

Université de Nantes

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

Année Universitaire 2010-2011

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

présenté par Sophie DE NALE
Née le 03/10/1987

LES FACTEURS DE REUSSITE D'UNE FIN DE PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE

Président du Jury : **Madame Suzanne CALVARIN**
*Orthophoniste, maître de stages et
enseignante à l'école d'orthophonie de Nantes*

Directeur du Mémoire : **Monsieur Alain BRICE**
*Maître de conférences en psychologie clinique
et pathologique à l'Université de Nantes*

Membre du Jury : **Madame Christine MARTIN**
Orthophoniste

« 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. »

Je tiens tout d'abord à remercier :

Madame Suzanne Calvarin, orthophoniste et enseignante à l'école d'orthophonie de Nantes, d'avoir accepté de présider le jury de ce mémoire.

Monsieur Alain Brice, maître de conférences en psychologie clinique et pathologique à l'Université de Nantes, d'avoir accepté la direction de ce mémoire, pour son aide et ses conseils dans sa réalisation.

Madame Christine Martin, orthophoniste, d'avoir accepté de participer à ce jury, et pour les nombreux échanges à propos de ce travail tout au long de l'année.

Je remercie également Mesdames Anne Fouqué, Sophie Frabolot et Emanuelle Leroy, qui m'ont accueillie pour des stages, témoignant d'une grande disponibilité.

Enfin, je remercie les orthophonistes qui ont accepté de me rencontrer pour partager leurs expériences professionnelles au cours d'entretiens.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE.....	9
LE TRANSFERT	10
Les prémices du concept de transfert.....	11
L'élaboration de la théorie du transfert chez Freud	13
Le cas Anna O.....	13
Le cas Dora	15
Le cas de l'homme aux rats	18
Apports de Sandor Ferenczi	20
Apports de Jacques Lacan.....	21
Le transfert, processus global	23
Le transfert chez l'enfant.....	24
Conception d'Anna Freud	24
La nécessité d'un lien affectif positif dans la cure	24
Un lien affectif n'est pas forcément transférentiel.....	26
Conception de Mélanie Klein	28
Transfert et orthophonie.....	30
Le contre-transfert, corrélat du principe de transfert.....	31
Contre-transfert et orthophonie	32
LA DEMANDE	34
Le Sujet et son symptôme.....	34
Du trouble au symptôme.....	34
Le symptôme comme mode de communication	35
De l'objet au Sujet.....	36
La demande.....	37
L'accueil d'une parole	37
Les différentes demandes.....	38
La demande du patient.....	38
La demande de l'entourage	40
La demande de la société.....	40
La demande du thérapeute.....	41

Etablissement d'un contrat thérapeutique	42
PARTIE CLINIQUE.....	45
METHODOLOGIE DE L'ENQUETE PAR ENTRETIENS	46
Pourquoi l'enquête par entretien ?	46
Un fait de parole	46
Le caractère vécu de l'information	47
Une rencontre.....	47
Préparation de l'enquête	48
Population de l'enquête	48
Taille du corpus	48
Population interviewée.....	48
Cadre de réalisation des entretiens	49
Hypothèses et trame de l'entretien	50
Mode d'analyse des entretiens	51
LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE DU POINT DE VUE DES ORTHOPHONISTES	52
Un réseau de paramètres influant sur la question de la fin de la prise en charge ..	52
Une problématique récurrente	52
L'exercice libéral diffère de l'exercice en institution.....	53
Toutes les pathologies sont concernées	55
Une réflexion conjointe entre les différents partenaires de la prise en charge	58
Un partenaire de la relation duelle	59
Le patient	59
L'orthophoniste.....	62
Un partenaire extérieur	68
La famille	68
Un représentant de la société	71
CREATION D'UN OUTIL AIDANT A JUGER DU BIEN-FONDE D'UNE INTERRUPTION DE PRISE EN	
CHARGE	73
Pertinence de cet outil.....	73
Grille de réflexion pour le patient d'âge scolaire	74
Le patient.....	75
La famille	78
L'enseignant	79
Le médecin	80
Un autre professionnel.....	81

Exploitation de cette grille de réflexion.....	82
Axes de réflexion pour le patient adulte.....	84
La vie professionnelle	85
Les accompagnants.....	86
L'indépendance	87
Le rôle du médecin	87
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE.....	92
ANNEXES.....	94
ANNEXE N°1: LA TRAME DE L'ENTRETIEN.....	94
ANNEXE N°2: RETRANSCRIPTION DU TEMOIGNAGE N°1	96
ANNEXE N°3: RETRANSCRIPTION DU TEMOIGNAGE N°3	99
ANNEXE N°4: LA GRