
2) Méthode d'enquête.....	32
B - Discussion des résultats.....	32
1) La fin de séance en orthophonie : des enjeux cliniques avérés.....	32
2) Perspectives cliniques.....	33
a - Optimiser les effets de la prise en soins par une approche globale du patient.....	33
Approche cognitive du patient.....	33
Approche motivationnelle du patient.....	35
Approche psychologique du patient.....	37
Approche fonctionnelle du patient.....	37
Approche sociale du patient.....	38
b – Rechercher un mieux-être du patient ... et de son entourage ?.....	40
La recherche d'un mieux-être du patient.....	40
La recherche d'un mieux-être des aidants.....	44
Le travail de la relation patient-aidants.....	44
c – Identifier et exploiter les limites de la pratique orthophonique.....	45
Les limites temporelles.....	45
La fonction contenante du cadre.....	46
Les limites de l'évolution de la prise en soin.....	47
Les limites de la relation de soin.....	48
Conclusion.....	50
Bibliographie.....	51
Annexes.....	58

Introduction

Les compétences interactionnelles du soignant sont aujourd'hui reconnues comme un enjeu majeur dans l'instauration d'une relation fructueuse entre tout thérapeute et son patient (Silverman, Kurtz et Draper, 2010). Elles recèlent un intérêt tout particulier chez les orthophonistes, spécialistes du langage et de la communication, qui doivent pouvoir réfléchir et travailler cette aptitude au même titre que leurs autres compétences (Martinez Perez, Maillart et Willems, 2015). Ces savoir-être et savoir-faire trouvent à s'exprimer dans divers moments de la relation de soin, telles que les débuts et fins de rééducation, souvent explorés dans la littérature professionnelle et universitaire. Mais qu'en est-il des séances intermédiaires constituant la majeure partie de la prise en soins ?

Une séance d'orthophonie s'articule globalement autour de trois temporalités : les premiers instants (accueil du patient), les activités « techniques » choisies par l'orthophoniste et/ou son patient, et enfin les derniers instants des séances, s'écoulant de la fin de ces activités à l'arrivée du prochain patient. En 2013, un mémoire d'orthophonie mené sur la base d'entretiens avec des cliniciennes et leurs patients, a permis de déceler quels étaient les enjeux des débuts de séances (Levy, 2013). Les entretiens réalisés lors de ce travail incitent son auteur à effectuer un parallèle entre le début et la fin de la séance, qui semblent, d'après les témoignages recueillis, comporter de nombreux points communs.

D'un point de vue bibliographique, la fin de l'entretien clinique est analysée principalement dans le domaine médical, dont certains enjeux semblent a priori pouvoir concerner d'autres professions de soins. Néanmoins, la singularité de l'exercice orthophonique nous incite à penser que la fin de séance d'orthophonie pourrait comporter des enjeux propres à la profession.

Dans une démarche éthique et réflexive (Schön, 1993, cité dans Klein, 2014), notre travail a donc pour objectif d'explorer la spécificité orthophonique des enjeux de ces derniers instants de séance, au travers d'entretiens réalisés auprès d'orthophonistes, permettant ainsi de « découvrir dans l'action même du praticien, les ressources éthiques implicites, relevant d'un agir professionnel souvent impensé » (Klein, 2014). Des éléments bibliographiques permettront ensuite d'éclairer les éléments recueillis, dans le but de nourrir une réflexion sur le positionnement clinique de l'orthophoniste durant la fin de séance.

I - Partie théorique

L'exploration des enjeux de la fin de séance orthophonique s'inscrit plus largement dans la relation qui se crée entre le soignant et son patient (A). Nous verrons dans un second temps comment les derniers instants de séance ont pu être étudiés dans la littérature relative à différentes professions du soin (B).

A - De l'importance des échanges dans la relation de soins

La communication du professionnel de santé est abordée historiquement dans la littérature d'un point de vue éthique, au travers de la réflexion sur son positionnement dans la relation de soins (1). Mais elle fait également l'objet plus récemment d'une approche axée sur son impact quant à l'efficacité du soin (2).

1) Le positionnement éthique du professionnel de santé dans la relation thérapeutique

«Il n'y a pas de pratique médicale quelle qu'elle soit, qui ne soit pas traversée par la dimension relationnelle.» (Van Meerbeeck et Jacques, 2009, p. 2). Cette relation s'inscrit d'une part dans l'évolution historique de la relation médecin-patient (a), mais également dans la singularité de la posture éthique de l'orthophoniste (b).

a - Evolution historique de la relation médecin-patient

Si la relation thérapeutique est inhérente à ce duo que forment le patient et le soignant, la posture du professionnel médical vis-à-vis du patient a beaucoup évolué au cours du XX^{ème} siècle, passant en 50 ans du modèle paternaliste d'après-guerre, à une conception plus équilibrée des rapports entre patient et soignant. Cette évolution de l'éthique médicale doit beaucoup à l'émergence de la législation sur le consentement du patient. En 1950, les premiers débats sur cette question amènent le président du conseil de l'ordre des médecins à comparer le patient à un enfant « ignorant » et « passif », à apprivoiser, consoler ou guérir, dont le seul rôle est de se remettre en pleine confiance entre les mains du soignant (C.C.N.E.¹, 1998). 30 ans plus tard, et en miroir de ce discours, son homologue marque officiellement une évolution dans la considération du patient, en précisant en introduction du code de déontologie qu' "On ne peut plus considérer aujourd'hui le malade comme un être à peu près complètement aveugle (...) et essentiellement passif" (C.C.N.E., 1998, p. 7). Les mutations sociétales ont joué un rôle primordial dans cette évolution, du fait d'une défiance accrue vis-à-

1 Comité Consultatif National d'Ethique

vis du corps médical, dont la bienfaisance fut notamment remise en question par plusieurs erreurs dramatiques relayées au plan médiatique². L'apparition concomitante de nouveaux canaux d'information médicale (notamment internet) et l'augmentation globale du niveau de littératie de la population, ont également contribué à ce que le patient se sente légitime à remettre en question le diagnostic et les traitements proposés (Freyer, 2009 ; Richard et Lussier, 2005). Ces éléments amènent en 1998 le C.C.N.E. à acter le passage d'une éthique médicale « téléologique » à une éthique de style « déontologique », considérant désormais le patient comme un sujet moral respectable et autonome, apte à comprendre ce que lui propose le médecin, et à faire des choix (C.C.N.E., 1998, p. 10).

b - Les spécificités de la relation de soin en orthophonie

En France, la relative jeunesse³ et le caractère encore mouvant de la discipline, a amené assez récemment les orthophonistes à s'emparer officiellement d'une réflexion éthique spécifique à la profession.⁴ L'inscription historique de l'orthophonie dans le domaine médical (Kremer, 2005) l'a amenée à suivre les mêmes évolutions sur le plan de la relation avec le patient. Néanmoins, les écrits portant sur la relation de soin en orthophonie permettent de mettre en évidence des différences notables, au regard de celle que le médecin, notamment généraliste, entretient avec ses patients. Il en est ainsi de sa singularité historique : **l'héritage pluridisciplinaire de l'orthophonie** (médical, pédagogique, linguistique, psychologique...) (Tain, 2007) explique encore aujourd'hui sa difficile unité épistémologique, et les dilemmes éthiques en découlant (Klein, 2014). Ce dilemme a trait notamment au positionnement de l'orthophoniste vis à vis de son patient, entre une référence à la norme issue de son héritage médical, et une prise en compte de la singularité du patient, sous l'influence notamment du **questionnement de la norme** développé par Canguilhem (1979). Par ailleurs, **l'influence d'autres courants** a également marqué la profession dans son positionnement éthique vis-à-vis du patient : ainsi en est-il de la psychanalyse mettant en lumière les notions de transfert et de contre-transfert, de la Relation d'Aide théorisée par le psychologue Carl Rogers, ou bien encore de la Pédagogie Relationnelle du Langage proposée par Claude Chassagny. Ces diverses influences ont amené le praticien à une approche clinique bio-psycho-sociale centrée sur le patient (Klein, 2001 ; Teissier, 2004). La spécificité éthique de l'orthophonie s'explique également par la pluralité inhérente à l'objet même de la discipline : « L'orthophonie s'attache

2 On pense notamment aux affaires du sang contaminé, ou de l'hormone de croissance.

3 La loi du 10 juillet 1964 crée le premier statut légal de la profession d'orthophoniste (Kremer, 2005).

4 La première charte éthique professionnelle des orthophonistes-logopèdes de l'Union Européenne date de 1993 (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne, 1993).

aux dimensions plurielles du concept de langage, (...) notamment (...) linguistiques (...) cognitives (...) psycho-affectives (...) sociales. » (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 2013, p. 1). Le professionnel du langage qu'est l'orthophoniste ne peut donc logiquement exercer son art sans tenir compte de l'ensemble de ces paramètres, propres à chaque patient, dont il devra à la fois découvrir la singularité, et trouver les moyens de s'y ajuster. Enfin, d'un point de vue plus pragmatique, la particularité de la relation de soin en orthophonie est également intrinsèque à sa nature « rééducative ». Celle-ci induit une **temporalité différente** de celle des médecins généralistes, les rencontres avec le patient étant plus longues, et plus fréquentes. En 2012, la durée moyenne d'une consultation chez un médecin généraliste s'élevait de 15 à 20 minutes (Bournot, Cercier, Jakoubovitch et Tuffreau, 2012), alors qu'une séance d'orthophonie ne peut légalement durer moins de 30 minutes (U.N.C.A.M.⁵, 2014). De même, un patient consulte en moyenne son médecin généraliste 4,3 fois par an, alors que la prise en charge orthophonique donne lieu le plus souvent à des séances hebdomadaires (Bournot, Cercier, Jakoubovitch et Tuffreau, 2012). Or, une récente étude a montré l'existence d'une corrélation entre d'une part la durée de la consultation médicale, et d'autre part son orientation centrée sur le patient, ainsi que l'implication de celui-ci dans la décision médicale (Bolívar, González, Martos, García et Duránte, 2017). On peut dès lors émettre l'hypothèse que la durée et le rythme des séances orthophoniques pourraient induire une plus grande richesse des échanges, sur le plan quantitatif et/ou qualitatif. Pour conclure, les réalités épidémiologiques de la profession sur le plan de sa **fémínisation** initiale massive (90 à 95 %) (Tain, 2007), tendent également à indiquer une spécificité de la relation de soins avec le patient, en raison notamment de l'influence avérée du genre du soignant sur son mode de communication (Cousin et Schmid Mast, 2011).

2) - La mise en jeu des compétences interactionnelles du soignant

L'évolution de la relation de soins a naturellement amené les professionnels médicaux et para-médicaux à réfléchir aux compétences interactionnelles en jeu, et à s'interroger sur l'impact de ce savoir-être quant à l'efficacité de la prise en soins (a). Ces interrogations recèlent a fortiori une place particulière dans la réflexion éthique clinique en orthophonie, discipline dans laquelle les professionnels traitent du langage par le langage (b) (Kerlan, 2016).

5 Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

a - De l'impact des compétences interactionnelles du soignant

« Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même. Autrement dit ce n'est pas la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin la prescrit à son malade » (Balint, 1960, p. 9). Balint aborde par cette citation tout le poids de la communication verbale et non verbale du soignant dans la relation de soins. Longtemps, cet « **effet placebo** » du médecin théorisé par Arthur K. Shapiro a pris d'autant plus d'importance dans l'efficacité thérapeutique du fait de l'absence de réelles substances actives (Hoerni, Roland et Pujol, 2008). Depuis lors, et nonobstant les progrès médicaux, de nombreuses études sont venues confirmer scientifiquement le lien entre divers domaines d'efficacité de la prise en soins, et les aptitudes à la communication du soignant (Makoul et Curry, 2007). Cette efficacité s'exprime en premier lieu par une meilleure satisfaction du patient. Celle-ci fut mise en évidence dès 1968 par les travaux de Korsch, qui établit dans une étude originelle un lien significatif entre cette satisfaction et une meilleure observance du traitement (Korsch, Gozzi et Francis, 1968). Depuis lors, de multiples études ont permis de confirmer cet impact sur l'efficacité thérapeutique, rassemblées notamment dans l'ouvrage de référence didactique de Silverman, Kurtz et Draper (2010). Cet ouvrage récapitule les multiples bénéfices à développer les compétences interactionnelles du soignant :

- amélioration significative de la précision et de l'efficacité de l'entretien (en matière de recueil d'informations et de résolution des problèmes),
- amélioration des résultats thérapeutiques (notamment en raison d'une meilleure observance des traitements),
- meilleure satisfaction des patients, mais également du soignant. Des bénéfices sont en effet également mesurés pour le médecin lui-même, au travers d'une diminution avérée du stress et du risque de burn-out (Ramirez, Graham, Richards, Cull et Gregory, 1996).

Dans la lignée de ce constat, plusieurs études ont cherché à préciser **les compétences interactionnelles** en jeu dans la relation de soins, afin de chercher à entraîner ces qualités dans la formation des soignants. Silverman, Kurtz et Draper (2010), synthétisent ces compétences en 3 domaines : ce que dit le professionnel de santé, la manière dont il s'y prend, et ce qu'il pense ou ressent. **La perception du soignant** fait référence à son fonctionnement cognitif (raisonnement, résolution de problème), mais également psychologique (attitudes, représentations de soi, du malade, de la maladie). Cet aspect psychologique fait notamment appel au positionnement éthique du soignant vis à vis de son patient, telle que l'approche

globale centrée sur le patient proposée par Balint (1960). Une revue de la littérature réalisée en 2006 (Moreau, Boussageon, Girier et Figon) met plus précisément en lumière l'efficacité de l'approche cognitivo-émotionnelle, qui combine une démarche explicative (« approche cognitive ») et une approche dite « émotionnelle » faisant appel aux qualités relationnelles du soignant (Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou, Klejinen, 2001). **Le discours** du soignant (questions, réponses, informations...) fait écho à de nombreux écrits sur l'information du patient, sujet au cœur de l'évolution de la relation soignant-soigné évoquée précédemment. Les interrogations à ce sujet peuvent notamment porter sur la pertinence du volume d'information transmise, ou sur leur nature. Enfin, **les compétences communicationnelles** (verbales et non verbales) sont celles liées à la forme du message, dans le cadre d'une « manipulation éthique » du patient (Aïm, 2015). Car dès lors que l'on admet la réalité de l'effet-soignant, il semble difficile de croire à la neutralité absolue de la relation avec le patient. Aïm propose donc de reconnaître l'influence de cette interaction, et de l'utiliser dans l'intérêt du patient, dans le respect du principe éthique de bienfaisance. Ces compétences relationnelles du soignant sont bien sûr intriquées, l'une impliquant l'autre, ou s'influençant mutuellement.

b - De la singularité des compétences interactionnelles de l'orthophoniste

En orthophonie, le rôle de l'interaction est au cœur de ce métier de la parole et de la communication, qui fait de ce professionnel un rééducateur du langage par le langage (Kerlan, 2016). Dans la lignée d'autres professions médicales et para-médicales, la réforme de la formation initiale de 2013 a officiellement intégré les compétences interactionnelles, par deux unités d'enseignements consacrées pour l'une à la relation thérapeutique, et pour l'autre à la communication avec le patient et son entourage (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 2013). Mais l'outil premier de rééducation de l'orthophoniste a amené plus spécifiquement certains auteurs à mettre en lumière la nécessité d'un questionnement **éthique du rapport au langage** : d'une part dans ce que le langage porte de l'identité personnelle de son locuteur, et d'autre part dans ce que la parole peut détenir de pouvoir sur l'autre (en l'occurrence, le patient) (Leloup, 2011). Si l'aspect formel du langage est l'une des bases sur lesquelles s'appuie l'orthophoniste (aspect linguistique de la langue), on ne peut nier ce qui se joue d'un point de vue psychologique dans son usage et sa reconstruction. Nous évoquerons ici le processus d'identification narrative théorisé par Ricoeur (1985), selon lequel toute personne trouve, par le récit de soi-même à l'autre, le moyen d'aboutir à l'unité et à la

cohésion de sa propre identité. Dès lors, cette identité narrative implique autant l'orthophoniste que son patient, dans la parole que chacun va livrer à l'autre. D'une part parce que le professionnel, en tant que personne, engage sa parole, et donc son identité dans l'acte de soin (Leloup, 2011). D'autre part, parce que l'orthophoniste va user de la reconstruction de ce récit narratif pour amener le patient à reconstruire ou à maintenir sa propre identité (Kerlan, 2008 ; Leloup, 2011). En raison de ce lien fort entre langage et identité, les troubles du patient peuvent en effet l'amener à l'abandon et à la dissolution de son identité (Leloup, 2011). Il y a donc bien une intention éthique inscrite dans le langage (Castillo, 2007), et donc une éthique spécifique à l'orthophoniste dans l'usage qu'il fait de son principal outil thérapeutique (Leloup, 2011). Mais au-delà de cette intention, Leloup met en lumière le paradoxe de la position de l'orthophoniste, qui détient l'intégrité du pouvoir du langage, alors qu'il cherche à la réhabiliter chez son patient. Il en résulte selon lui un risque de culpabilité du patient au regard de son langage « imparfait », mais également une vigilance nécessaire du praticien, quant à l'influence de son propre langage (et donc de son identité) sur la reconstruction du langage du patient (niveau et habitudes de langue par exemple). Dans ce même esprit, l'orthophoniste doit veiller à ne pas se retrouver en place instituée de « traducteur » entre le patient et les autres, créant une dépendance allant à l'encontre des objectifs d'autonomie et d'affirmation de soi du patient (Leloup, 2011).

B - Les derniers instants des séances

La quantité d'écrits sur la communication entre le médecin et le patient a permis d'identifier des enjeux spécifiques à la fin de la consultation diagnostique (1). Mais les derniers instants de l'entretien clinique ont également été explorés dans le domaine de la psychologie, en raison notamment des implications psychologiques de ce moment particulier (2). En orthophonie, le peu d'écrits propres à une approche temporelle de la fin de séance, ainsi que les spécificités interactionnelles de la profession précédemment citées, ouvrent le champ à un travail d'exploration de ces instants (3).

1) La fin de consultation à visée diagnostique

Les derniers instants de la consultation sont considérés dans la littérature médicale comme un moment tout aussi important que les premiers, dans la mesure où la fin de l'entretien influe souvent sur l'impression définitive du patient quant à son déroulement global (Lipkin, Frankel, Beckman, Charon et Fein, 1995). La manière dont se clôt l'entretien

va avoir des effets sur la satisfaction des patients, mais également sur sa meilleure observance thérapeutique, et donc sur l'efficacité recherchée de la prise en charge (Silverman, Kurtz et Draper, 2010). Les éléments abordés par les médecins lors de ces fins de consultation ont été décrits par White, Levinson et Roter dès 1994, et portent le plus souvent sur les points suivants : plan global et prochaines étapes de prise en charge, informations sur la maladie ou le traitement, vérification de la compréhension des informations transmises au patient, et enfin, proposition de questions complémentaires. Concernant ce dernier item, la fin de l'entretien médical est souvent identifiée comme possiblement problématique : les contraintes temporelles incitent en effet le médecin à vouloir clore la consultation, alors qu'il se voit opposer par le patient une relance de l'échange, auquel il ne se sent pas en capacité de répondre de manière satisfaisante dans le délai imparti (Silverman, Kurtz et Draper, 2010). L'étude de White, Levinson et Roter (1994) a ainsi montré que la durée moyenne de conclusion des consultations médicales constituait 10 % de la durée totale de la consultation, alors qu'elle donnait lieu à une nouvelle demande dans 21 % des cas, générant de la frustration de part et d'autre de la relation thérapeutique. Il s'agit ici du phénomène d'« **agenda caché** » du patient, identifié par Barsky dès 1981. Celui-ci peut bien-sûr correspondre à des éléments d'ordre médical, mais également très souvent à des éléments d'ordre psycho-sociaux (Barsky, 1981). Le patient attend en effet souvent la fin de l'entretien pour trouver le bon moment ou le courage d'aborder des questionnements qui sont davantage chargés émotionnellement, et donc importants pour lui (White, Levinson et Roter, 1994). Le médecin se trouve alors pris entre des exigences qualitatives relationnelles et d'efficacité thérapeutique qui l'inciteraient plutôt à approfondir la demande, et des exigences de rendement temporel qui pourraient l'inciter à couper court, ou a minima à ne pas relancer le sujet abordé. Tout l'enjeu interactionnel pour le praticien de l'entretien diagnostique est donc d'amener le patient à formuler ses demandes en amont de la fin de la consultation, afin de pouvoir avoir le temps d'y répondre de manière satisfaisante (Silverman, Kurtz et Draper, 2010).

2) La fin de séance en psychologie

Dans le domaine de la psychologie clinique, la fin de séance est abordée d'un point de vue différent de celui inhérent à la consultation médicale, de par la nature même de la relation de soins, qui accorde une place primordiale à la parole échangée, ainsi qu'à l'analyse des processus mentaux en jeu. En psychanalyse, la fin de l'entretien clinique peut par exemple

être considérée comme une « scansion », coupure faisant écho pour le patient aux séparations de son histoire personnelle (Nougué, 2002). Plusieurs auteurs s'accordent sur **l'importance de la fin de l'entretien clinique**, ainsi que sur **la responsabilité et le libre-arbitre du praticien** quand au choix au cas par cas du moment le plus opportun de séparation avec le patient, en se dégageant des seules contraintes horaires (Lacan, 1956 ; Balint et Valabrega, 1960 ; Jacobi, 2002 ; Soler, 2009). La manière de clore l'entretien est en revanche davantage discutée. Soler identifie ainsi :

- les fins de séance « conclusives » qui s'effectuent par dégagement d'un point de capiton,
- les fins de séance qui questionnent, « en soulignant un terme qui relance la question transférentielle », (Soler, 2009, p. 87).
- les fins de séance « suspensives » qui ne posent ni conclusion ni question, mais qui « coupent la chaîne de la parole, et cisailent le sens. » (Soler, 2009, p. 87).

Les fins de séance conclusives font référence à la notion de point de capiton développée par Lacan. Reprenant la notion de signifiant et de signifié de Saussure, Lacan les identifie néanmoins non comme deux masses inertes, mais comme deux flux, dans lequel le point de capiton vient ponctuellement faire « point de soudure ». Ce moment permet au sujet de saisir rétroactivement le sens d'un propos, d'une situation... sur lequel Lacan préconise de terminer l'entretien, dans l'objectif d'un « capitonage par le sens » (Lacan, 1981, cité dans Carroz, 2016, p. 2). L'intérêt des fins de séance qui questionnent le patient est quant à lui discuté : elles sont jugées intéressantes dans la mesure où elles mettent la pensée du patient au travail en dehors de la séance, et restaurent ainsi le sujet dans sa capacité à développer lui-même une réflexion amorcée en entretien. La fin de séance est alors utilisée comme scansion, la parole du praticien (mot, question, interruption...) ayant valeur d'acte et invitant le patient à « élaborer un savoir suscité par l'énigme » (Nougué, 2002, p. 51). Mais certains auteurs mettent également en garde le praticien contre le désarroi émotionnel dans lequel ce questionnement final peut mettre le patient, notamment chez les sujets déjà en fragilité au regard de l'angoisse de séparation (Jacobi, 2012).

3) La fin de séance en orthophonie

En orthophonie, les débuts et fins de rééducation ont été largement explorés autour de l'anamnèse, de la rencontre avec le patient, mais également des fins de suivi orthophonique. Ces événements ponctuels sont très importants au regard de la prise en soins globale, mais il nous a semblé également intéressant d'orienter notre travail sur les séances intermédiaires, qui

constituent temporellement la majeure partie de la relation patient-orthophoniste. Une séance d'orthophonie s'articule globalement autour de trois temporalités : les premiers instants (accueil du patient), les activités « techniques » choisies par l'orthophoniste et/ou son patient, et enfin les derniers instants des séances s'écoulant de la fin de ces activités à l'arrivée du prochain patient. En 2013, un mémoire d'orthophonie mené sur la base d'entretiens avec des cliniciennes et leurs patients, a permis de déceler quels étaient les enjeux du début des séances (Levy, 2013). Les entretiens réalisés lors de ce travail incitent son auteur à effectuer un parallèle entre le début et la fin des séances, qui semblent, d'après les témoignages recueillis, comporter des points communs. Certains témoignages font également des liens entre la fin de séance, et le début de la suivante (exemple : activité choisie lors de la fin de la précédente séance). Par ailleurs, la spécificité de la profession quand à la relation de soins ainsi qu'au rapport au langage telle que décrite précédemment dans ce mémoire, nous a amené à poser l'hypothèse d'une spécificité des enjeux des fins de séance en orthophonie, au regard des autres professions médicales et paramédicales.

Dans une perspective d'exploration clinique, et au regard de ces éléments ainsi que du peu d'écrits en la matière, il nous a paru intéressant d'entendre ce que les orthophonistes avaient à dire sur ces fins de séance, tant sur leur contenu et leurs enjeux, que sur la manière dont elles les exploitent.

II - Méthode

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre d'une démarche qualitative de type exploratoire, apparaissant comme la plus adaptée aux objectifs de prospection et de découverte des enjeux des derniers instants des séances. S'inscrivant dans l'approche inductive de la Grounded Theory (Glaser et Strauss, 1967), le déroulement des étapes décrites ci-après s'est effectué de façon non linéaire, les lectures, recueils et analyses des données se croisant pour se nourrir mutuellement (Paillé et Mucchielli, 2016).

A - Conceptualisation du sujet

Le choix du sujet de ce mémoire s'est spontanément porté sur la thématique de l'interaction, qui nous a semblé, lors des stages, un point particulièrement important dans la relation de soin que l'orthophoniste entretient avec ses patients. Dans cette optique, la lecture du mémoire d'Aimée Lévy nous a permis de déceler un moment de la séance qui nous a paru pouvoir faire l'objet d'une réflexion clinique intéressante à mener (Lévy, 2013). L'exploration

de ce sujet des derniers instants dans la littérature nous a permis d'aboutir au constat de sa non exploration en orthophonie, et donc de l'intérêt de creuser cette thématique. Ces lectures nous ont mené à la question suivante, objet de ce mémoire : Les derniers instants d'orthophonie comportent-ils des enjeux pour la relation de soin et la réussite du suivi orthophonique ?

B - Planification

1) Choix des participants et du milieu

Dans une démarche éthique et réflexive (Schön, 1993, cité dans Klein, 2014), il nous a paru pertinent d'explorer la spécificité orthophonique des enjeux de ces derniers instants de séance auprès d'orthophonistes, dans le but de « découvrir dans l'action même du praticien, les ressources éthiques implicites, relevant d'un agir professionnel souvent impensé » (Klein, 2014, p. 10). L'échantillonnage non probabiliste a été effectué par disponibilité, en essayant néanmoins de rechercher une diversité dans le profil des orthophonistes rencontrées, conformément aux préconisations méthodologiques (Glaser et Strauss, 1967). Les participantes ont été contactées par mail, afin de leur exposer de façon claire et synthétique la démarche et le cadre de réalisation des entretiens. Le nombre définitif de participants n'a pas été déterminé à l'avance, puisqu'il a dépendu de l'atteinte du seuil de saturation des données, au regard des thèmes dégagés au cours des entretiens (Glaser et Strauss, 1967). Une dizaine de rencontres a néanmoins d'emblée été programmée, afin de se situer dans les recommandations classiques en recherche qualitative (Savoie-Jazc, 2007).

2) Choix des outils

a - Choix de la méthode d'enquête par entretien

Au regard des objectifs exploratoires de ce mémoire, le présent travail a été envisagé dans le cadre d'une démarche qualitative donnant lieu à une **enquête de terrain**, permettant « de traduire la diversité des pratiques en fonction des contextes et d'appréhender directement la multiplicité des logiques, mécanismes, processus à l'oeuvre derrière les différents usages. » (Temporal et Larmarange, 2006, P. 11). Nous avons opté dans ce mémoire pour la méthode de **l'entretien**, jugée par certains auteurs comme l'outil de prédilection de la phase exploratoire d'une enquête (Blanchet et Gottman, 2015). Il permet en effet de recueillir le sens que les interviewés mettent sur leurs pratiques et leur vécu des situations, mais également de faire évoluer, par le dialogue, le questionnement initial. Dans cette même logique, le choix de la forme de l'entretien s'est orienté vers **un cadre semi-directif**. Celui-ci

a permis de combiner une liberté de parole ne limitant pas les réflexions des orthophonistes interrogées, et le recours systématique à quelques questions larges, permettant de nourrir l'échange et d'explorer le sujet.

b - Réalisation d'un guide d'entretien

Les entretiens ont donné lieu en amont à la rédaction préalable d'un guide d'entretien (voir annexe n°1), comportant à la fois un rappel de conseils méthodologiques à notre intention, ainsi qu'une grille de questions souple et discrète. Ce guide a été conçu dans le double objectif de rassurer l'interviewé, et de réaliser des entretiens productifs (Temporal et Larmarange, 2006). Il s'est inspiré en grande partie des conseils de l'ouvrage de Romy Sauvayre « Les méthodes de l'entretien en sciences sociales » (2013). Concernant les questions en elle-mêmes, une attention a été portée sur le respect des recommandations quant à leurs caractéristiques : ouverture, neutralité, cohérence et pertinence avec l'objet de recherche, clarté, non exhaustivité, utilisation du « comment » de préférence au « pourquoi »⁶. Ces qualités ont fait l'objet d'une vérification auprès de la directrice de ce mémoire, ainsi que d'une enseignante-chercheuse de l'université de Nantes. Nous avons pu également valider la pertinence de ces questions par le rétrocontrôle des deux premières orthophonistes interrogées. Il nous a également semblé intéressant d'ajouter une question très descriptive selon la méthode du « work flow » ou « think aloud » (Charters, 2003), de nature à susciter l'évocation (« *Comment se déroule en général la fin de vos séances ?* »). Deux questions préliminaires concernant le profil des orthophonistes (âge et durée d'exercice) ont également été ajoutées, afin de permettre une analyse ultérieure des profils des personnes interrogées. Enfin, il nous a semblé pertinent au regard des deux premiers entretiens d'ajouter les deux questions suivantes :

- « *Avez-vous fait évoluer vos fins de séance au cours de votre carrière ?* » : cette question avait pour objectif d'aider les orthophonistes à l'évocation, en se remémorant leur évolution de carrière,

- « *Auriez-vous des conseils à donner à une/un jeune orthophoniste qui débiterait sa carrière, sur la manière de gérer les fins de séance ?* » Cette question, qui intervenait en fin d'entretien, nous a paru pertinente en ce qu'elle permettait à la personne interrogée de reprendre les points considérés comme essentiels, évoqués lors de l'entretien.

6 Le pourquoi tend à induire une demande de justification et donc une attitude défensive de la part de l'enquêté, en plus de lui demander un coût cognitif propre à limiter la réponse (Sauvayre, 2013).

Enfin, ce guide d'entretien comportait également un rappel de quelques recommandations à notre intention, ainsi que les consignes écrites à formuler en préambule à l'enquête, afin de pouvoir réaliser les entretiens de façon sereine, éthique et rigoureuse.

C - Recueil des données

Au regard des thématiques relevées et de l'atteinte du seuil de saturation, quinze entretiens ont finalement été réalisés. La durée des entretiens a varié de 15 à 57 minutes, avec une moyenne de 38 minutes. La préparation des entretiens a fait l'objet de lectures méthodologiques, nous permettant, malgré notre manque d'expérience, d'essayer d'appréhender au mieux cette technique. Les deux premières transcriptions d'entretiens ont également été transmises, avec l'accord des orthophonistes concernées, à notre directrice de mémoire, pour avis et recadrage sur la manière de mener les entretiens. Enfin, la réalisation des premières réécoutes et transcriptions nous a également permis de prendre conscience d'un certain nombre d'écueils dont nous avons essayé de tenir compte pour les entretiens ultérieurs. Tenant compte de ces divers éléments, nous avons ainsi essayé de prêter attention lors de nos entretiens aux points suivants (Sauvayre, 2013) :

- **La rencontre** : mettre en place un rapport chaleureux et valorisant, propice à une parole libre de l'interviewé. Ce point a été probablement favorisé par le fait que nous connaissions la majorité des orthophonistes rencontrées.

- **Le positionnement et la distance** : nous nous sommes le plus souvent adapté naturellement au mobilier installé, ou à la proposition de placement des orthophonistes. La réalisation majoritaire des entretiens sur le lieu de travail des enquêtées (pour 12 d'entre elles), a induit une position le plus souvent en face à face, renforçant donc nos interlocutrices dans leur rôle de professionnelle. Ce positionnement nous a semblé propice à l'évocation, notamment en comparaison des quelques entretiens réalisés en milieu non professionnel (3 sur 12).

- **La manière d'amener l'entretien** : Le début du rendez-vous a souvent donné lieu à des échanges conviviaux, au cours desquels la sortie de notre matériel (guide d'entretien, crayon, enregistreur) a permis d'introduire la présentation de notre projet de mémoire, le déroulement de l'entretien, puis les informations éthiques (anonymat et confidentialité). Un retour de questions-réponses a permis ensuite aux enquêtées d'obtenir d'éventuelles informations complémentaires, de se rassurer, et d'instaurer un climat de confiance propice à une évocation riche. Le formulaire de consentement leur a ensuite été remis pour lecture et signature (voir annexe 2), avant le déclenchement de l'enregistrement et le démarrage de l'entretien.

- **Le démarrage de l'entretien** : nous avons choisi, comme conseillé d'un point de vue méthodologique, de démarrer l'entretien par une question déjà évoquée lors de la prise de contact initiale par courriel : « *Si je vous parle des derniers instants des séances, qu'est ce que cela vous évoque ?* » Ceci afin de rassurer l'interlocuteur, qui avait déjà pu commencer à réfléchir à cette question avant l'entretien, et ne se trouvait donc pas dans l'angoisse de ne pas avoir d'idées pour démarrer.

- **Le respect des digressions de l'interviewé** : ce point s'est en effet révélé important pour respecter l'enquêté dans ce qu'il souhaitait nous livrer, mais également parce qu'un recentrage n'était souvent possible que lorsque la personne avait pu exprimer entièrement ce qu'elle souhaitait. Nos entretiens ont ainsi donné lieu à plusieurs méprises sur le sujet en lui même, confondu avec les fins de prise en charge. Il est alors en effet apparu naturel et plus efficace de laisser l'orthophoniste exprimer la fin de son idée, pour ensuite lui redonner le cadre du sujet. Par ailleurs, les digressions ont parfois permis de faire des liens entre des idées ou situations qui paraissaient a priori éloignées.

- **L'adoption d'une communication verbale et non verbale neutre et bienveillante** : cet exercice difficile n'a pu bien sûr être totalement maîtrisé au regard de notre peu d'expérience, mais nous avons néanmoins essayé d'adopter les conseils pratiques recueillis dans la littérature :

- . en apportant une réponse rassurante aux questions posées (« *j'aurais dû y réfléchir avant* », « *ce n'est pas très organisé* », « *je ne sais pas si je suis très claire* »),
- . en limitant les retours communicatifs à des acquiescements traduisant simplement la compréhension et la réception des propos tenus,
- . en prenant le moins de notes possibles afin de ne pas déconcentrer l'interviewé et perdre son regard : la prise de note s'est néanmoins parfois révélée nécessaire afin de pouvoir rebondir ultérieurement sur un élément évoqué, sans interrompre le discours de l'enquêté,
- . en évitant de trop porter le regard sur la grille d'entretien ou l'enregistreur, afin de conserver un cadre conversationnel moins formel et plus propice à un discours libre,
- . en adoptant une posture corporelle d'écoute, montrant l'intérêt porté aux propos de l'enquêté par une posture ouverte et détendue,
- . en présentant un visage expressivement bienveillant et ouvert, répondant en miroir aux émotions exprimées par les orthophonistes interrogées.

- **La demande de précisions nécessaires à la compréhension du discours** : les propos tenus par l'enquêté ont pu faire l'objet de demandes de précisions, ou de validation de

reformulation, lorsque les termes utilisés nous semblaient pouvoir être soumis à interprétation. Cette technique a également permis de renforcer le sentiment d'écoute de l'enquêté, et de développer parfois davantage le point relevé. La transcription et la relecture des premiers entretiens ont toutefois révélé une tendance à clore le récit, en faisant trop de propositions aux enquêtés. Nous avons donc axé notamment notre vigilance sur ce point lors des entretiens suivants.

- **La réorientation du discours par des transitions adaptées** : les réorientations mineures ont pu être effectuées par des reprises du discours de l'enquêté, complétées par une nouvelle question. Les réorientations majeures (ex : recadrage des discours hors sujet, passage à une nouvelle question, retour à un élément évoqué), ont plutôt été introduites lors de silences, pauses ou baisses d'intonation de l'enquêté nous permettant de nous assurer de la fin de son discours, ou bien par une verbalisation explicite de la transition. Le guide d'entretien conservé sous les yeux a également été un outil utile pour essayer de garder un fil conducteur tout au long des entretiens.

- **Le déblocage des pannes d'inspiration** : certaines questions générales ont parfois pu donner lieu à un silence de l'enquêté qui ne savait que répondre : les relances par des questions plus descriptives ou des demandes d'exemples ont ainsi parfois permis de débloquent la parole de l'enquêté. Toutefois, dans le cadre du caractère exploratoire de ce travail, les non-réponses qui traduisaient une non pertinence de la question posée ont été respectées.

- **L'interprétation des silences** : les lectures préalables nous ont permis de pouvoir conscientiser et distinguer les silences indiquant la fin du développement d'une idée -le plus souvent par des marqueurs verbaux les précédant (ex : « voilà »)- et de poursuivre alors la dynamique de l'entretien par une relance ou une nouvelle question. Mais nous avons pu également identifier les silences de réflexion, pendant lesquels nous avons essayé de détecter soit la nécessité de ne pas intervenir pour laisser l'enquêté formaliser ses pensées, soit d'intervenir au moment opportun pour ne pas interrompre la dynamique de l'entretien.

D - Analyse et organisation des données

Suite au déroulement et à la retranscription intégrale des premiers entretiens, il nous a semblé nécessaire d'un point de vue méthodologique de procéder à une première analyse des sept premiers corpus, afin d'anticiper l'atteinte du niveau de saturation. Nous avons ensuite réalisé les huit entretiens suivants avant de finaliser l'analyse. La méthode de l'analyse thématique telle que proposée par Paillé et Mucchielli (2016) nous a semblé la plus

appropriée à notre démarche, puisqu'elle permet, dans une fonction de repérage et de documentation, de répondre à la problématique posée : que peut-il se passer, du point de vue des orthophonistes, dans les derniers instants des séances d'orthophonie ? Nous avons fait le choix d'une démarche de thématisation en continu, permettant une analyse plus fine et riche du corpus. Les étapes suivantes se sont donc répétées lors du traitement de chaque corpus, permettant de constituer au fur et à mesure la structure finale de l'analyse :

1) Repérage des unités de signification : le repérage des extraits de corpus traduisant chacun une idée s'est effectué sur support papier (relectures, surlignages, annotations en marge), par choix d'aisance et d'appropriation du contenu à analyser. Nous nous sommes ensuite interrogées sur la pertinence ou non de conserver chaque élément repéré au regard du cadre de travail et des étapes déjà réalisées : objet de l'étude, objectifs de l'analyse, résultats attendus, déroulement des interviews et premières pistes de réflexion. En raison de la démarche exploratoire du sujet, les éléments recueillis ont été jugés pertinents dès lors qu'ils s'inscrivaient dans le cadre du mémoire. Seuls ont été retirés les éléments hors sujets du fait de la non-compréhension initiale du cadre du sujet, les digressions relatives à la communication avec le patient de manière plus large, ou bien encore les éléments dont l'analyse était difficilement interprétable avec certitude (niveau d'inférence trop élevé).

2) Inventaire des thèmes : nous nous sommes interrogés lors des premières analyses sur la pertinence de notre choix concernant le niveau de généralité pour la création des thèmes. Nous sommes donc partis de la définition de Paillé et Mucchielli (2016), selon laquelle un thème est un ensemble de mots permettant de cerner (de manière assez précise) ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos. Nous avons également essayé de privilégier un niveau d'inférence assez faible, en essayant d'être au plus près du corpus, en tenant compte toutefois des informations éclairantes captées lors de l'entretien. Les choix effectués et la formulation des thèmes restent bien sûr subjectifs, et ont aussi été fonction de notre posture d'analyste (Paillé et Mucchielli, 2016), ainsi que de notre sensibilité théorique et expérimentale, qui s'est affinée au fur et à mesure de l'analyse. Les thèmes répertoriés ont finalement fait l'objet d'un relevé par colonne sous forme de tableau, complété au fur et à mesure de l'analyse des corpus.

3) Regroupements et hiérarchisation : ce travail s'est effectué de manière ascendante. Les thèmes précis ont été regroupés en axes thématiques, puis en regroupements thématiques, et enfin en rubriques. Ces différents niveaux ont parfois été reformulés en fonction des nouveaux éléments permettant d'affiner l'analyse. Ils ont également été réorganisés (fusions,

subdivisions regroupements) en fonction de leurs relations (divergence, convergence, complémentarité, parenté, subsidiarité...), et ce tout au long de l'analyse des corpus. Un arbre thématique a ensuite été réalisé et remanié au fur et à mesure de l'analyse (voir annexe 2a). Celui-ci a permis de dégager progressivement une vision d'ensemble de l'analyse, et de juger de la pertinence des réorganisations, jusqu'à l'intégration de l'ensemble des thèmes pertinents. Il a également permis de visualiser l'atteinte du seuil de saturation théorique, correspondant au constat que les derniers entretiens n'apportaient aucun élément réellement nouveau au regard des données précédemment collectées (Glaser et Strauss, 1967).

E - Ethique et déontologie

La présente étude a été réalisée dans le respect des modalités détaillées dans l'engagement éthique figurant en annexe 8.

- Avant le recueil des données : Le choix des participantes s'est effectué de manière non discriminante, en fonction de leur disponibilité et du volontariat. Une information complète, simple et compréhensible leur a été fournie par mail lors de la prise de contact, ainsi qu'avant le démarrage de chaque entretien (déroulement du recueil de données, nature des informations demandées, durée de l'entretien, analyse des données et utilisation prévue). Suite à cette information, les participantes ont signé une lettre de consentement éclairé permettant l'exploitation des données (voir annexe 7).
- Pendant le recueil des données : Les entretiens se sont déroulés dans le respect des participantes.
- Après le recueil des données : Les participantes ont été assurées de la protection de leur anonymat, ainsi que de la restitution des résultats par communication du présent mémoire.

III - Résultats

Suite à l'analyse des corpus, et dans la perspective des apports cliniques de ce mémoire, nous avons choisi de présenter les résultats à la lumière de ce que les orthophonistes rencontrées font de ces derniers instants de séance, soit spontanément, soit en s'adaptant à ce qu'elles reçoivent des patients et/ou de leurs proches. Les éléments recueillis concernent à la fois leurs pratiques, mais également les finalités de ces pratiques, ainsi que les outils utilisés. Les résultats de l'analyse ont donné lieu au regroupement des éléments recueillis en huit thématiques (voir annexe 2a) :

- renforcer le travail effectué en séance
- travailler la relation thérapeutique
- impliquer le patient dans la rééducation
- accompagner et investir les aidants

- recherche un mieux-être du patient
- s'adapter aux contraintes du cadre matériel
- faire le point
- prendre soin de soi

Ces thèmes ont été déterminés dans l'idée d'une illustration complète et exhaustive des éléments recueillis lors des entretiens, et ne sont donc pas équivalents d'un point de vue quantitatif. Nous nous inscrivons ainsi pleinement dans la pensée de Paillé et Mucchielli, selon laquelle « L'analyse thématique vise à illustrer comment l'expérience se déploie et non seulement combien de fois elle se reproduit. » (2016, p. 232). Ce regroupement est bien sûr arbitraire et subjectif, certains éléments pouvant parfois se croiser ou se retrouver dans plusieurs thèmes. Afin de simplifier le discours, nous précisons que le terme « orthophoniste(s) » utilisé dans cette partie relative aux résultats concerne les seules orthophonistes interviewées.

A - Renforcer et transférer le travail effectué en séance

Ce thème s'illustre aux travers de diverses pratiques recueillies, qui visent à ancrer et à généraliser le travail cognitif effectué lors de la séance (voir annexe 2b). Plusieurs orthophonistes ont par exemple pour habitude de demander au patient de **se remémorer** tout ou partie des éléments travaillés. Par ailleurs, certaines orthophonistes peuvent donner aux patients adultes du **travail à effectuer à domicile**, sur support papier ou logiciel. Elles répondent ainsi souvent à une demande des patients, qui souhaitent, par ces exercices, majorer les effets de la prise en soins. Cet entraînement est également prévu expressément par certains protocoles (notamment dans le domaine de la neurologie). La fin de séance donne lieu alors au récapitulatif des exercices à réaliser avant la prochaine séance, ce qui permet à l'orthophoniste de s'assurer que les objectifs sont clairs et partagés. Ce travail à domicile est aussi parfois le moyen de permettre à un patient de travailler son **autonomie**, tout comme le fait de le laisser gérer sa séance (et donc également la fin), ou de le laisser repartir seul à sa chambre lors des séances en institution. Le **transfert en vie quotidienne** des progrès observés en cabinet, peut également être visé, soit par une utilisation immédiate des techniques et outils expérimentés en séance, auprès d'autres personnes présentes dans le cabinet,⁷ soit par une projection de l'utilisation de ces techniques dans la vie quotidienne : certaines orthophonistes questionnent à ce moment leur patient sur les éléments de la séance qui leur ont paru les plus pertinents, et sur la manière dont ils pourraient s'en resservir en

⁷ Les exemples relatés dans les entretiens et concernant cette pratique concernent les patients ayant un bégaiement, ou travaillant leur voix trachéo-oesophagienne suite à laryngectomie totale.

dehors du cabinet. Elles peuvent alors inciter leur patient à s'essayer (et parfois à s'engager) à une mise en pratique concrète avant la prochaine séance.

B - Impliquer le patient dans la rééducation

Les éléments regroupés dans cette partie concernent les techniques visant l'investissement du patient dans sa prise en soins (voir annexe 2c). Cet investissement repose tout d'abord sur la **disponibilité psychologique** du patient. Certaines orthophonistes décident par exemple d'arrêter la séance avant l'heure prévue, lorsque le patient-enfant se montre particulièrement opposant. Une orthophoniste nous a également fait part d'une technique de recadrage des discours personnels qui envahissent les débuts de séance : elle propose alors au patient de conserver les 5 minutes de la fin pour aborder le sujet qui lui tient à coeur, lui permettant ainsi d'être plus disponible pour s'investir dans le travail proposé.

Les fins de séance peuvent également être un moment pendant lequel les orthophonistes vont orienter l'échange dans le but d'une **prise de conscience de ses troubles** par le patient, notamment chez les personnes anosognosiques ou dans le déni. Elles questionnent le ressenti du patient sur les activités dans lesquelles il a rencontré des difficultés, et/ou verbalisent elles-mêmes ces difficultés. La question de la réalité des troubles peut également être évoquée spontanément par le patient en fin de séance, question à laquelle l'orthophoniste va répondre par des explications et des éléments factuels. Impliquer le patient passe aussi par la **mise en projet de la prochaine séance**. Cette projection est pratiquée préférentiellement avec les enfants, dans le but de créer une continuité entre la séance qui se clôt et le prochain rendez-vous. Plusieurs techniques ont été recueillies lors des entretiens : certaines orthophonistes donnent un petit papier au patient, sur lequel elles (ou le patient) indiquent la date et l'heure du prochain rendez-vous. D'autres techniques consistent à prévoir avec le patient le contenu de la prochaine séance, à l'écrire dans le dossier et laisser ainsi une trace symbolique, et/ou à lui demander de le retenir et à le ré-évoquer au début de la séance d'après. Dans ce même esprit, une orthophoniste nous a également dit qu'elle propose à ses patients enfants de retenir un mot, qu'ils ont pour mission de lui redonner lors de la séance d'après, créant ainsi un petit défi auquel les patients semblaient tout à fait adhérer. Plusieurs orthophonistes indiquent également que la toute fin de séance peut constituer une charnière dans le **cheminement psychologique** du patient vis-à-vis de sa prise en soins, de sa pathologie, de son parcours de vie. Cette idée fait référence par exemple à la discussion laissée volontairement inachevée par l'orthophoniste, qui laisse alors repartir le patient avec une réflexion en germe. Les éléments

évoqués seront alors parfois repensés, mûris, voire ré-abordés par le patient ou l'orthophoniste lors de la séance suivante. Enfin, l'implication du patient peut aussi être renforcée par les **rencontres entre patients** organisées en fin de séance, qui participent à positionner le patient dans un rôle de « sachant », de nature à le rendre davantage acteur de sa prise en soins.

C - Rechercher le bien-être du patient

En complément des aspects techniques de la rééducation, cet objectif de fin de séance a très souvent été évoqué lors des entretiens, se traduisant par de multiples pratiques (voir annexe 2d). Les données recueillies font en effet état de nombreux éléments relatifs à l'état émotionnel ou physique du patient, que les orthophonistes provoquent ou reçoivent, et auxquels elles tentent de répondre avec bienveillance et empathie. Cet ajustement amène parfois les professionnelles interrogées à **écourter** tout simplement une activité ou la séance elle-même, lorsqu'elles sentent que le patient n'est pas disponible (notamment chez les enfants), ou est trop fatigué pour travailler (notamment chez les patients fatigables tels que les personnes âgées). La fin de séance est également rapportée comme un moment émotionnel particulier dans la séance, comme une « **fenêtre** » **sur les émotions du patient**. Les orthophonistes sont donc souvent particulièrement sensibles à ce qui peut se dire ou se percevoir à cet instant, afin d'ajuster au mieux leur attitude aux besoins émotionnels du patient (accueil, verbalisation, incitation à rencontrer un psychologue...). Ce sont parfois elles-mêmes qui provoquent un échange, lorsqu'elles ont pu sentir durant la séance un état émotionnel inhabituel chez le patient. Une des orthophonistes nous a indiqué être notamment sensible à la détente corporelle des patients, au cours de la séance. Ce mieux-être lui paraît en effet un élément fondamental de son métier de soin, qui la pousse à se remettre en question lorsque celui-ci est absent. Prendre soin du patient, c'est aussi **s'adapter à son rythme**, en étant dans une disponibilité temporelle et émotionnelle propice à ces échanges, et respectueuse du temps de transition qui lui est nécessaire pour quitter la séance. Plusieurs orthophonistes interrogées prévoient donc systématiquement de finir la dernière activité cinq minutes avant la fin de la séance, pour permettre ce temps. Le contenu des échanges émotionnels de ces fins de séance sont très souvent en lien avec la pathologie et la prise en soins, et sont l'occasion pour l'orthophoniste de **soutenir le patient** en entendant ses découragements, en le valorisant dans ses progrès, et en lui faisant part de sa propre implication dans la prise en soins. La **valorisation du patient** est bien sûr l'un des maîtres-mots dans cet objectif de bien-être du patient, et consiste à le féliciter, à pointer et mettre en

relief les progrès perçus, ou à terminer par principe les séances sur un point positif (ex : activité réussie). A contrario, les professionnelles interrogées évitent dans la mesure du possible de laisser le patient repartir sur un sentiment d'échec. Il s'agit d'éviter le **découragement du patient**, notamment à la fin des séances dans lesquelles les patients ont pris la pleine mesure de leurs difficultés. Les orthophonistes y répondent en validant les émotions ressenties (normalité du découragement), mais également en insistant sur l'importance de ce constat (moteur des progrès à venir), et sur le chemin déjà parcouru. L'humour a également été évoqué comme un outil adapté avec certains patients, afin de dédramatiser efficacement ces moments difficiles. Ce découragement peut aussi conduire à la réévaluation pour les séances à venir du choix et du niveau des activités proposées. La réponse à ce découragement passe enfin aussi par l'implication de l'orthophoniste qui verbalise au patient sa volonté de « se bagarrer » avec lui -et parfois avec toute une équipe- contre ses difficultés, afin de le remettre moralement dans un projet de récupération.

Les entretiens ont également permis de mettre en évidence les éléments émotionnels en jeu dans les fins de séance, qui sont plus éloignés de la prise en soins orthophonique stricto sensu. **L'angoisse de séparation** ainsi que **la frustration** de devoir interrompre une activité en cours sont par exemple des éléments récurrents des entretiens. Ces émotions furent évoquées surtout dans le cadre des prises en soins d'enfants. Les techniques utilisées par les orthophonistes pour gérer au mieux ces émotions consistent à se rendre disponible (posture calme) pour recevoir cette angoisse ou cette frustration, ou à laisser le temps nécessaire au patient pour se sentir prêt à partir. Elles tentent aussi d'anticiper la séparation, au moyen d'outils permettant au patient de mieux visualiser le déroulement du temps de la séance (exemple : sablier, time-timer, rappel verbal cinq minutes avant la fin), ou en privilégiant des rencontres parentales en début de séance, afin de gérer en duo cette fin de séance. D'autres techniques évoquées en entretien visent enfin à apaiser ces émotions lorsqu'elles se manifestent :

- en aidant l'enfant à la verbaliser (« que souhaiterais-tu faire ? »),
- en projetant l'enfant dans la perspective du prochain rendez-vous (« se dire au revoir pour se retrouver »), et en le matérialisant si besoin par un symbole (papier du rendez-vous, notes prises dans le dossier sur l'activité interrompue à reprendre lors du prochain rendez-vous...),
- en mettant en place une ritualisation systématique, jusqu'à ce que l'enfant n'en ait plus besoin pour partir sereinement,
- en autorisant l'enfant à emporter quelque chose du cabinet (exemple : un jouet) dans les limites fixées par l'orthophoniste,

- en promettant au patient que les mêmes jeux seront à disposition lors de la prochaine séance. La problématique de l'**angoisse liée à la fin de la prise en soins** fut également évoquée dans les entretiens, puisqu'elle est parfois anticipée progressivement par le praticien, en verbalisant, lors de la fin des séances précédentes, cette séparation à venir. Cette recherche de bien-être en fin de séance amène également les orthophonistes à chercher tout simplement à **rassurer le patient** du point de vue du cadre matériel et organisationnel des séances. La notion de confidentialité fut notamment évoquée sous cet item, tout comme la vérification du prochain rendez-vous, ou la remise du patient de manière sécurisée et verbalisée entre les mains des aidants ou du professionnel suivant (exemple : parents en retard, présentation et information du chauffeur de taxi, accompagnement chez un autre professionnel de santé). Les patients présentant une maladie d'Alzheimer sont particulièrement concernés par ces deux derniers points, en raison de leur perte de repères temporels et spatiaux. Ils font donc l'objet d'une attention toute particulière de la part des orthophonistes, en matière d'apaisement et de sécurité (exemple : prochain rendez-vous inscrit systématiquement sur un papier pour remise à l'aidant). C'est également cet objectif de sécurité qui pousse parfois les orthophonistes à transmettre aux parents de patients mineurs leur inquiétude concernant une mise en danger de leur enfant, après en avoir bien sûr parlé préalablement au patient (exemples : fragilité émotionnelle, suspicion de consommation de stupéfiants).

Certaines orthophonistes se reconnaissent aussi parfois dans un rôle **d'apaisement du patient dans ses relations aux autres**, et notamment à ses proches. Les fins de séance sont en effet souvent le moment pendant lequel le praticien rencontre les aidants du patient (parent, conjoint ou autre). Les pratiques recueillies visent d'une part à être attentif à la qualité de la relation entre le patient et son aidant, et d'autre part à restaurer l'image que l'aidant a du patient, lorsque celle-ci est détériorée, ou que l'aidant semble peu soutenant (exemples : valorisation du patient, explication des difficultés inhérentes à la pathologie...). Une orthophoniste rencontrée nous a également indiqué que sa présence a pu parfois être « utilisée » par un patient, qui souhaitait dire à sa mère quelque chose qu'il n'aurait pas osé verbaliser seul. Les fins de séance sont aussi parfois pour les orthophonistes l'occasion d'inciter leur patient à sortir de leur isolement, en rencontrant d'autres patients : le raccompagnement en chambre peut ainsi être utilisé comme un temps de socialisation avec les autres patients rencontrés, tout comme la rencontre fortuite d'autres patients adultes, en sortant du cabinet, peut rassurer un patient se sentant diminué de consulter un « spécialiste des enfants ». Plusieurs orthophonistes rencontrées nous ont également fait part de leur habitude

de permettre à leurs patients enfants, en fin de séance, **un moment de détente-plaisir**, au travers d'une activité plus ludique ou particulièrement appréciée du patient. Cette recherche de bien-être se traduit enfin par le soin apporté par les orthophonistes à **l'organisation et à l'atmosphère de leur bureau** : le départ du patient est le moment de préparer matériellement le bureau pour le prochain patient, afin qu'il se sente accueilli et attendu. On retrouve également cette bienveillance dans le soin apporté aux conditions matérielles dans lesquelles l'orthophoniste quitte la chambre d'un patient alité.

D - Faire le point

La fin de séance est très souvent le moment de l'état des lieux des ressentis de l'orthophoniste, du patient ou de son aidant, concernant la séance ou l'évolution de la prise en soin (voir annexe 2e). Concernant **la séance**, les orthophonistes font souvent le point **pour elles-mêmes**, en prenant des notes dans le dossier du patient (exemples : impression générale, difficultés et progrès du patient...). Cette prise de notes leur permet de matérialiser leur ressenti sur les performances ou le découragement du patient, de réajuster le niveau/type d'activités proposé dans les séances suivantes, et de réévaluer éventuellement les objectifs. Elle permet aussi de mettre à jour des indices du cheminement du patient, en inscrivant textuellement les mots prononcés par celui-ci. Ces traces sont également ressenties par les orthophonistes comme indispensables à une prise de recul plus globale sur l'évolution de la prise en soins : plusieurs professionnelles nous ont fait part de fins de séances consacrées à la relecture du dossier d'un patient, suite à une séance les ayant laissé perplexes (manque d'investissement du patient, séance « qui flotte »...). La relecture du dossier permet alors parfois d'identifier des éléments éclairant cette évolution, de débloquer la situation, ou bien de se décider à solliciter une aide extérieure (exemple : supervision). La séance du jour fait également parfois l'objet d'un **échange verbal entre les orthophonistes et leurs patients**. Cet échange initié par l'orthophoniste s'effectue soit de manière systématique (moment de la séance à part entière verbalisé comme tel dès la présentation de la prise en soins), soit occasionnellement, en fonction du contenu de la séance. Les points évoqués sont les difficultés rencontrées dans telle ou telle activité et les raisons de ces difficultés, ou bien l'investissement (présent, absent, fluctuant) du patient, ou bien encore les points saillants de la séance retenus par le patient. Par ailleurs, les entretiens révèlent que les patients peuvent également être à l'origine de ce retour sur la séance : de par leur communication non verbale (exemple : enfant très agité après une importante concentration durant la séance), ou verbale

(exemple : identification d'activités utiles à refaire, de notions acquises). Les fins de séance sont aussi le moment où orthophonistes, patients et aidants font **le point sur l'évolution de la prise en soins** de manière plus générale. Cette discussion peut porter par exemple sur l'évolution positive des capacités du patient ou sur un changement d'axe thérapeutique. Les orthophonistes peuvent aussi recevoir de la part des patients (ou de leurs aidants) des demandes d'arrêt de prise en soins, par découragement, non adhésion thérapeutique ou non conscience des difficultés (notamment chez les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer). En réponse à ces demandes, les orthophonistes tentent toujours d'en explorer les raisons, et de négocier a minima une dernière séance permettant de clore réellement la prise en soins. Ce sont aussi parfois les orthophonistes qui sont à l'origine de cette discussion, soit par principe thérapeutique à chaque fin de séance (« Souhaitez-vous revenir ? »), soit lorsqu'elles sentent le patient ou les aidants peu investis ou découragés. La finalité de ce questionnement est de provoquer un échange hors cabinet entre le patient ou son aidant, ou bien d'avoir une discussion franche permettant de redéfinir conjointement les objectifs de la prise en soins, et la part de chacun dans une relation thérapeutique fructueuse (verbalisation d'un contrat 50/50). Une fin de prise en soins peut aussi être décidée si elle n'apparaît en effet pas justifiée. Lorsque cette mise au point n'est pas suffisante, les orthophonistes peuvent aussi être amenées à proposer des pauses thérapeutiques, ou à remettre en question le fonctionnement de la relation thérapeutique, ouvrant ainsi la possibilité de changer de thérapeute.

E - Travailler la relation thérapeutique

Cet objectif transparait à de nombreuses reprises dans les fins de séance, au travers des exemples et situations rapportés (voir annexe 2f). Les fins de séance sont à la fois un bon « **thermomètre** » de la qualité de la relation thérapeutique, mais également un moment propice à **la développer et à la nourrir**. Les orthophonistes nous font part de l'importance de se situer dans une **grande disponibilité** d'écoute et de bienveillance. Cette disponibilité n'est pas toujours évidente, puisqu'elle requiert parfois de prendre sur soi, de se détacher de l'horloge, et de réussir à mettre de côté ses problèmes personnels. La qualité de la relation s'appuie aussi sur ce que l'orthophoniste fera à plus long terme de ces émotions exprimées, notamment en prenant des notes et en gardant ces éléments à l'esprit, ou en les ré-évoquant parfois avec le patient lors de séances ultérieures. Les entretiens font également état de l'opportunité offerte de **mieux connaître le patient**, souvent lors d'échanges ou d'activités informelles, permettant de découvrir sa personnalité (exemples : discussion sur ses centres

d'intérêts, enfant qui se révèle). Le temps de rhabillage propre à certaines prises en soin (vocales notamment), semble également propice à des confidences plus personnelles. Le dialogue avec les proches permet également de recueillir des informations-clés parfois très importantes pour comprendre le fonctionnement du patient (exemple : éléments de leur histoire de vie). Les échanges informels et plus naturels de fin de séance favorisent également la **rencontre inter-personnelle**, dans le plaisir d'une conversation sans attentes et dans laquelle les rôles de chacun s'atténuent. Le retour en chambre dans les institutions semble notamment de nature à créer de tels moments de complicité. A également été évoquée l'importance d'apporter au patient des éléments propres à instaurer **une relation de confiance**, par la confidentialité des échanges ainsi que le fait d'oser être en vérité avec le patient. La **confidentialité des échanges** et l'assurance d'un espace dédié de manière exclusive au patient, se traduisent notamment par le cadre posé par l'orthophoniste, concernant les dossiers et les questionnements des patients sur les autres patients (très courant chez les enfants). Le silence de l'orthophoniste, ainsi que la verbalisation de ce cadre rassure implicitement l'enfant sur la confidentialité de ses propres séances. La confiance passe aussi dans ce que l'orthophoniste raconte ou non aux aidants qui les sollicitent à la fin de la séance : certaines professionnelles laissent dans ce cas aux patients le soin de raconter ou de montrer eux-mêmes ce qu'elles estiment n'appartenir qu'à eux. Les orthophonistes se questionnent souvent sur ce qui doit être dit ou non aux parents, qu'elles dosent en fonction de chaque situation, et en général avec l'accord préalable du patient. Dans ce même esprit, plusieurs professionnelles nous font aussi part du cadre qu'elles imposent aux frères et sœurs, à qui elles demandent par exemple de rester dans la salle d'attente, afin de limiter l'intrusion de ceux-ci dans l'espace physique et psychologique de la rééducation. L'instauration d'une relation de confiance passe aussi pour certaines orthophonistes par le fait **d'oser être en vérité**. Cette franchise fait référence ici aux constats et émotions plutôt négatifs que les professionnelles rencontrées peuvent vivre ou aborder durant les derniers instants des séances : par exemple en répondant par le silence à une patiente qui s'excuse d'avoir été désagréable, ou au contraire en verbalisant ce ressenti. Cette honnêteté trouve également à s'exprimer à propos de l'impasse dans laquelle l'orthophoniste a l'impression de se trouver avec le patient, et fait écho aux éléments évoqués dans la thématique portant sur la mise au point. Enfin, les échanges informels de la fin de séance peuvent aussi être ressentis comme potentiellement **piégeux** pour les orthophonistes, dans la mesure où certaines d'entre elles ont pu nous faire part d'un glissement possible de la relation hors du cadre professionnel. Le

malaise qui en découle les conduit à s'interroger sur leur propre posture, et à la réajuster en reposant le cadre : par exemple en veillant à rester dans une posture d'écoute plus que de partage, en restant corporellement dans une relation neutre (pas de câlin ni de bisou avec les enfants), ou encore en refusant à l'enfant d'emporter des éléments du travail et du cabinet à la maison (dessin, jouet).

F - Accompagner et investir les aidants

La fin de séance est très souvent le moment de rencontre des aidants : parents, conjoints, ou toute personne proche des patients (voir annexe 2g). Les orthophonistes en profitent donc pour saisir des éléments de la relation patient-aidant, ou pour amener les aidants à **s'investir**. Ces échanges peuvent également avoir lieu en début de séance, bien que le temps de la séance que l'aidant passe en salle d'attente le rende parfois plus disponible en fin de séance. Le dialogue est souvent initié au premier prétexte de **questions administratives** (prise de rendez-vous, règlement financier), mais permet parfois d'aborder des éléments plus profonds, à l'initiative de l'une ou l'autre des parties en présence. Les orthophonistes sont tout d'abord très souvent sollicitées en fin de séance par les aidants, sur **le bon déroulement de la séance** écoulée. Ce questionnement intervient parfois dans le bureau, mais également souvent dans la salle d'attente, ce qui pose d'ailleurs problème à quelques orthophonistes rencontrées en termes de confidentialité. Elles peuvent dans ce cas inviter les parents à venir dans le bureau. Les informations rapportées par les orthophonistes peuvent porter sur des éléments concrets de la séance, dans le but d'une meilleure représentation par l'aidant de la prise en soins et de ses objectifs, et de majorer ainsi son implication. Les orthophonistes s'appuient ainsi parfois directement sur les propos de l'enfant afin d'illustrer tel ou tel étayage à mettre en œuvre au quotidien (exemple : importance du jeu). Ces échanges mettent parfois en difficulté les orthophonistes, dans notamment deux situations : la première concerne des demandes systématiques post-séances à domicile, chez des patients dont l'évolution est très limitée (notamment dans les pathologies neurodégénératives avancées), et pour lesquels il est difficile d'avoir toujours un élément nouveau à apporter à l'aidant. La deuxième situation concerne, a contrario, des parents que les orthophonistes voient très peu souvent, et pour qui il n'est pas aisé de faire un retour exhaustif de l'évolution de la prise en soins à partir d'une séance. Au-delà de la séance du jour, ces moments sont également exploités par l'orthophoniste pour faire le point sur l'évolution des capacités du patient⁸, ainsi

⁸ Cette idée a été abordée dans le paragraphe « faire le point ».

que pour informer plus largement l'aidant sur les perspectives d'évolution à venir, dans les limites réalistes de la pathologie. Cette information participe également d'une **prise de conscience** de l'aidant quant aux difficultés de son proche, notamment chez des conjoints agacés des troubles en vie quotidienne, ou bien chez des parents peu convaincus de l'intérêt de la prise en charge. Des rendez-vous spécifiques, avec ou sans patient, sont alors parfois proposés par les orthophonistes lors des fins de séance, à ces aidants qu'elles sentent peu investis. L'implication des aidants vise notamment la **généralisation des progrès des patients dans la vie quotidienne**. Les échanges de fins de séance peuvent donc donner lieu à des conseils concrets à mettre en œuvre : en modélisant par exemple à des parents un langage oral adapté à leur enfant, ou en donnant des idées concrètes d'activités ou d'étayage à mettre en œuvre. Ces petits objectifs sont fréquemment ré-évoqués lors des fins de séances ultérieures : soit spontanément par les parents qui partagent avec l'orthophoniste leur expérience vécue (voire redemandent des conseils), soit par l'orthophoniste qui sollicite ce retour d'expérience. Celui-ci permet aussi à l'orthophoniste d'évaluer le niveau d'investissement de l'aidant dans la prise en soins. Plusieurs orthophonistes nous ont également indiqué utiliser ces fins de séance afin d'amener les parents à changer de regard sur leur enfant, ou bien à **modifier des représentations ou attitudes** qui leur paraissent néfastes, tant pour le patient que pour la relation parent-enfant. Il en est ainsi de la verbalisation de l'agitation de l'enfant en fin de séance comme le stigmate de difficultés à changer d'activité, ou bien du fait de rebondir sur les commentaires des parents pour y répondre avec un autre regard. Une orthophoniste nous a également indiqué avoir dû intervenir auprès d'une maman, après avoir compris que la séance d'orthophonie à laquelle ne souhaitait plus venir le patient était la condition d'une récompense ultérieure.

L'autre objectif principal de ce moment d'échange avec l'aidant est de **le soutenir psychologiquement** dans les difficultés rencontrées au quotidien. **L'écoute** des aidants s'effectue avec ou sans le patient, de manière prévue ou inopinée : soit parce que l'orthophoniste sent que l'aidant a besoin d'échanger, et l'invite donc à venir dans le bureau ou à prendre un rendez-vous spécifique (téléphonique ou au cabinet), soit parce que l'orthophoniste et le patient se retrouvent seuls (exemple : aidante qui s'épanche dans son jardin après la séance à domicile avec son mari). Certaines orthophonistes s'interrogent d'ailleurs parfois sur le niveau de leur implication auprès de l'aidant, lorsque cela sort du cadre stricto sensu de la prise en soins du patient. La réorientation vers un psychologue est d'ailleurs souvent proposée. Ces échanges amènent aussi souvent les orthophonistes à

rassurer l'aidant sur l'évolution de leur proche, notamment en évoquant très souvent les points les plus positifs de la séance. Les paroles de l'orthophoniste visent également à redonner confiance à l'aidant dans les adaptations qu'il essaye de mettre en œuvre pour soutenir son proche, et à le féliciter dans tout ce qui aura été entrepris. Enfin, les échanges de fin de séance peuvent aussi amener l'orthophoniste à faire preuve de vigilance quant au fait de **ne pas se retrouver en posture de rivalité** avec l'aidant, notamment concernant les patients enfants. La qualité de la relation thérapeutique peut parfois être vécue comme une menace par les parents qui sont dans la culpabilité de ne pas pouvoir répondre seuls aux besoins de leur enfant. Les orthophonistes veillent alors à rester dans une relation bien différente de celle associée aux parents, en verbalisant par exemple leur refus de bisou ou de câlin lorsque les enfants les sollicitent.

G - S'adapter aux contraintes du cadre matériel

Nous avons identifié sous cet item les contraintes **de temps et d'espace**, dont les conséquences nous paraissent souvent dépasser le simple cadre matériel (voir annexe 2h). Les **contraintes de temps** sont tout d'abord très fréquemment évoquées par les orthophonistes, soit concernant les patients (contrainte horaire personnelle), soit (le plus souvent) concernant tout simplement la fin horaire de la séance. Les orthophonistes ressentent souvent de manière frustrante et/ou stressante cette « injonction du temps », qui vient les rappeler à la fin de la séance, sans que cela corresponde à leur rythme ou à celui du patient. La durée des séances de 30 minutes est notamment mise en cause, car jugée trop courte, notamment en comparaison des séances plus longues, dont les derniers instants sont en général mieux vécus. Il en résulte un sentiment de moindre disponibilité, qui selon plusieurs orthophonistes rencontrées, nuit à la qualité de la prise en soins et/ou de la relation thérapeutique. Car l'analyse des entretiens nous dépeint finalement la richesse des contenus possibles de ces fins de séance, dans lesquels sont toutefois souvent traitées en priorité les questions administratives (règlement, prise de rendez-vous). Le manque de temps ne permet alors pas à l'orthophoniste autant d'échanges qu'elle le souhaiterait avec le patient ou avec l'aidant. A ceci s'ajoute le dilemme de **ne léser aucun des deux patients successifs** : respecter à la fois le rythme de départ du patient qui s'en va, et l'horaire du rendez-vous (et donc l'accueil) du patient qui arrive. Ce dilemme est parfois d'autant plus compliqué à gérer, lorsque les conditions matérielles font que l'arrivée du patient suivant est signalée par une sonnette, qui intervient donc parfois bien avant l'horaire de fin de séance. Une orthophoniste m'a ainsi fait part d'une fin de séance au cours

de laquelle une patiente commençait à se livrer sur son histoire personnelle : le coup de sonnette du patient suivant (à qui l'orthophoniste devait donc ouvrir la porte), a malheureusement écourté le discours de cette patiente, qui a peut-être ressenti que le temps qui lui était imparti était terminé. Il résulte de cette pression temporelle une moindre disponibilité des orthophonistes en fin de séance, à laquelle elles essayent de remédier en mettant en place diverses stratégies, dans le but soit d'assouplir ce cadre, soit d'en limiter les effets. L'**assouplissement de la contrainte temporelle** passe par quatre stratégies relevées dans les entretiens : allonger de manière planifiée le temps des séances, prévoir du temps entre les séances pour permettre de les allonger à la demande, admettre, assumer et verbaliser aux patients le fait d'avoir possiblement du retard, ou bien encore se libérer de la contrainte temporelle en terminant la séance sur le point de capiton⁹, et non systématiquement sur la fin prévue de la séance. La gestion de la contrainte temporelle peut aussi passer par des stratégies visant à **anticiper** le temps des activités proposées (exemple : prévoir des objectifs limités par séance), mais également le temps nécessaire aux échanges ou au patient pour quitter le bureau. Cette anticipation s'effectue en amont, mais contraint également l'orthophoniste à un réajustement permanent tout au long de la séance. Une autre stratégie évoquée consiste à effectuer en début de séance les éléments chronophages, tels que la gestion administrative (règlement, prise de rendez-vous..) ou les échanges avec le patient ou l'aidant, permettant à la séance de se terminer à l'heure. Les échanges (par exemple pour faire le point avec l'aidant) peuvent également être concentrés sur des séances spécifiques planifiées, n'entamant donc pas sur le temps des séances. Certaines orthophonistes limitent également sciemment les échanges chronophages et peu utiles à la prise en soins, notamment avec des aidants qu'elles ne font donc volontairement pas entrer dans le bureau. Enfin, un chronomètre peut également être mis à sonner 5 minutes avant la fin de la séance, afin d'arrêter l'activité en cours. Cette technique permet a minima à l'orthophoniste d'être plus disponible durant la séance, et de s'assurer qu'un temps d'échange sera possible. Plusieurs stratégies visent cette fois à **pallier** la contrainte temporelle :

- en écourtant les échanges, qui sont reportés à la prochaine séance ou à un rendez-vous téléphonique proposé. Les orthophonistes verbalisent alors souvent la contrainte temporelle, afin d'expliquer au patient ou à l'aidant la nécessité d'écourter les échanges. La sonnette indiquant l'arrivée du patient suivant peut également aider à cette prise de conscience.

9 La notion de point de capiton été expliquée brièvement dans la partie théorique de ce mémoire (p. 9)

- en commençant la séance suivante, et en l’interrompant lors de l’arrivée du parent du patient précédent, pour échanger quelques mots,
- en notant soi-même les éléments à travailler dans le carnet du patient,
- en se pressant sur les trajets inter-séances (séances à domicile/ au cabinet).

Enfin, le **cadre spatial** est aussi parfois évoqué au travers des salles d’attentes et des espaces d’accès au cabinet, dont la configuration influe parfois sur le déroulement des fins de séance.

Les espaces évoqués dans les entretiens sont les suivants :

- la porte d’entrée : au travers des éléments relatifs de sonnette et d’ouverture déjà évoqués dans les contraintes temporelles, mais également à propos de la rencontre entre patients, qui peut leur apporter réconfort et soutien,
- le couloir et la salle d’attente : qui peuvent donner lieu à des échanges lors du raccompagnement du patient, notamment avec les aidants. Ces échanges mettent parfois les orthophonistes mal à l’aise par rapport au manque de confidentialité du lieu, et peuvent donc parfois être écourtés pour cette raison, ou inciter l’orthophoniste à repenser spatialement le départ du patient,
- les escaliers : ceux-ci sont évoqués comme peu pratiques, d’une part en raison des troubles physiques de certains patients, mais également du fait de la distance spatiale que cela induit entre l’orthophoniste et les aidants (moins de rencontres en salle d’attente),
- le bureau : son étroitesse pose parfois problème au départ du patient en fauteuil roulant, ou à l’accueil des aidants,
- le domicile du patient : il est souvent vécu par les orthophonistes interrogées comme moins contraignant du point de vue du temps,
- la chambre d’hôpital : elle fût évoquée comme un point positif, dans le sens d’une découverte du patient, source d’échanges renforçant la relation thérapeutique.

H - Prendre soin de soi

La fin de séance est enfin aussi un temps que certaines orthophonistes rencontrées mettent à profit pour se ressourcer et se préserver (voir annexe 2i). Elle le font en accueillant les marques de **reconnaissance** des patients, ou en partageant verbalement avec le patient l’impression d’avoir bien travaillé ensemble, leur permettant ainsi de se sentir valorisée dans leur rôle professionnel. A contrario, certaines orthophonistes estiment que le métier de soignant n’implique pas de devoir **tout supporter**, et n’hésitent donc pas à interrompre des séances ou à verbaliser au patient l’inconfort dans lequel il les placent. Mais les derniers

échanges sont parfois aussi lourds d'émotions, et le temps inter-séance permet alors de **s'apaiser et de se rassembler** avant l'arrivée d'un nouveau patient. Ce trop-plein d'émotions peut aussi conduire les orthophonistes à **solliciter leurs collègues**, en recherche d'une écoute ou d'un soutien. Ces fins de séance sont parfois, comme nous l'avons déjà vu, le thermomètre d'une relation thérapeutique qui ne fonctionne pas. Elles peuvent parfois dans ce cas inciter l'orthophoniste à prendre la décision de **se faire aider**, notamment en ayant recours à de la supervision. Enfin, de manière plus quotidienne, certaines professionnelles interrogées nous ont aussi fait part de l'importance de gérer les moments inter-séances en étant **à l'écoute de leur rythme personnel**, soit en ne se démobilisant pas entre deux séances, soit au contraire en s'accordant une pause quasi-systématique (exemples : boire un verre d'eau, aller aux toilettes, ranger ses affaires, s'asseoir 1 minute et respirer...).

IV - Discussion

La réalisation de ce mémoire peut être soumise à plusieurs critiques quand à la mise en œuvre de sa méthodologie (A). Par ailleurs, les résultats obtenus nous ont semblé d'une telle richesse, qu'il nous a paru intéressant de pouvoir les discuter en lien avec des lectures bibliographiques complémentaires. Cette démarche nous permettra d'adopter au plus près l'équilibre de « l'équation intellectuelle du chercheur » proposée par Paillé et Mucchielli (2016, p. 272), consistant à tenir compte à la fois d'éléments théoriques, tout en adoptant une position d'ouverture aux éléments apportés par le terrain (B).

A - Critique de la méthodologie

1) Diversité et quantité de l'échantillon

L'échantillon en démarche qualitative exploratoire n'a pas à être représentatif de la population étudiée, mais une diversité des profils doit a minima être recherchée, afin d'apporter une représentation exhaustive du phénomène étudié (Glaser et Strauss, 1967). Le tableau présenté en annexe 9 fait état des principales caractéristiques des orthophonistes rencontrées. Dans l'objectif d'une diversité plus large de l'échantillon, il aurait pu être intéressant de rencontrer également des hommes orthophonistes, ou bien des professionnelles exerçant dans des conditions particulières (exemple : uniquement à domicile). Par ailleurs, le choix des orthophonistes interrogées s'est souvent consciemment ou inconsciemment porté sur des professionnelles pressenties comme étant particulièrement intéressées par les enjeux de la relation thérapeutique. Néanmoins, sur le sujet des fins de séance, il s'est avéré que

plusieurs orthophonistes nous ont indiqué avoir pu formaliser en entretien des éléments de leur pratique clinique qu'elles n'avaient pas forcément conscientisé jusqu'alors. De plus, l'interview de quatre orthophonistes non rencontrées au préalable a permis de contre-balancer quelque peu cet effet. Concernant par ailleurs la quantité définitive de l'échantillon, celle-ci s'est définie par l'atteinte nécessairement subjective du seuil de saturation théorique. Celui-ci se trouve en effet influencé à la fois par le regard de l'analyste sur l'avancée de son exploration au regard des éléments collectés, mais également par les ressources dont il dispose (notion d'« emergent-fit » de Strauss et Corbin, 1998, cités dans Guillemette, 2006). A ce titre, le temps dont nous disposions pour la réalisation de ce mémoire a sans doute également influencé la quantité des entretiens réalisés.

2) Méthode d'enquête

La méthode d'enquête présente des biais inhérents à sa nature même, qui met en interaction l'enquêteur et l'enquêté. Il en est ainsi en premier lieu de l'influence de l'expérimentateur sur les résultats d'une recherche, décrit en psychologie sous le terme d'« effet Pygmalion » (Rosenthal, 1966). Au regard de l'intérêt que nous avons personnellement porté au sujet de notre mémoire en tant qu'enquêteur, et des données nécessairement subjectives découlant de la démarche qualitative entreprise, il paraît en effet impossible d'admettre la neutralité absolue des résultats. Par ailleurs, et en lien avec cette subjectivité, notre manque d'expérience en matière de mise en œuvre de l'entretien semi-dirigé constitue également une limite à l'objectivité de ce travail. Comme exposé dans la partie méthodologie, nous avons essayé de cadrer au mieux les entretiens et nos interventions, afin d'influencer le moins possible les personnes interrogées, notamment en réduisant nos propositions verbales propres à renforcer la tendance à l'acquiescement (Sauvayre, 2013).

B - Discussion des résultats

1) La fin de séance en orthophonie : des enjeux cliniques avérés

A la question de l'intérêt clinique de penser les fins de séance, la richesse qualitative et quantitative des éléments concrets recueillis lors des entretiens nous paraît pouvoir justifier une réponse affirmative. Les quelques questions posées lors des entretiens ont en effet donné lieu au total à plus de dix heures d'entretien. Au niveau qualitatif, l'analyse a donné lieu au regroupement des données en huit thèmes. On constate que parmi ces thèmes, certains éléments sont clairement spécifiques à la fin de séance (exemple : la contrainte temporelle),

tandis que d'autres sont évoqués comme pouvant également se dérouler à un autre moment de la séance. Les réponses aux deux questions suivantes ont permis de mettre à jour de manière plus spécifique l'intérêt clinique portée aux fins de séance :

- Est ce un moment auquel vous avez déjà réfléchi ou que vous planifiez parfois ?
- Avez-vous fait évoluer vos fins de séance au cours de votre carrière ?

La plupart des orthophonistes rencontrées n'avaient pas spécifiquement réfléchi aux fins de séance de manière générale avant de nous rencontrer. En revanche, elles avaient par contre souvent mis en place des stratégies, en réponse à telle ou telle situation clinique précise leur ayant posé problème (ex : gestion de la frustration d'un patient rendant difficile les fins de séance). Par ailleurs, la plupart d'entre elles ont affirmé avoir fait évoluer leur fin de séance au fur et à mesure de leur expérience clinique. La fin de séance est donc identifiée par la plupart des orthophonistes interrogées comme un moment a minima tout aussi important qu'un autre, qui est néanmoins souvent spontanément négligé, du moins en début d'exercice. Les éléments recueillis dans ce mémoire nous incitent à penser qu'une réflexion sur la manière de clore les séances d'orthophonie recèle un véritable intérêt clinique.

2) Perspectives cliniques

Il nous a semblé intéressant d'aborder cette discussion au regard de 3 axes d'analyse, dégagés à partir des résultats de l'enquête menée : la recherche d'efficacité de la prise en soins par une approche globale du patient (a), la recherche de bien-être du patient et de son entourage (b), et enfin l'abord des limites de la prise en soins (c).

a - Optimiser les effets de la prise en soins par une approche globale du patient

Comme nous l'avons vu dans la partie résultats, les derniers instants des séances d'orthophonie donnent lieu pour plusieurs professionnelles rencontrées à une recherche d'optimisation de la portée du soin. De par une approche globale centrée sur le patient, les orthophonistes interrogées ciblent cet objectif tant sur le **plan cognitif, que sur le plan motivationnel, psychologique, fonctionnel et social**. Cette pluralité s'inscrit notamment dans l'histoire épistémologique de la profession, comme relaté dans la partie théorique. Ces diverses approches du patient peuvent parfois se croiser, et s'influencent mutuellement.

Approche cognitive du patient

Concernant tout d'abord les techniques visant le renforcement cognitif du travail de rééducation, la technique de **remémoration** des éléments travaillés semble particulièrement

pertinente au regard des travaux récents en neuropsychologie portant sur les apprentissages. Cette technique participe en effet d'une consolidation de l'information récemment engrammée, par une stratégie de « codage sémantique » visant à reformuler et résumer les éléments appris, à s'en créer une image mentale, ou bien à mettre en lien ces éléments nouveaux avec les connaissances déjà acquises (Mazeau 2014). Cette stratégie de consolidation de l'encodage peut donc en effet s'avérer particulièrement pertinente en fin de séance, pour permettre le passage en mémoire à long terme des éléments nouveaux compris ou appris pendant la séance. Pour aller plus loin, cette pratique de fin de séance nous semble faire également écho aux **techniques de gestion mentale**, telles que théorisées par Antoine de la Garanderie (1987). En pratique, la fin de séance peut en effet être l'occasion d'aider le patient à conscientiser la manière dont il a pu, au cours de la séance, réaliser cognitivement une tâche donnée, de manière à juger de son efficacité, et à mettre en place des stratégies efficaces et reproductibles. Les fins de séance sont également utilisées comme on l'a vu pour **favoriser la concentration** du patient pendant la séance, en y évacuant par exemple les sujets de conversation non liés à la rééducation. Souvent classée dans les stratégies d'apprentissage dites « affectives », cette pratique nous semble davantage pouvoir s'apparenter à une stratégie d'apprentissage cognitive, dans la mesure où elle a pour but le « contrôle de ses activités mentales, pour les orienter vers une tâche spécifique, dans le but, entre autres, de tenter d'isoler les processus cognitifs de l'impact d'un affect trop important » (Béguin, 1992 ; Gill et Schafer, 1973, cités dans Béguin, 2008). Concernant la stratégie de planification du **travail à domicile entre les séances**, les pratiques relevées en neurologie et en rééducation vocale s'inscrivent pleinement dans les préconisations de nombreux ouvrages, relatifs à des pathologies variées (neurologiques, vocales, paralysie faciale, troubles de la fluence, déglutition atypique, fentes vélo-pharyngées...). Cet entraînement parfois quotidien s'inscrit dans un objectif d'intensité de la prise en soins, rendant possible de meilleurs progrès du patients, en lien avec la notion de plasticité cérébrale, d'intégration de nouveaux schèmes moteurs (reprogrammation motrice), ou bien encore d'entraînement musculaire. Certains protocoles prévoient expressément la réalisation d'exercices au quotidien, et donc en autonomie, tel que la prise en charge de l'hypophonie des patients atteints de la maladie de Parkinson (exemple : protocole LSVT) (H.A.S.¹⁰, 2007).

Approche motivationnelle du patient

L'explication de l'intérêt de cet entraînement quotidien, et plus largement l'adhésion thérapeutique du patient, requiert des compétences visant son **implication**. Ces compétences sont explicitées notamment par Silverman, Kurtz et Draper (2010), qui préconisent au soignant d'adopter les postures suivantes :

- faire part au patient de ses interrogations sur le plan de soins en fonction des circonstances ou des différentes options possibles,
- impliquer (s'il le souhaite) le patient, en lui faisant plutôt des propositions à choisir que des directives, et en le sollicitant sur ses propres suggestions,
- négocier les solutions choisies en tenant compte de son avis, mais également en se positionnant en tant que professionnel sur la pertinence de telle ou telle activité,
- vérifier enfin auprès du patient que le plan d'action ainsi défini est accepté, et répond à ses préoccupations.

Les pratiques de **mise en projet de la séance suivante** avec les patients enfants s'inscrivent également dans cette démarche d'implication, en instituant comme un contrat thérapeutique la date et/ou le contenu de la prochaine séance. Ces pratiques visant à motiver le patient trouvent un écho dans la Théorie de l'autodétermination décrite par Deci et Ryan (2000), qui ont exploré le caractère pluriel de la motivation. Leur recherche met en lumière l'importance de la qualité de la motivation sur le comportement des individus, et en particulier son caractère autodéterminé. Le concept de motivation intrinsèque (i.e. inhérent à l'individu) développé dans la lignée de ces travaux par Brière, Vallerand, Blais et Pelletier (1995) semble particulièrement intéressant à prendre en compte. Il pourrait inciter le soignant à favoriser chez le patient 3 types de motivation particulièrement puissants que sont : la motivation intrinsèque liée à la soif de connaissance, celle liée à la satisfaction de l'accomplissement d'un objectif (ex : retenir le programme de la prochaine séance ou redonner un mot), et la motivation purement sensorielle liée au plaisir d'accomplir la tâche (ex : projection dans une activité appréciée ou enviée).

L'investissement du patient dans sa prise en charge est également visée par une recherche de **prise de conscience** de ses difficultés, lorsque l'orthophoniste considère son patient en **déni** (par un mécanisme de défense psychique identifié comme tel par Freud, 1938, cité dans Laplanche, Pontalis et Lagache, 1994), ou **anosognosique** (par des lésions cérébrales impactant le fonctionnement cognitif du patient). Cette question a été évoquée lors de plusieurs entretiens sur les fins de séance, soit concernant les patients eux-mêmes (exemple :

anosognosie dans le cadre de pathologies neurologiques), soit concernant les proches (déli). Si l'intrication possible de ces deux mécanismes rend parfois compliquée leur identification distincte (Mc Glynn et Schacter, 1989 ; Bergeret, 2000, cités dans Caron, 2009), tous deux posent de réelles questions éthiques au soignant. Concernant **le déni**, nous nous sommes interrogées sur l'intérêt thérapeutique de mettre en place des stratégies cherchant à lever ce mécanisme, telle que la confrontation du patient à ses difficultés, relevée dans l'un des entretiens. Dans la littérature médicale, cette notion est abordée notamment dans le contexte de l'annonce par le soignant d'une mauvaise nouvelle : le déni est alors considéré comme une stratégie de coping le plus souvent partielle et transitoire, le patient étant dans l'incapacité temporaire de gérer cette angoisse (H.A.S., 2008). Néanmoins, dans un contexte de rééducation orthophonique, la persistance de ce déni n'est-elle pas nuisible à l'investissement du patient ? Par ailleurs, l'accompagnement de ce mécanisme est souvent décrit dans des contextes de soins palliatifs ou de pathologies neurodégénératives, contextes dans lesquels le déni peut permettre au patient de mieux vivre la dégradation inéluctable de son état de santé. Mais qu'en est-il lorsque des progrès -ou a minima un ralentissement de la dégradation- sont envisageables ? Le déni n'est-il alors pas source de freins à l'évolution favorable des compétences du patient ? Le débat éthique concernant **l'anosognosie** pourrait apparaître plus simple, dans la mesure où il ne met (théoriquement) pas en jeu de mécanismes psychiques de défense. Néanmoins, des questionnements éthiques se posent également au praticien dans les pathologies neurodégénératives, celui-ci se trouvant confronté au choix suivant : tenter de lever l'anosognosie dans un but d'investissement du patient dans la prévention et/ou la compensation des troubles, ou le préserver d'une prise de conscience pouvant le conduire possiblement à une démobilité, voire à une dépression (Ergis, 2012) . Ces différentes questions autour du déni et l'anosognosie restent à ce jour entièrement posées, et ne trouvent probablement de réponse qu'au cas par cas, tout comme la mise en œuvre des stratégies proposées dans la littérature. Les propositions suivantes constituent un relevé non exhaustif de ces stratégies (Lassaunière, 2000 ; H.A.S., 2008) :

- laisser du temps au patient,
- reconnaître le déni et le formuler comme tel au patient,
- rechercher à créer une faille dans l'attitude de déni du patient en questionnant des difficultés, concrètes ou des ressentis négatifs vis à vis de ces difficultés,
- relever des contradictions dans le discours du patient,
- ne pas être sur la défensive quand au discours irréaliste du patient,

- si le patient semble néanmoins faire face à ses sentiments, ne pas insister sur le déni,
- si la personne semble ambivalente quant à ses troubles (parfois lucide, parfois dans le déni), tenter de s'ancrer dans la réalité en formulant cette ambivalence, l'incertitude du patient, et en offrant de l'aide et du temps propice à lever le déni à plus long terme.

Approche psychologique du patient

Les développements précédents concernant la prise de conscience des difficultés participent bien sûr tout autant de l'approche motivationnelle que de l'approche psychologique du patient. Cette dernière s'exprime également par la recherche de **disponibilité psychique** du patient. Les orthophonistes rencontrées partent en effet du principe qu'une indisponibilité psychique rend compliquée - voire impossible - l'investissement dans le travail cognitif et dans les apprentissages. Ce prérequis de disponibilité psychique est fréquemment évoqué dans les articles relatifs à la pédagogie (Genet, 2013), et renvoie aux problématiques personnelles ou familiales qui peuvent envahir un patient, rendant impossible son implication dans un travail cognitif. C'est la raison qui sous-tend notamment les séances écourtées évoquées lors des entretiens, avec de jeunes patients apparaissant comme non disponibles (colère, tristesse...), et poussant donc l'orthophoniste à arrêter prématurément la séance jugée inefficace. Par ailleurs, le travail technique orthophonique s'accompagne également d'un nécessaire **cheminement psychologique** du patient, au regard des difficultés qui ont pu l'amener à entreprendre une rééducation : « Ce que le patient doit découvrir ce n'est pas l'autre mais que quelque chose en lui est possible. » Cette citation empruntée à René Diatkine évoque l'accompagnement psychologique dans lequel s'inscrit bon nombre de professionnelles interrogées, qui profitent des fins de séance pour amorcer ou poursuivre une réflexion avec le patient autour de leurs troubles et de leur vécu. Cet accompagnement du cheminement du patient en fin de séance fait également écho au point de capiton de Lacan, évoqué lors des entretiens ainsi que dans la partie théorique de ce mémoire.

Approche fonctionnelle du patient

Les données des entretiens traitant de l'utilisation des fins de séance à des fins de **transfert des effets de la prise en soin en vie quotidienne**, font référence à la mise en pratique avec d'autres personnes¹¹ des techniques et compétences acquises par le patient, ou à leur planification dans le but d'une utilisation concrète en vie quotidienne. Cette pratique s'inspire de la technique de désensibilisation des thérapies cognitivo-comportementales, qui a

11 autres orthophonistes du cabinet, patients...

notamment donné lieu à des écrits en orthophonie dans la prise en soins du bégaiement (Brignone-Maligot, Loffredo et Lovero, 1996). Cette méthode s'inscrit dans un accompagnement au changement des comportements pathogènes du patient. Les pratiques relevées dans les entretiens semblent ainsi pouvoir se rapporter à la méthode de « désensibilisation systématique in vivo », qui consiste à exposer progressivement le patient à des situations réelles, préparées au moyen de techniques préalablement travaillées (respiration, fluence...) et permettant de mieux gérer l'anxiété générée par l'exposition. Les sensations positives vécues par le patient dans ces nouvelles situations lui permettront de juger de l'efficacité des nouveaux comportements adoptés, et permettront d'inverser le cercle vicieux du bégaiement, en un cercle vertueux propice à améliorer à long terme la communication et le bien-être du patient (Simon, 1993). Ces pratiques sembleraient pouvoir s'appliquer avec fructuosité dans bien d'autres pathologies, dans lesquelles la généralisation des compétences acquises en séance se trouve parfois freinée par l'appréhension du patient quant à son utilisation. On pense notamment aux techniques de voix trachéo-oesophagienne qui donnent lieu à de pareilles résistances. Les fins de séances pourraient ainsi permettre de profiter de la dynamique de la séance pour amener le patient à sortir de sa zone de confort, en expérimentant les techniques acquises hors du cadre strict de la séance, et en se projetant mentalement dans des situations concrètes à expérimenter dans un temps donné (par exemple avant la prochaine séance).

Approche sociale du patient

Dans la lignée de l'approche fonctionnelle, la **mise à contribution de l'entourage** des patients est jugée comme primordiale par les orthophonistes rencontrés. C'est notamment le cas de la « guidance parentale », à laquelle est aujourd'hui préféré le terme d'« accompagnement », recouvrant plus largement les notions de guidance, de suivi thérapeutique, et d'implication de l'entourage (Roch et Thibault, 2010). Cet accompagnement trouve particulièrement sa place dans les fins de séances, moments propices à la rencontre avec les parents du patient, dans la salle d'attente ou dans le bureau. Il est préconisé par les recommandations officielles dans plusieurs prises en soins concernant le langage oral des enfants les plus jeunes (A.N.A.E.S.¹², 2001 ; H.A.S., 2009). Ces recommandations s'appuient sur les travaux de développement du langage, ainsi que sur des études démontrant la place majeure qu'occupe l'interaction communicationnelle entre l'enfant et ses parents dans ce développement, et le bénéfice d'inclure les parents dans un soutien langagier quotidien

complémentaire à la rééducation orthophonique stricto sensus (A.N.A.E.S., 2001). L'implication de l'entourage du patient trouve donc sa justification à la fois d'un point de vue préventif (maintien ou renforcement de l'interaction communicationnelle), et quantitatif (intensité nécessaire du soutien ne pouvant se limiter au cadre des séances d'orthophonie) (Monfort, 2010). L'intervention auprès de l'entourage du patient recouvre globalement pour l'orthophoniste deux missions, évoquées à la fois dans les entretiens et dans la littérature : l'information et la formation (Monfort, 2010). La formation correspond aux conseils apportés par l'orthophoniste, visant à optimiser l'interaction des parents avec leur enfant. Cet aspect de l'accompagnement n'a pas vocation à ne s'exercer qu'en fin de séance, et des moments plus conséquents lui sont souvent dédiés par les orthophonistes rencontrées. Toutefois, c'est souvent lors de la fin de séance que les parents sollicitent l'orthophoniste quant aux ajustements et aides qu'ils pourraient proposer à leur enfant au quotidien. Quelques conseils préconisés par Monfort, Roch et Thibault (2010 ; 2010) nous ont paru intéressants à évoquer ici :

- ajuster ses demandes au cheminement psychologique des parents (objectifs progressifs), afin d'éviter une sur-responsabilisation qui s'avérerait culpabilisante, et donc contre-productive pour leur implication dans la prise en soins,
- tenir compte des croyances et des représentations de l'entourage -notamment lorsque celui-ci a glané des informations sur internet-, et l'aider à les organiser et à les clarifier,
- éviter de proposer des modèles « d'orthophoniste » que le parent se sentira incapable d'imiter, le renvoyant à son incapacité à soutenir son enfant,
- fixer des objectifs limités, concrets et évaluables à court/moyen terme,
- revenir ultérieurement sur la mise en pratique des conseils et exercices proposés à la maison, afin de s'assurer de leur utilité, et de réajuster éventuellement les conseils apportés,
- enfin, ne pas interpréter forcément comme une résistance consciente le comportement de l'entourage qui ne se saisit pas des conseils proposés : l'accompagnement passe également par un ajustement permanent au cheminement psychologique des aidants.

Par ailleurs, lorsque l'orthophoniste se trouve confronté à un parent peu impliqué, c'est également la fin de séance qui va lui permettre, au détour d'activités administratives, de tenter d'accrocher cet aidant naturel de l'enfant. Mais comment arriver en quelques minutes à faire prendre conscience à un parent de son rôle dans la prise en soins de son enfant ? Cette question donne notamment à réfléchir sur la représentation qu'ont les familles de la pathologie de leur proche. Une étude qualitative parue en 2006 (Lambert, Colé et Rey) a

tendu à montrer le rôle de l'implication parentale dans la progression de patients dyslexiques, implication définie selon trois items : la dynamisation de l'enfant dans sa prise en soins, la régularité des séances, et le relais de la prise en soins orthophonique par la réalisation d'exercices de rééducation en dehors des séances. Cette étude présente l'intérêt de mettre en lumière le rôle que joue dans cette implication la représentation familiale de la dyslexie, associée au système de croyances familial, et pouvant, selon les cas, lui être favorable (exemple : mythe de la réussite malgré des obstacles), ou défavorable (exemple : représentation vague de la dyslexie amenant à un déni des difficultés par les parents). Les auteurs concluent donc à l'intérêt que présenterait une approche globale et pluridisciplinaire du patient, impliquant notamment l'intervention éventuelle d'un psychologue, permettant d'évoquer ces éléments sous-jacents avec les différents partenaires de la prise en soins. Cette prise en charge pluridisciplinaire n'est concrètement pas toujours possible, notamment en libéral. Néanmoins, la recherche et la prise en compte de ces représentations pourrait permettre « d'accrocher » des aidants naturels peu investis, en se saisissant de leurs propos, afin de valoriser leurs questionnements et attitudes, et de les valider par des connaissances plus « orthophoniques ».

b – Rechercher un mieux-être du patient ... et de son entourage ?

« En toutes circonstances, l'obligation professionnelle essentielle pour tous les orthophonistes-logopèdes est le bien-être à long terme de leurs patients. » (C.P.L.O.L.¹³, 1993, p. 1). Cette citation extraite du préambule de la charte européenne de logopédie semble illustrer de manière emblématique ce qui guide les orthophonistes rencontrées, dans les échanges de nombreuses fins de séance. Elle apparaît néanmoins restrictive au regard des pratiques professionnelles relevées, dans la mesure où celles-ci visent également souvent au bien-être des aidants, source d'ailleurs de questionnement éthique pour les orthophonistes.

La recherche d'un mieux-être du patient

La recherche de bien-être du patient en fin de séance peut concerner le versant physique (ex : arrêt prématuré de la séance avec un patient fatigué). Mais les stratégies évoquées concernant le versant psychologique sont particulièrement riches, au regard des échanges souvent informels de fin de séance. Elles s'articulent autour de différentes compétences interactionnelles décrites notamment par Silverman, Kurtz et Draper (2010), qui trouvent leur source dans la **notion d'empathie**. Celles-ci consistent dans un premier temps à

13 Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes / Logopèdes de l'Union Européenne

reconnaître et comprendre l'état affectif du patient, puis dans un second temps, à **verbaliser cette compréhension** en témoignant son soutien. Le premier point consiste tout d'abord à prêter attention à la communication verbale et non verbale du patient. Cette attention a pour objectif d'une part de mieux comprendre le patient, mais également de l'aider à exprimer son ressenti. Silverman, Kurtz et Draper (2010) mettent néanmoins en garde le soignant contre le risque d'interprétation erronée des indices non verbaux, et incite ainsi celui-ci à verbaliser ses hypothèses, permettant à la fois de vérifier son interprétation, et aussi d'encourager le patient à développer sa pensée. La fin de séance requiert donc de la part de l'orthophoniste une disponibilité et une attention accrue, à un moment de la séance où le soignant a plus souvent spontanément tendance à relâcher sa concentration. La mise à jour des ressentis et pensées du patient doit ensuite s'accompagner d'un **soutien du patient par une attitude accueillante**, telle que théorisée par Briggs et Banahan au travers du « concept d'acceptation » (1979, cité par Silverman, Kurtz et Draper, 2010). Elle participe d'une légitimation du patient, en acceptant sa parole sans jugement, lui reconnaissant le droit d'avoir ses propres opinions (même si le soignant ne les partage pas), et à les prendre en considération. La réponse accueillante du soignant doit répondre à la fois aux ressentis exprimés de manière explicite et implicite. On pense notamment ici aux stratégies mises en œuvre par les orthophonistes pour verbaliser la frustration d'un patient qui ne souhaite pas quitter le cabinet ou interrompre l'activité en cours. Ces stratégies mettent en jeu les compétences communicationnelles du soignant sur le plan verbal et non verbal (expressivité faciale et corporelle, proxémie, toucher, ou indices paraverbaux). Silverman, Kurtz et Draper préconisent ainsi au soignant d'exprimer son empathie par des phrases permettant d'établir une « passerelle » entre le « je » du soignant, et le « vous » du patient : « Je me rends compte à quel point cela vous est difficile d'en parler » (Platt et Keller, 1994, cité dans Silverman, Kurtz et Draper, 2010, p. 188). Ils invitent ensuite le soignant à résister à la tentation d'enchaîner trop vite cette validation par une verbalisation prématurée de conseils ou de commentaires. Cette précipitation aurait en effet pour conséquence de remettre en cause le ressenti du patient (et donc d'annuler la légitimité précédemment reconnue), ou d'apporter trop rapidement un conseil que le patient n'est pas (encore) en mesure de recevoir, provoquant ainsi une réaction de défiance. La tendance à vouloir rassurer trop rapidement le patient est contre-productive : d'une part parce que le manque d'écoute peut donner au patient l'impression d'une indifférence à ses paroles, d'autre part parce que le manque d'informations peut conduire le soignant à se tromper dans la réponse apportée, ce qui s'avérera délétère à la

fois pour le bien-être du patient, mais également pour la relation thérapeutique. Contrairement à une intuition communément partagée, « le fait de rassurer ne constitue pas, en soi, une réponse de soutien », si ceci n'est pas appuyé sur une compréhension réelle des inquiétudes du patient. (Wasserman, 1984, cité dans Silverman, 2010, p. 185). Le respect d'un temps d'arrêt à la suite de la réponse accueillante des paroles du patient, va au contraire souvent permettre de clore cet échange de manière satisfaisante, à la fois pour le patient (sentiment de reconnaissance et de soutien), et pour le soignant (renforcement de la relation thérapeutique, clôture de l'échange en vue du départ du patient). Au-delà de cette attitude accueillante, la réponse empathique visant à soutenir le patient peut également s'appuyer sur divers contenus, tels que ceux suggérés par Silverman, Kurtz et Draper, et que l'on retrouve dans plusieurs entretiens : verbaliser son inquiétude ou sa compréhension, se positionner comme disposé à aider, formaliser son implication en équipe avec le patient et enfin valoriser les efforts du patient et son implication dans la rééducation.

La **valorisation du patient** occupe également une place importante dans ces fins de séance, à des fins de re-narcissisation et de restauration de l'estime de soi. Cette valorisation peut viser un double objectif : rechercher le bien-être du patient, mais également contribuer à l'efficacité du travail réalisé en prise en soins (notamment par renforcement de la motivation). Dans cette même idée de fonction multiple de l'estime de soi, le psychiatre Christophe André (2005) identifie son rôle à la fois dans un engagement efficace dans l'action, mais également dans la stabilité émotionnelle de la personne. Goumaz (1991, cité dans Jendoubi, 2005) a quant à lui développé l'idée selon laquelle l'estime de soi fait partie des conditions nécessaires à l'envie d'apprendre, tout comme le vécu d'expériences positives, qui renvoie notamment au choix de beaucoup d'orthophonistes de ne jamais terminer une séance sur une activité ayant mis le patient en échec. Toutefois, ce lien entre estime de soi et apprentissages admis par de nombreux programmes éducatifs, a récemment fait l'objet d'études plus controversées, évoquées notamment dans un ouvrage de Famose et Bertsch paru en 2009. Les auteurs y exposent les écueils d'une priorité donnée à l'estime de soi dans l'éducation, en raison de la dangerosité de l'élévation disproportionnée (et donc artificielle) de l'estime de soi, qui peut conduire à une surestimation de soi-même, et donc à des comportements de vanité, voire d'agressivité. Cette distorsion perceptive peut laisser place à des stratégies d'« illusions positives » ou de « biais d'autocomplaisance. », qui s'avèrent contre-productives, dans la mesure où elles déconnectent l'individu de la réalité, et empêchent donc le progrès sur soi. La stratégie préconisée par ces auteurs est donc, plutôt que de valoriser l'individu

« artificiellement », de le ramener à une représentation réaliste de soi, dans un sens comme dans l'autre. Les techniques de valorisation du patient sont variées. Elle passent bien sûr par la position empathique d'écoute et de disponibilité telle que nous l'avons vu précédemment, mais elles peuvent aussi se traduire par des compliments. Sur ce point, Aïm (2015) nous apporte quelques conseils sur la manière de complimenter un patient :

- rester naturel, aussi bien sur le fond que sur la forme,
- utiliser préférentiellement les compliments indirects qui sont souvent plus faciles à recevoir, d'autant plus chez des patients fragilisés. La simple acceptation de l'expression de leur souffrance est en effet déjà une manière d'indiquer implicitement qu'ils y font face, et donc de les valoriser,
- être honnête, le mensonge étant contre-productif pour la relation de soins, et donc pour la valorisation du patient,
- être précis, en s'appuyant sur des faits réels, et non sur des formules toutes faites : le fait d'asseoir le compliment sur une difficulté précise surmontée pour le patient, ou une réussite objectivable lui accordera d'autant plus de portée quant à la restauration de son estime de soi.

Le jeu peut aussi être utilisé dans plusieurs fins de séance, en visant cette fois non seulement un sentiment de réussite, et donc d'une meilleure estime de soi, mais également une **détente physique et psychologique**. Dans la même idée, **l'humour** utilisé par certaines orthophonistes peut s'avérer un outil pertinent afin de dédramatiser une situation, et de soutenir le patient. Plusieurs études médicales tendent en effet à démontrer les bienfaits tout d'abord physiques de l'humour, le rire provoquant la libération de plusieurs substances chimiques liées au plaisir et au bien-être, et activant les zones de récompense du cerveau (Mobbs, Greicius, Abdel-Azim, Menon et Reiss, 2003). D'autres travaux ont également permis d'en mesurer les bénéfices psychologiques (Laid, cité dans Oksenberg, 2013). Théorisé par Freud dès 1905 (cité dans Oksenberg, 2013), l'usage thérapeutique de l'humour permet au patient une mise à distance de ses émotions et angoisses, lui permettant de mieux les vivre. Il a donc été repris et utilisé dans plusieurs domaines du soin, et notamment dès 1967 par Van Ripper dans le domaine du bégaiement (cité dans Oksenberg, 2013). Au-delà de son impact positif sur le bien-être du patient, l'humour permet aussi à l'individu (et donc au patient) de prendre conscience qu'il peut agir sur la perception de son trouble, notamment quand celui-ci lui apparaît trop douloureux à vivre (Agius, 2012, cité dans Oksenberg, 2013). Les échanges plus informels de la fin de séance semblent donc tout à fait propices à un type

d'échange plus léger et parfois décalé, qui bénéficiera d'ailleurs autant au patient qu'à l'orthophoniste !

La recherche d'un mieux-être des aidants

Par ailleurs, les orthophonistes sont également souvent sollicités par les aidants du patient, en quête non seulement d'informations et de conseils, mais aussi de soutien psychologique quant au vécu de la maladie de leur proche, et du fardeau qui en résulte au quotidien. Ainsi en est-il notamment des proches de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, dont plusieurs études en montrent les effets sur leur santé physique et psychique (stress, anxiété, épuisement, et parfois même dépression) (H.A.S., 2010). Une non prise en compte de leurs besoins en matière de soutien majorait les troubles d'anxiété et de dépression (Schultz, 2004, cité dans Amieva, Rullier, Bouisson, Dartigues, Dubois et Salamon, 2012). Ces besoins se traduisent comme pour le patient par une écoute et une disponibilité, constituant un « soutien psychique reposant sur l'expression de ses sentiments et de ses conflits intérieurs, en ne cherchant pas à les corriger ou les supprimer. » (Charazac, Gaillard-Chatelard et Gallice, 2017, p. 44). L'aidant doit ainsi pouvoir exprimer librement les difficultés psychologiques qu'il rencontre : doutes, épuisement, refus....dans la limite de l'impact de ses difficultés sur la prise en soins du patient (Charazac, Gaillard-Chatelard et Gallice, 2017). C'est en effet parfois cette limite qui pose éthiquement (et matériellement) question aux orthophonistes rencontrés : jusqu'où l'accompagnement psychologique de l'aidant fait-il partie de la prise en soins ? Il n'existe probablement pas de réponse universelle à cette question, qui trouve sa réponse au cas par cas dans le positionnement éthique de chaque orthophoniste. Celles-ci sont parfois amenées à ré-orienter le cas échéant les aidants vers d'autres professionnels ou structures de relais, jugés plus compétents ou adaptés à la prise en charge des difficultés exprimées.

Le travail de la relation patient-aidants

Enfin, dans le cadre d'une approche systémique du patient, la recherche de bien-être du patient et de son aidant passe également par une recherche d'apaisement d'une relation parfois mouvementée. Dans ce cadre, l'un des écueils à éviter par l'orthophoniste est de se retrouver en **rivalité affective** ou en conflit de compétences, notamment avec des parents en souffrance dans la relation avec leur enfant, suscitant de leur part un rejet (Roch et Thibault, 2010). C'est notamment dans le but d'éviter cette rivalité que s'inscrit la pratique de fin de séance de refuser de la part de l'enfant des démonstrations affectives réservées aux parents (ex : bisous), en verbalisant à l'enfant, devant le parent, cette différence de relation. A

contrario, l'aidant ne doit pas empêcher par sa présence l'établissement du lien thérapeutique entre le patient et l'orthophoniste, bien que son implication soit certaine : le symptôme d'un enfant est en effet aussi objet du discours familial, par lequel il existe aux yeux de ses parents (Dubois, 2001). Le soignant se doit donc d'essayer de comprendre ce qui se joue dans la relation parent-enfant au regard de la démarche de soin, et d'identifier, le cas échéant, le déplacement du symptôme du parent sur l'enfant. Dubois identifie deux situations : soit le parent est en mesure d'entendre et d'accueillir le conseil d'une thérapie personnelle ou familiale, soit la simple prise en soins de l'enfant amènera à faire évoluer la dynamique familiale, au bénéfice de l'ensemble de ses membres (patient et parents) (Dubois, 2001). Le regard porté par l'orthophoniste sur le patient ou ses aidants va ainsi induire un changement de regard des uns sur les autres (et vice versa), et permettre ainsi un certain apaisement de leur relation.

c – Identifier et exploiter les limites de la pratique orthophonique

Divers éléments recueillis dans les entretiens nous semblent faire référence aux limites définissant le cadre matériel et relationnel de la prise en soins. Celles-ci peuvent être contraintes ou choisies, tant par l'orthophoniste que par le patient.

Les limites temporelles

Le cadre temporel de la séance induit très souvent une pression sur la fin de la séance, le plus souvent de manière subie. Car il s'y confronte en effet deux notions du temps théorisées par Lacan (1945) : le temps chronologique (horaires de début et de fin de la séance), et le temps logique (temps de la pensée). Ce dernier est défini pour Lacan (1945) par trois étapes : l'instant de voir, le temps pour comprendre, et le moment de conclure. La tension de fin de séance peut parfois provenir du décalage entre ces deux temps : par exemple lorsque l'heure de fin de séance ne permet pas au patient d'atteindre le moment de conclure, du point de vue de son cheminement cognitif ou psychologique. Il en résulte pour l'orthophoniste et le patient une certaine frustration, puisque la fin de séance les amènent à « accepter de renoncer (...) à l'espoir mégalomane de la maîtrise du temps » (Nougué, 2002, p. 51). Pour le praticien, cette fin de séance est même qualifiée par Nougué d'école de renoncement et d'humilité, puisque dans la majorité des séances, la fin se déroule sans intérêt particulier. Par ailleurs, cette frustration tient aussi au sentiment de manque de disponibilité psychique de l'orthophoniste envers son patient, lors des fins de séance écourtées faute de temps. Ce temps serait pourtant souhaité dans le but d'une prise en soins de qualité et une

meilleure satisfaction du patient. Qu'en est-il des solutions ? Un allongement des séances est envisageable, et c'est d'ailleurs le choix de plusieurs orthophonistes rencontrées. L'allongement de la durée de la séance n'est toutefois pas la seule solution : une étude menée en 2004 (Ogden et al) auprès de patients de médecins généralistes a ainsi émis l'hypothèse selon laquelle le soignant pourrait influencer la satisfaction des patients en agissant plutôt sur la manière dont le temps est utilisé. Ainsi, l'intégration dans une consultation de moments d'écoute et de compréhension dans un temps de séance inchangé serait vécue de manière plus satisfaisante, tant pour le soignant que le patient (Ogden et al, 2004). Enfin, il nous semble intéressant de relativiser la portée de la fin de chaque séance, en gardant à l'esprit que la prise en soins orthophonique s'inscrit dans la durée : « dans cette logique d'une succession d'entretiens cliniques, le sens ne peut apparaître que par la superposition, et, ou l'alignement des différentes significations. » (Nougué, 2002). Cette vision récurrentielle à long terme du soins peut permettre à l'orthophoniste et au patient de surmonter la frustration d'une fin de séance écourtée, en ayant à l'esprit que la mise en perspective de ces derniers échanges, dans l'ensemble de la prise en soins, leur permettra sans doute ultérieurement d'accéder à une plus juste interprétation des échanges.¹⁴

La fonction contenante du cadre

Le cadre de la prise en soins est également perçu par certaines orthophonistes interrogées comme participant à la construction psychique du patient, notamment en ce qui concerne la confidentialité, qui est parfois rappelée et ré-expliquée en fin de séance, suite aux questionnements des patients sur d'autres patients. Les notions d'enveloppe et de fonction contenante sont des notions empruntées à la psychanalyse, développées notamment du point de vue de l'entretien clinique par Houzel (cité dans Ciccone, 2001), dans le modèle de contenance du soin psychanalytique. En pratique, le praticien est amené à créer pour le patient un espace dans lequel il accueille les expériences et pensées que le patient ne peut contenir et penser seul, dans le but de les comprendre et de les transformer (Houzel cité dans Ciccone, 2001) La fonction du cadre consiste en ce sens à « ouvrir un espace contenant, au sein duquel se déploieront les processus singuliers à l'œuvre dans le travail clinique. » (Gilliéron, 1996, cité dans Gilbert et Mettler, 2010). Ce cadre est assuré d'une part par les éléments matériels stables de la prise en soins (locaux, horaires, matériel), mais également par les règles qui définissent les contours de la relation de soin, auxquelles vient notamment répondre la notion

¹⁴ D'où l'importance d'inscrire dans le dossier du patient les éléments perçus à l'instant T, afin de pouvoir y revenir ultérieurement.

de confidentialité (Gilliéron, 1996, cité dans Gilbert et Mettler, 2010). A ceci s'ajoutent des qualités inhérentes au thérapeute et théorisées par divers auteurs, qui se résument par une solidité psychique personnelle, une manière d'accueillir et de soutenir le patient, et une capacité à « accueillir les projections négatives et à y réagir pour les transformer. » (Kacha, 2011).

Les limites de l'évolution de la prise en soin

Faire le point : cet élément est récurrent dans les fins de séances, notamment lorsque le déroulement de celles-ci s'inscrit dans une impression de stagnation ou de désinvestissement du patient (et/ou de l'orthophoniste) dans la prise en soins. Les pratiques relevées nous amènent tout d'abord à nous intéresser à la nécessité d'un **parler vrai** entre l'orthophoniste et le patient, à ce moment clé de la relation thérapeutique. Du côté du patient, la franchise n'est en effet pas toujours aisée, dans la mesure où malgré l'évolution historique de la relation soignant-soigné, celle-ci reste de fait souvent encore déséquilibrée : « les normes culturelles en vigueur dans le monde médical s'opposent à ce que les patients verbalisent leur ressenti (...) » (Silverman, Kurtz et Draper, 2010, p. 178). Il appartient donc à l'orthophoniste d'être particulièrement à l'écoute des indices non verbaux du patient, qui vont lui permettre de verbaliser pour lui ce qu'il n'ose dire, et de permettre ainsi une parole plus libre, permettant de faire le point, et d'avancer. Sur le fond, les limites de l'évolution de la prise en soins amènent les orthophonistes à s'interroger sur la pertinence de l'approche proposée, sur l'existence ou la requalification de la demande du patient, ou enfin à questionner la qualité de la relation thérapeutique. La question de la **pertinence du projet thérapeutique** met en jeu les divers paradoxes inhérents à la notion de projet, a fortiori lorsque celui-ci concerne une prise en soins. Le soignant appuie en effet son bilan et ses axes de prise en soins sur une situation à un instant T, alors que ceux-ci ont vocation à s'inscrire dans un contexte futur nécessairement mouvant. D'autre part, le projet porte une certaine utopie du changement, qui se trouve confronté dans son application à la réalité de l'évolution des troubles du patient (Witko, 2015 ; Combes, 2001). La fin de séance peut donc apparaître dans ce cadre comme un moment nécessaire à la mise au point des constats et attentes réciproques, tout en faisant preuve de prudence dans cette discussion autour de l'évolution de la prise en soins : celle-ci est aussi affaire de perception, et peut donc s'avérer décourageante si cette interrogation n'est pas partagée par le patient (Witko, 2015). Les limites de l'évolution de la prise en soins peut également passer de manière bénéfique par une nécessaire ré-exploration de la demande du patient, demande qui s'avère parfois mouvante au cours de la prise en soins. Le dialogue initié

par l'une ou l'autre des parties permettra alors de recalibrer les partenaires de la relation thérapeutique afin de cheminer ensemble... ou bien, de conclure à l'absence de demande et donc au souhait du patient d'interrompre (momentanément ou non) la prise en charge. Mais cet échange peut s'avérer particulièrement épineux lorsque les propos du patient sont ambivalents, et placent le thérapeute dans une impasse communicationnelle. Il est fait référence ici à la notion de « double-lien » ou communication paradoxale, par laquelle un patient va par exemple exprimer ou ré-affirmer une demande de suivi, alors que son comportement porte à croire tout le contraire (Aim, 2015). Cette notion d'ambivalence est également citée dans la technique de l'entretien motivationnel telle que théorisée par Miller (1983, cité dans Benarous, Legrand et Consoli, 2014), qui vise à amener le patient à identifier cette ambivalence entre la volonté de changer et le besoin de « maintenir le statu quo » (Benarous, Legrand et Consoli, 2014). Plusieurs techniques sont proposées au soignant, afin de parvenir à sortir de cette impasse :

- garder à l'esprit que le patient qui place le soignant en double-lien se trouve probablement lui-même dans cette position (dans sa vie personnelle ou professionnelle). Cette approche permet de mieux comprendre le fonctionnement du patient, et de permettre au soignant une autre lecture de la situation dans laquelle le met le patient (Aim, 2015),
- identifier le double-lien en repérant les injonctions paradoxales, et les verbaliser comme telles en reprenant les propos du patient, et en lui explicitant son propre ressenti quand à l'ambivalence des propos (Aim, 2015),
- se poser des questions simples et concrètes sur la demande (qui ? à qui ? pour qui ? quel contexte et implications ?) et le problème (quel est-il ? qui concerne t-il?) permettant de mieux cerner ce qui ne fonctionne pas, et de trouver des solutions (Aim, 2015),
- essayer de faire cheminer le patient afin qu'il évoque lui-même des arguments en faveur du changement, lui permettant de verbaliser sa motivation, suivant le concept du « discours-changement », au contraire d'un style communicationnel trop direct, qui n'a pour effet que de renforcer les résistances du patient (Benarous, Legrand et Consoli, 2014)

Enfin, le sentiment de désinvestissement de la prise en soins, et donc sa non-évolution, peut aussi, comme nous l'avons entendu lors des résultats, interroger l'orthophoniste sur le fonctionnement de la relation thérapeutique.

Les limites de la relation de soin

Bien qu'aujourd'hui très controversées en raison de leur absence de fondement théorique scientifique, certaines notions issues de la psychanalyse nous semblent pouvoir

nourrir de manière intéressante la réflexion de l'orthophoniste quant à ce qui se joue dans la relation thérapeutique, notamment lorsqu'elle ne fonctionne pas : il en est ainsi du transfert, de la projection, de l'identification projective ainsi que du contre transfert que nous évoquerons brièvement. Le transfert « est la mise en acte de la réalité de l'Inconscient dans la relation thérapeutique », qui est présumée exister de fait, dès lors qu'il y a un sujet supposé savoir (Van Meerbeck et Jacques, 2009, p. 10). Par ce transfert, « les désirs inconscients de l'analysant concernant des objets extérieurs viennent se répéter, (...), sur la personne de l'analyste, mise en position de ces divers objets. » (Roudinesco et Plon, 2011, p. 472). La projection est quant à elle définie comme l' « 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 refuse en lui. » (Laplanche, Pontalis et Lagache, 1994, p. 344). L'identification projective constitue une modalité de la projection, et se définit comme le « mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne (his self) en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler » (Laplanche, Pontalis et Lagache, 1994, p. 192). Enfin, le contre-transfert est constitué de l' « Ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci. » (Laplanche, Pontalis et Lagache, 1994). Il ne s'agit pas, pour l'orthophoniste, de mettre ces notions au coeur du travail de la prise en soins, comme c'est le cas dans une cure psychanalytique. Néanmoins, il apparaît pertinent, comme suggéré par Dubois, de reconnaître et laisser une place aux éléments inconscients en jeu dans la relation thérapeutique orthophonique, qui pourront ainsi, si nécessaire, être exprimés par le patient (Dubois, 1999, p. 42). Concernant notamment le contre-transfert, la prise de conscience de ce qui se joue permettra notamment au soignant de réussir à se repositionner dans sa posture de soignant (Aïm, 2015). La verbalisation indirecte des ressentis du soignant est également un moyen de les mettre à distance, en posant au patient des questions reprenant les affects ressentis (exemple : avez-vous déjà été découragé par une situation?). L'évocation d'une telle situation extérieure à la relation de soins, peut parfois suffire à décentrer la résonance affective dans laquelle le soignant se trouve pris, à apaiser la tension, et ainsi à faire évoluer la relation thérapeutique de manière plus fructueuse (Aïm, 2015). Enfin, les limites de la relation de soins touchent également à la préservation du soignant, que le contenu émotionnel des fins de séance peut parfois mettre à mal. La question de la juste distance thérapeutique peut alors se poser à l'orthophoniste, question à laquelle White (2009, cité par Aïm, 2015) préconise de répondre par une position à la fois « décentrée » - seul le patient doit

rester au centre de la conversation et de la relation de soins - , et « influente » - le soignant étant un support de changement pour le patient – . La subtile combinaison de ces deux critères peut permettre au soignant de corriger sa posture en fonction de ses ressentis, qui seront autant d'indices sur les ajustements à opérer.¹⁵ Le positionnement du soignant n'a d'ailleurs pas seulement vocation à le protéger, mais il constitue selon Rogers (1942) l'un des éléments essentiels à la qualité de la relation d'aide, et donc du soin en lui-même. A ce titre, les pratiques relevées dans les entretiens nous semblent pouvoir faire écho à deux qualités requises par le soignant selon Rogers : l'écoute de soi-même et la recherche d'authenticité. L'écoute de soi-même, qui consiste à prendre en compte (même s'ils sont illégitimes) ses ressentis et à les accepter, va permettre au soignant de développer une écoute et une acceptation de l'autre qui seront profitables au patient. De la même manière, l'authenticité du soignant ressentie comme telle par le patient participe d'une vérité de la relation, et provoque bien souvent une résonance chez l'autre, propice à le faire évoluer. Soignant et patient ont donc tous deux intérêt à la reconnaissance et l'acceptation par le soignant de ses limites personnelles et professionnelles.

Conclusion

Ce mémoire met en lumière la richesse des pratiques cliniques, au sein d'un moment de la séance orthophonique jusqu'alors peu exploité dans la littérature professionnelle et universitaire en orthophonie. Dans cette optique, nous avons fait le choix, malgré le nombre important de thématiques recueillies, de discuter l'ensemble des résultats, sans pouvoir par conséquent développer chaque thème de manière approfondie. Ce mémoire vise en effet davantage à nourrir une réflexion chez ses lecteurs-trices sur leur pratique clinique concernant ce moment précis de la séance, et à leur donner des pistes quant aux moyens de dépasser les situations complexes rencontrées. Nous espérons que les sources bibliographiques citées leur permettront, le cas échéant, d'approfondir les thématiques qui les questionnent.

La réalisation de ce mémoire est la conclusion logique de cinq années d'études entreprises dans le cadre d'une reconversion professionnelle initiée en grande partie en raison de notre intérêt personnel porté à la relation de soin. Ce travail apporte des réponses à nos questionnements professionnels présents et futurs, en ce sens que l'échange entre professionnels, ainsi que la littérature scientifique et non scientifique, nous apparaissent comme des ressources inépuisables, dans les difficultés cliniques que rencontre le soignant.

¹⁵ sentiment de désinvestissement : position décentrée et non influente, sentiment de découragement : position centrée et non influente, sentiment d'épuisement : position centrée et influente

Bibliographie

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2001). *L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans*. Repéré à <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Orthophonie.pdf>
- Aïm, Ph. (2015). *Écouter, parler : Soigner*. Paris: Estem.
- Amieva, H., Rullier, L., Bouisson, J., Dartigues, J. F., Dubois, O., & Salamon, R. (2012). Attentes et besoins des aidants de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 60(3), 231-238. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.12.136>
- André, Ch. (2005). L'estime de soi », *Recherche en soins infirmiers*, 3(82), 26-30. doi : 10.3917/rsi.082.0026
- Balint, M., & Valabrega, J. P. (1960). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Barsky, A.J. (1981). Hidden reasons some patients visit doctors. *Annals of Internal Medicine*, 94(Part 1), 492-498. doi: 10.7326/0003-4819-94-4-492.
- Bégin, C. (2008). Les stratégies d'apprentissage: un cadre de référence simplifié. *Revue des sciences de l'éducation*, 34(1), 47-67. doi:10.7202/018989ar
- Bénarous, X., Legrand, C., & Consoli, S.M. (2014). L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de santé : une approche de la relation médecin/malade. *La revue de médecine interne*, 35(5), 317-321. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2013.08.009>
- Biga, J. (2007). *Orthophonie Rééducation de la voix, du langage et de la parole*. Repéré sur le site de la Haute Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_orthophonie_reeducation_du_langage.pdf
- Bolívar, F.J.V., González, M.P., Martos, H.M., García, I.C. & Duránte, J.T., (2017). Communication with patients and the duration of family medicine consultations, *Atención Primaria*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.07.00>
- Bournot, M. Ch., Cercier, E., Jakoubovitch, S., & Tuffreau, F. (2012). *Études et Résultats : Les emplois du temps des médecins généralistes* (Publication n°797). Repéré sur le site de l'organisme du Ministère des Solidarités et de la Santé : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
- Brière, N. M., Vallerand, R. J., Blais, M. R., & Pelletier, L. G. (1995). Développement et validation d'une mesure de motivation intrinsèque, extrinsèque et d'amotivation en contexte sportif : L'Échelle de Motivation dans les Sports (EMS). *International Journal of Sport Psychology*, 26(4), 465-489.

- Brignone-Maligot, S., Loffredo, Ch., & Lovero, S., (1996). L'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales dans la rééducation du bégaiement. *Glossa*, (54), 4-21
- Canguilhem, G. (1979). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Carroz, G. (2016, juin). *Le point de capiton*. Communication présentée au Colloque Uforca, Paris. Repéré à https://www.lacan-universite.fr/wp-content/uploads/2016/02/2_CAROZ.pdf
- Caron, C., & Rousseau, T., (2009). Etude de l'influence de l'anosognosie dans la prise en charge orthophonique de patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stage léger et modéré, *Glossa*, (107), 51-67
- Castillo, M. (2007). Ethiques et relations langagières. Dans M. Castillo (dir.), *Ethique du rapport au langage*. Paris : Editions L'Harmattan
- Charazac, P., Gaillard-Chatelard, I., & Gallice, I. (2017). *La relation aidant-aidé dans la maladie d'Alzheimer*. Paris : Dunod.
- Charters, E. (2003). The use of Think-aloud methods in qualitative research. An introduction to Think-aloud methods. *Brock Education*, 12(2), 68-82. <https://doi.org/10.26522/brocked.v12i2.38>
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, (2), 81-102. doi : 10.3917/cpc.017.0081
- Combes, J. (2002). Les paradoxes existentiels du projet. *Empan*, (1), 37-38. doi : 10.3917/empa.045.0037
- Comité Consultatif National d'Ethique. (1998). *Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche*. Repéré à <http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/consentement-eclairé-et-information-des-personnes-qui-se-pretent-des-actes-de-soin-ou>
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes / Logopèdes de l'Union Européenne. (1993), *Charte éthique professionnelle des orthophonistes / logopèdes de l'union européenne*. Repéré à <http://www2.fapse.ulg.ac.be/docs/Stages/CharteLogo.doc>
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes / Logopèdes de l'Union Européenne. (2009), *Principes éthiques et déontologiques*, Repéré à <https://cplol.eu/documents/official-documents/ethical-practice/145-principes-ethiques-et-deontologiques/file.html>
- Cousin, G., & Schmid Mast, M., (2010). Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : Pourquoi s'en préoccuper ? *Revue médicale suisse*, 257(6), 1444-1447. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-257/Les-medecins-hommes-et-femmes-interagissent-de-maniere-differente-avec-leurs-patients-pourquoi-s-en-preoccuper>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes : a systematic review. *The Lancet*, 357(9258), 757-762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04169-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04169-6)

Dubois, G., & Kuntz, J. P. (1999). *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*. Paris : Masson.

Dubois, G. (2001). *L' enfant et son thérapeute du langage: Une autre approche de la rééducation* (4e éd.). Paris : Masson.

Ergis, A.M. (2012). Aspects éthiques de la prise en charge des troubles cognitifs des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Dans F . Gzil et E. Hirsch (dir.). *Alzheimer, éthique et société*. (p. 154-163). Paris : ERES.

Famose, J., & Bertsch, J. (2009). *L'estime de soi : une controverse éducative*. Paris : Presses Universitaires de France.

Freyer, G. (2010). La relation soignant-patient. Dans G. Freyer, G. Carret, Ch. Boissier & P. Queneau (dir.), *Manuel de sciences humaines en médecine* (p. 87-107). Paris, France : Ellipses.

Genet, C. (2013). Les élèves rencontrant des difficultés scolaires. Dans H. Romano (dir.), *La santé à l'école*. (p. 195-206). Paris : Dunod

Gilbert, M., & Mettler, D. (2010). Confidentialité et partage d'information en soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 25(3), 105-112. doi : 10.3917/inka.103.0105

Glaser, B.G., & Strauss, A.L., (2010). *La découverte de la théorie ancrée: Stratégies pour la recherche qualitative*. (traduit par M.H. Soulet & K. Oeuvray). Paris : Armand Colin.

Guillemette, F., (2006). L'approche de la Grounded Theory; pour innover? *Recherches qualitatives, Hors série*(5), 32-50. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Lorraine_Savoie-Zajc/publication/237504691_Comment_peut-on_construire_un_echantillonnage_scientifiquement_valide/links/560951f408ae1396914a0131.pdf#page=102

Haute Autorité de Santé. (2008). *Annoncer une mauvaise nouvelle*. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200810/mauvaisenouvelle_vf.pdf

Haute Autorité de Santé. (2009). *Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans, hors accompagnement scolaire* Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/surdite_de_lenfant_-_0_a_6_ans_recom_mandations.pdf

Haute Autorité de Santé. (2010). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels* Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/maladie_dalzheimer_suivi_medical_des_aidants_naturels_-_argumentaire_2010-03-31_15-38-54_749.pdf

Hoerni, B., Roland, J., & Pujol H. (2008). *La relation médecin-malade : L'évolution des échanges patient-soignant*. Paris : Imothep.

Jacobi, B. (2002). *Cent mots pour l'entretien clinique*. (2^e éd.). Ramonville-Saint-Agne : Érès.

Jendoubi, V. (2005). L'estime de soi et l'école. *Revue animation et éducation*, (186), 14-17.

Kacha, N. (2011). La fonction contenante du thérapeute. Dans J.B. Chapelier et D. Roffat (dir.), *Groupe, contenance et créativité* (p. 85-96). Paris : Eres.

Kerlan, M., & Aubry, R., (2016). *L'éthique en orthophonie : Le sens de la clinique*. Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur.

Klein, A. (2014). Approche philosophique de l'éthique en orthophonie Un plaidoyer pour une discipline orthophonique. *Rééducation orthophonique*, (247), 7-24. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00984429/>

Kremer, J. M., & Lederlé, E. (2000). *L'orthophonie en France* (3^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.

Korsch, B.M., Gozzi, E.K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication, 1: doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42(5), doi: 855-871. 10.1203/00006450-197107000-00003

Lacan, J. (1945). Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée. *Les Cahiers d'art*, 32-42.

Lacan, J. (1956). Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. *La psychanalyse*, (1), 81-166.

La Garanderie, A. De. (1987). *Comprendre et imaginer : Les gestes mentaux et leur mise en œuvre*. Paris : le Centurion.

Lambert, V., Colé, P., & Rey, Y. Prise en charge orthophonique des dyslexiques : influence des représentations familiales, *Pratiques Psychologiques*, 12(3), 365-377, <https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.06.004>.

Laplanche, J., Pontalis J.B., & Lagache D. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse* (12^{ème} éd.). Paris: Presses universitaires de France

Lassaunière, J.M. (2000). *Guide pratique de soins palliatifs*. Montrouge: J.Libbey Eurotext.

Leloup, G. (2011). Une éthique du rapport au langage. *Rééducation orthophonique*, (247), p. 42-54.

Levy, A. (2013). *L' accueil d'un patient en Orthophonie : les enjeux des premiers instants de chaque séance*. (Mémoire de maîtrise, Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales, Nantes). Repéré à <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=6566dc15-c167-4d23-ae88-3e86fda927a5>

Lipkin, M. Jr., Frankel, R.M., Beckman, H.B., Charon, R., & Fein, O. (1995), Performing the interview. Dans M. Lipkin, S.M. Putnam, A. Lazare, J.G. Carroll & R.M. Frankel. (dir.), *The medical interview. Frontiers of Primary Care*, New York : Springer

Makoul, G., & Curry, H. (2007). Importance d'une évaluation et d'une optimisation des aptitudes à la communication. *Journal of the american medical association*. 298(9), 1057-1059. Repéré à <https://triggered.clockss.org/ServeContent?url=http://jamafr.ama-assn.org%2Fcgi%2Fcontent%2Ffull%2F298%2F9%2F1057>

Martinez Perez, T., Maillart, C., & Willems, S. (2015). Entraîner la communication professionnelle par des dispositifs en e-learning au cours du Master en orthophonie. *Rééducation orthophonique*. (264), 329-345.

Mazeau, M., & Pouhet, A. (2014). *Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant : Du développement typique aux dys-* (2e éd.). Paris : Elsevier-Masson.

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (2013, 5 septembre). *Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste Annexe 3 : Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophonie*. Repéré à http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/9/referentiel-formation-orthophoniste_267389.pdf

Mobbs, D., Greicius, M. D., Abdel-Azim, E., Menon, V., & Reiss, A. L. (2003). Humor modulates the mesolimbic reward centers. *Neuron*, 40(5), 1041-1048. [https://doi.org/10.1016/S0896-6273\(03\)00751-7](https://doi.org/10.1016/S0896-6273(03)00751-7)

Monfort, M. (2010). Guidance, accompagnement, partenariat : les alentours de l'intervention orthophonique. *Les entretiens de Bichat*, 53-57.

Moreau A., Boussageon R., Girier P., & Figon S. (2006). Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. *La Presse Médicale*, 35(6), 967-973. [https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(06\)74729-7](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(06)74729-7)

Nougué, Y. (2002). *L' entretien clinique*. Paris : Anthropos.

Ogden, J., Bavalia, K., Bull, M., Frankum, S., Goldie, C., Gossiau, M., Jones, A., Kumar, S., & Vasant, K. (2004). "I want more time with my doctor": a quantitative study of time and the consultation. *Family Practice*, 21(5), 479-483. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh502>

Oksenberg, P. (2013). L'humour à usage thérapeutique dans la thérapie du bégaiement, *Rééducation orthophonique*, (256), 153-160.

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (4^e éd.). Paris: Armand Colin.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., & Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants : the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347(9003), 724-728. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)90077-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)90077-X)
- Richard, C., & Lussier, M.T. (2005). *La communication professionnelle en santé*. Saint-Laurent, Québec : Renouveau pédagogique Inc.
- Ricoeur, P. (1985). L'identité narrative. *Esprit*, 7(140-141). 295-314.
- Roch, D., & Thibault, M. P. (2010). Le patient et son entourage. *Entretiens de Bichat*, 91-96.
- Rogers, C. (1942). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : Editions ESF
- Rosenthal, R. (1966). *Experimenter effects in behavioral research*. East Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (2006). *Dictionnaire de la psychanalyse*. (3^e éd.). Paris : Fayard.
- Sauvayre, R., (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherches qualitatives, Hors série*(5), 99-111. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Lorraine_Savoie-Zajc/publication/237504691_Comment_peut-on_construire_un_echantillonnage_scientifiquement_valide/links/560951f408ae1396914a0131.pdf#page=102
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2010). *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. (traduit par A.M. Meid Catoire). Chêne-Bourg : Editions Médecine & Hygiène.
- Simon, A.M., (1993). Attitudes communicatives gauchies chez le sujet bègue : approche thérapeutique pour un changement. *Glossa, les cahiers de l'Unadrio*, (33), 8-15.
- Soler, C. (2009). *Lacan, l'inconscient réinventé*. Paris : Presses universitaires de France.
- Tain, L. (2007). *Le métier d'orthophoniste : Langage, genre et profession*. Rennes : Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique.
- Teissier, C. (2004). L'intervention de l'orthophoniste dans le processus de « guérison » du patient dans un service de cancérologie ORL : de la technique à la relation d'aide. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 3(2), 103-108. doi: 10.1007/s10332-004-0013-7
- Temporal, F., & Larmarange, J. (2006). *Déroulement des enquêtes quantitatives et/ou qualitatives*. Repéré à : http://joseph.larmarange.net/IMG/pdf/deroulement_enquete.pdf

Union nationale des caisses d'assurance maladie. (2014, 24 septembre). *Décision du 16 juillet 2014 relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie*. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2014/7/16/AFSU1400141S/jo/texte>

Van Meerbeeck, P., & Jacques J. P. (2009). *L' inentendu: Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné*. (1ère éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.

White, J., Levinson, W., & Roter, D. (1994). Oh, by the Way *Journal of General Internal Medicine*. 9(1), 24-28. doi:10.1007/BF02599139.

Witko, A., L'ancrage du projet thérapeutique : espace, temps, personnes et contextes. *Rééducation orthophonique*, (261), 9-39.

Annexes

Annexe 1

GUIDE D'ENTRETIEN

- **numéro d'entretien :**
- **date :**

=> **recommandations** (pour l'interviewer) :

- rôle d'aide-mémoire (suivi non linéaire) et de rassurer
- questions : neutres et non orientées, cohérentes et pertinentes avec objet de recherche, claires, non exhaustives
- progression logique : + générales et – gênantes d'abord
- subtilité des relances (ne pas passer du coq à l'âne)
- évolution possible (et probable) de la grille au cours des entretiens

1) consigne :

(remplit notamment l'obligation d'information déontologique préalable au recueil du consentement)

- nom de l'enquêteur et appartenance institutionnelle : étudiante en 5ème année à l'école d'orthophonie de Nantes, pendant laquelle nous devons réaliser un mémoire de fin d'études

- objet de la recherche : mémoire sur la fin des séances d'orthophonie (et éventuelles raisons de ce choix : importance de la communication avec le patient, approche clinique...)

- méthodologie : démarche qualitative et exploratoire, sur la base d'une analyse thématique d'entretiens réalisés auprès d'orthophonistes

- choix de l'enquête : disponibilité et volontariat, + éventuelles raisons permettant de contribuer à la diversité de l'échantillon (en fonction de chaque ortho rencontrée)

- durée estimée : en fonction des échanges

- modalités de recueil des données :

. si accord, enregistrement audio afin de ne pas altérer la qualité et l'authenticité des propos.

- déroulement de l'entretien :

« Je serai amenée à vous poser des questions, vous pourrez me parler librement, me dire tout ce qui vous passe par la tête. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Je ne porte aucun jugement et aucune critique sur votre discours. Ce que je souhaite connaître, c'est votre vécu et votre avis sur la question. Je serais amenée à approfondir des détails qui vous paraîtront peut-être insignifiants, mais l'idée est vraiment de creuser la question. Si je ne me fais pas bien comprendre, n'hésitez pas à me faire répéter. Si vous avez la moindre appréhension ou la moindre question concernant cet entretien ou son objectif, n'hésitez pas à me le dire. Enfin, n'hésitez pas à m'interrompre si vous en ressentez le besoin au cours de l'entretien. Avez-vous des questions? »

- règles de déontologie :

- vérification que toutes les informations données ont été comprises, et sollicitation à poser toutes les questions nécessaires
- information sur la confidentialité des données qui seront anonymisées et ne seront transmises à aucune autre personne que l'interviewer
- transmission du consentement, pour lecture et signature

2) Renseignements sur l'interviewé :

- identité : âge
- activité : durée d'exercice

3) Déroulement (non linéaire) des questions abordées :

- Si je vous parle des derniers instants des séances, qu'est ce que cela vous évoque ? (question d'ouverture de l'entretien)
- Y voyez-vous d'éventuels enjeux ?
- Comment se déroule en général la fin de vos séances ?¹⁶
- Est ce un moment auquel vous avez déjà réfléchi ou que vous planifiez parfois ?
- Quels sont les thèmes qui peuvent être abordés pendant ces instants ? par les patients ? Par vous-même ?
- Cela fait-il référence pour vous à des expériences vécues précises ?
- Avez-vous fait évoluer vos fins de séance au cours de votre carrière ?
- Auriez-vous des conseils à donner à une/un jeune orthophoniste qui débiterait sa carrière, sur la manière de gérer les fins de séance ?

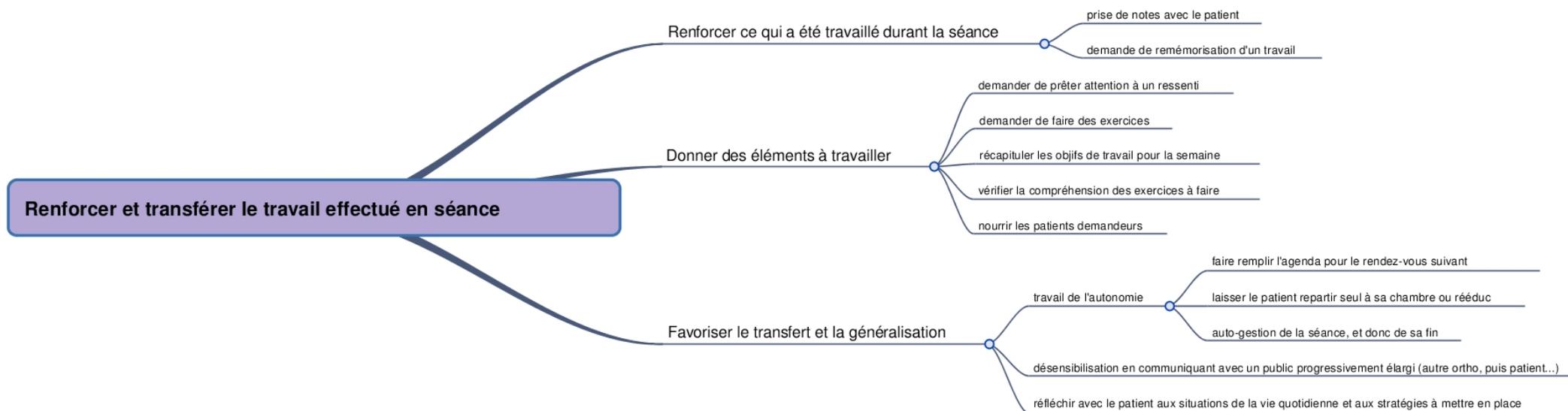
=> Retour d'expérience(s) : (questions à poser pour chaque situation évoquée)

- description de la scène :
 - quel cadre : interlocuteurs (patient, famille...), durée
 - vous y attendiez-vous ?
 - comment avez-vous réagi ?
 - Comment a réagi le patient ?
- conséquences
 - Qu'est ce que vous a apporté ce moment ? (positif ou négatif)
 - Avez-vous ré-abordé ce moment avec le patient ?
 - Pensez-vous que ce moment a modifié quelque chose dans la poursuite de la prise en charge ?
 - De votre côté ? Du côté du patient ? Dans la relation thérapeutique ?
- Réflexion sur la manière de gérer ce moment
 - a posteriori
 - réflexions pour la future pratique professionnelle

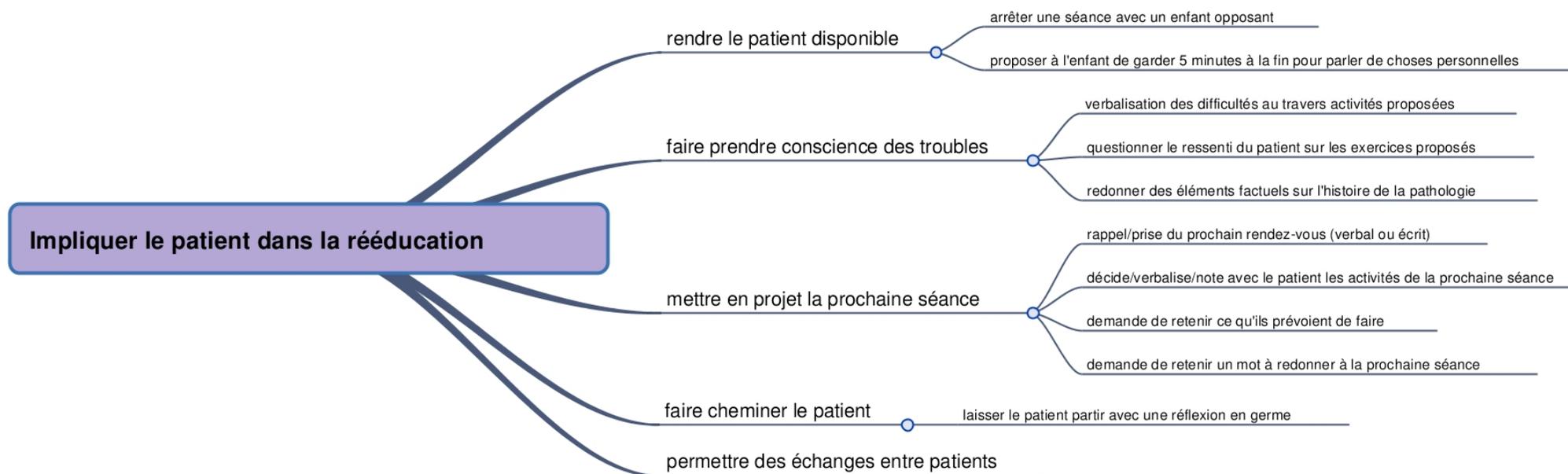
Annexe 2a : carte mentale globale des résultats



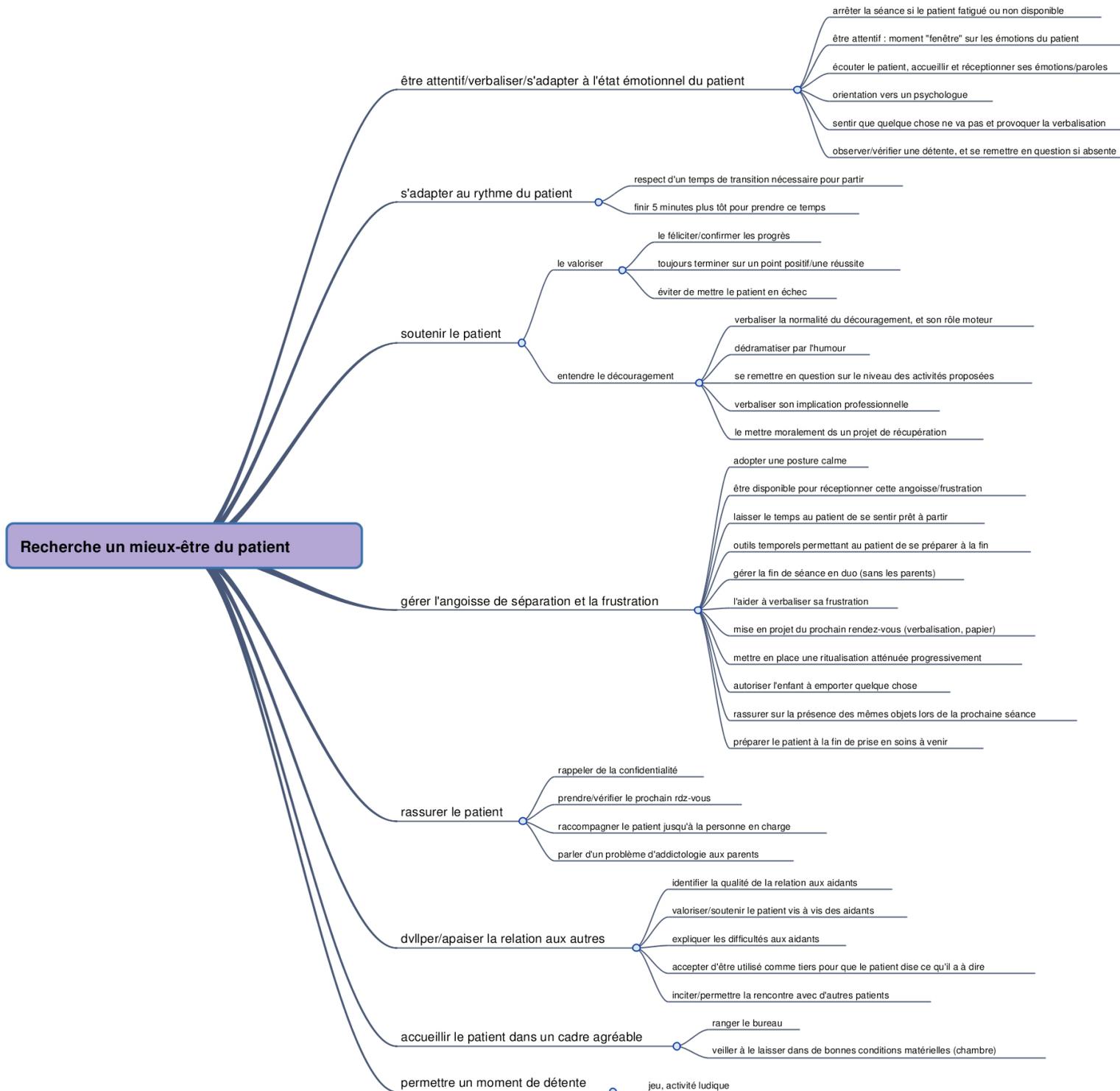
Annexe 2b : carte mentale « Renforcer et transférer le travail effectué en séance »



Annexe 2c : carte mentale « Impliquer le patient dans la rééducation »



Annexe 2d : carte mentale « Rechercher un mieux-être du patient »



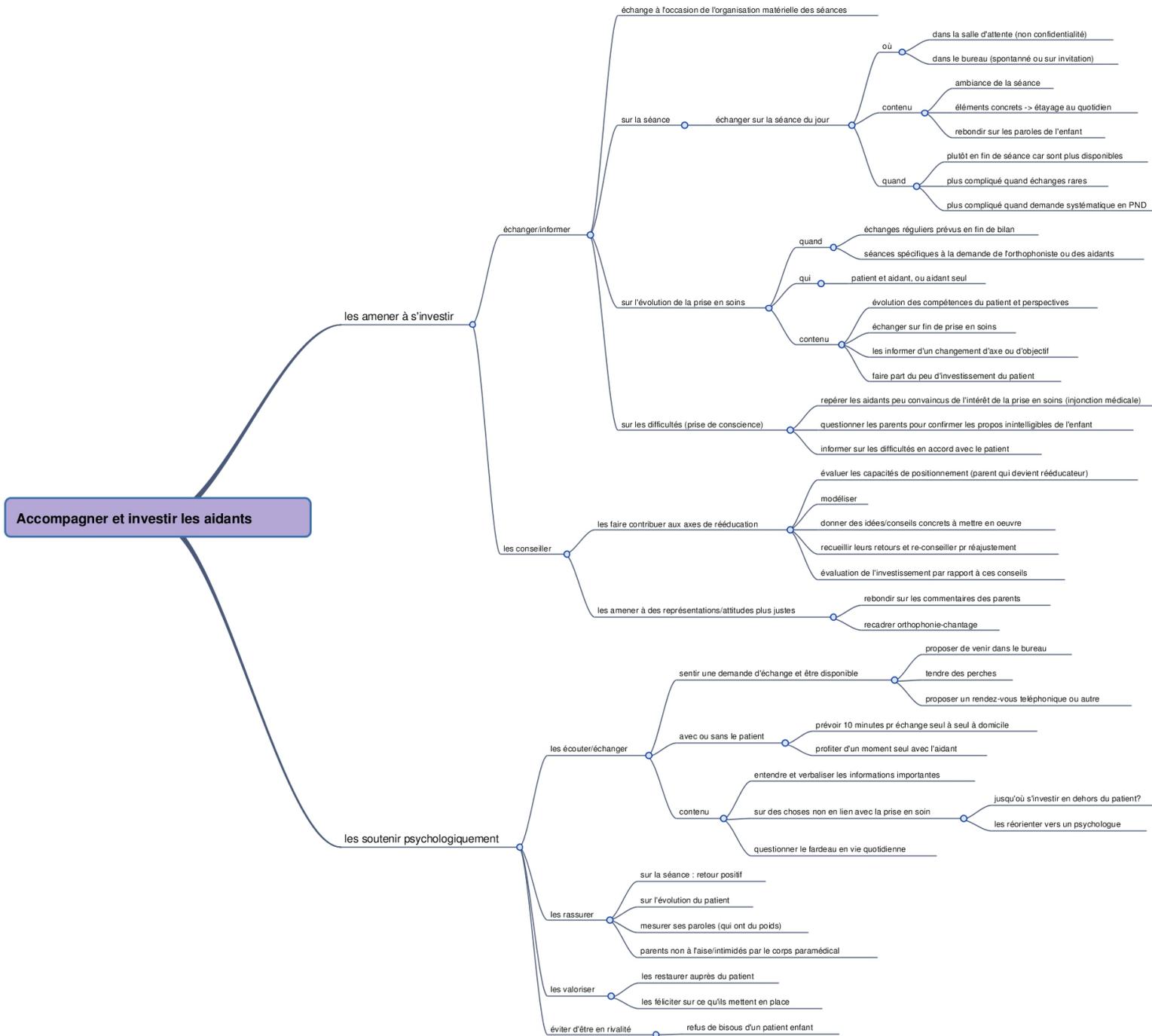
Annexe 2e : carte mentale « Faire le point »



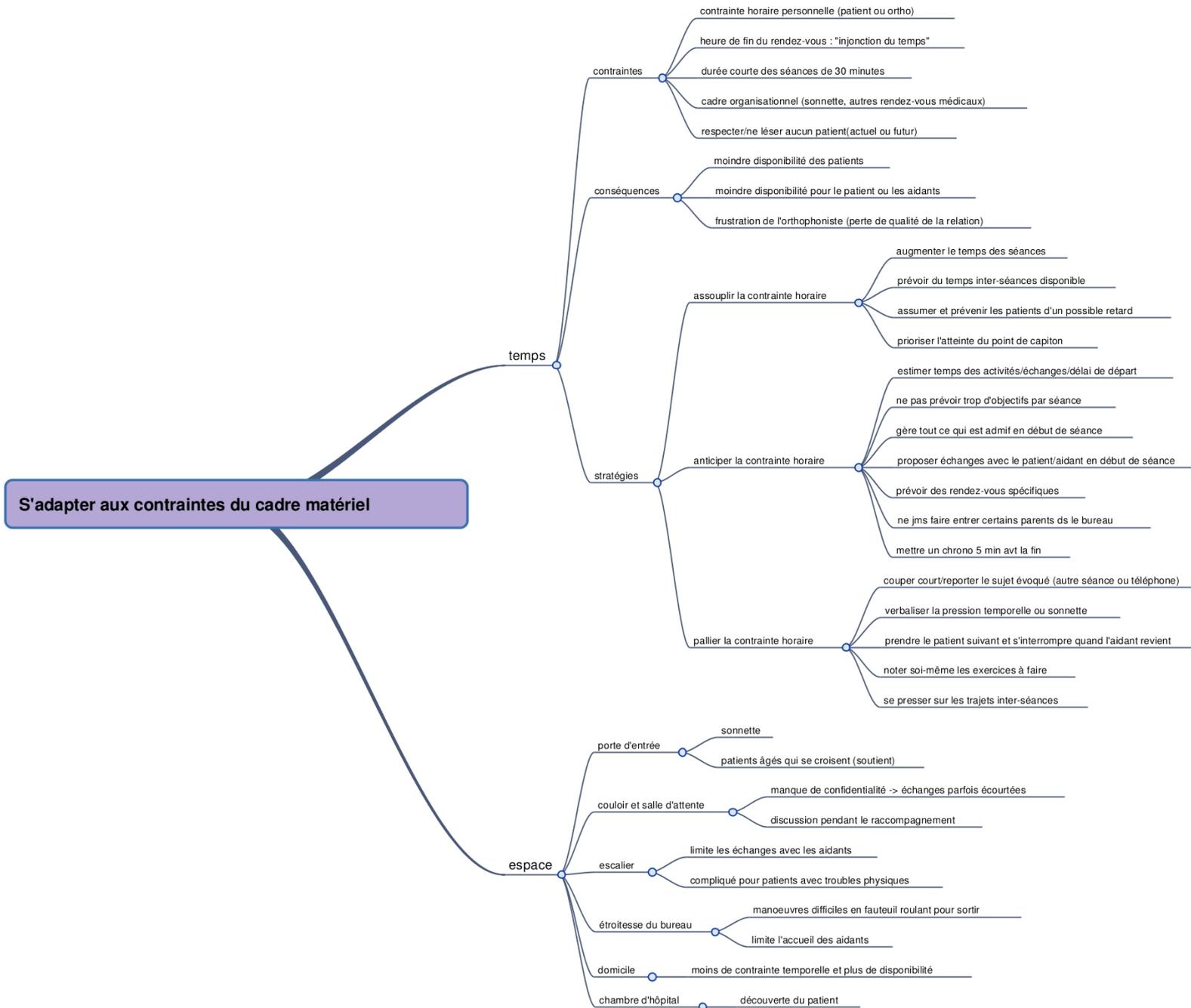
Annexe 2f : carte mentale « Travailler la relation thérapeutique »



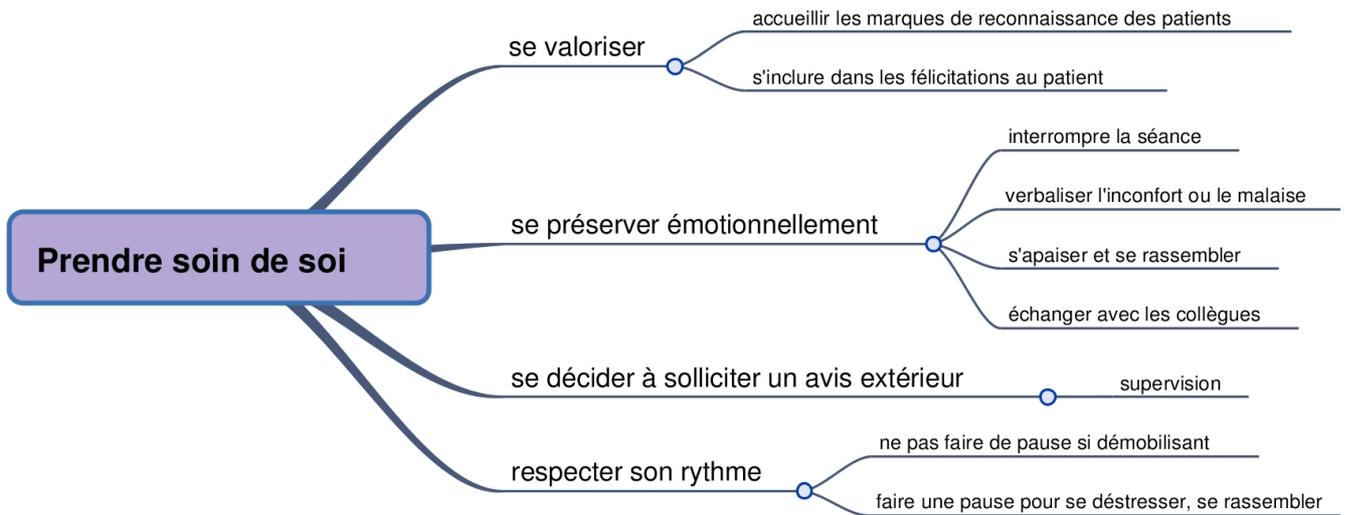
Annexe 2g : carte mentale « Accompagner et investir les aidants »



Annexe 2h : carte mentale « S'adapter aux contraintes du cadre matériel »



Annexe 2i : carte mentale « Prendre soin de soi »





UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Directeur : Dr Florent ESPITALIER
Directrice Pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE
Directrice des Stages : Mme Christine NUEZ

U.E.7.5.c Mémoire

Semestre 10

ANNEXE 7

LETTRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Titre de l'étude : Les enjeux de la fin de séance en orthophonie

Consentement de participation de :

Nom :Prénom:.....

Date de naissance :Lieu de naissance :

Adresse :

Dans le cadre de la réalisation d'une recherche portant sur l'évaluation des pratiques et des conséquences des pratiques orthophoniques, Mme Armelle Boucher, étudiante en orthophonie m'a proposé de participer à une investigation organisée par le Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de Nantes.

Mme Armelle Boucher m'a clairement présenté les objectifs de l'étude, m'indiquant que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Afin d'éclairer ma décision, il m'a été communiquée une information précisant clairement les implications d'un tel protocole, à savoir : le but de la recherche, sa méthodologie, sa durée, les bénéfices attendus, ses éventuelles contraintes, les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires, notamment sur l'ensemble des éléments déjà cités, afin d'avoir une compréhension réelle de l'information transmise. J'ai obtenu des réponses claires et adaptées, afin que je puisse me faire mon propre jugement.

Toutes les données et informations me concernant resteront strictement confidentielles. Seules Armelle Boucher et Inès Monnet (concernant le corpus anonymisé) y auront accès.

J'ai pris connaissance de mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant et qui sont traitées de manière automatisées, selon les termes de la loi.

J'ai connaissance du fait que je peux retirer mon consentement à tout moment du déroulement du protocole et donc cesser ma participation, sans encourir aucune responsabilité. Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires concernant cette étude.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions établies par la loi.

Fait à :

le

Signature du participant

Signature de l'étudiant



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Directeur : Dr Florent ESPITALIER
Directrice Pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE
Directrice des Stages : Mme Christine NUEZ

U.E.7.5.c Mémoire

Semestre 10

ANNEXE 8

ENGAGEMENT ETHIQUE

Je soussignée Armelle Boucher, dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à l'Université de Nantes, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude proposée vise à explorer les enjeux de la fin de séance en orthophonie, en réalisant une enquête par entretiens auprès d'orthophonistes.

Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude
- préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à

Le :

Signature

Annexe 9 :

Tableau des caractéristiques de l'échantillon

Ages	- 26 à 30 ans : 2		- 55 à 60 ans : 2		
	- 31 à 35 ans : 4		- 60 à 65 ans : 1		
	- 36 à 40 ans : 3		- 65 ans et plus : 1		
	- 41 à 45 ans : 2				
Durées d'exercice	- 8 mois	- 5 ans	- 9 ans	- 15 ans	- 30 ans
	- 22 mois	- 5 ans	- 12 ans	- 18 ans	- 35 ans
	- 3 ans	- 8 ans	- 13 ans	- 18 ans	- 39 ans
Types d'exercice	- libéral : 11		- institution : 2		- exercice mixte : 2
Champs d'exercice	- moins de 4 pathologies : 5			- plus de 4 pathologies : 10	
Lieux d'exercice	- milieu urbain : 9			- milieu semi-urbain/rural : 6	
Entrées dans le métier	- Premier emploi : 11			- Reconversion professionnelle : 4	
Ecoles	- Nantes : 8	- Paris : 5	- Strasbourg : 1	- Tours : 1	

Titre du Mémoire : Les enjeux de la fin de séance en orthophonie

RESUME

La fin de séance en orthophonie fait partie des instants cliniques peu explorés dans la littérature. Une enquête réalisée dans le cadre de ce mémoire auprès de quinze orthophonistes a permis d'identifier les enjeux de ces instants, ainsi que les pratiques cliniques mises en œuvre pour y répondre. L'analyse des éléments recueillis met en lumière huit thématiques discutées autour de trois axes : optimiser les effets de la prise en soin par une approche globale du patient, rechercher un mieux-être du patient et de son entourage, et identifier et exploiter les limites de la prise en soin (limites matérielles, thérapeutiques et relationnelles). La fin de séance constitue donc un moment clinique riche, propice à la mise en œuvre de nombreuses compétences techniques et relationnelles de l'orthophoniste.

MOTS-CLES

communication – fin – limites – mieux-être – patient – relation – séance - orthophonie

ABSTRACT

The end of a speech-therapist session is quite unexplored in scientific literature.

In this work, fifteen speech-therapists have been interviewed in order to highlight these moments and the clinical practice used during this specific time.

Eight thematics came out of this investigation, gathering around three distinct axis :

- to improve the care by a comprehensive approach of the patient
- to look for patient and relative's wellness
- to identify and use the care's limits (material, therapeutic and relational)

Therefore the closure of a session is an ideal clinical time for the speech-therapist to use their multiple technical and relational assets.

KEY WORDS

communication – closure – limits – wellness – patient – relationship – session – speech therapy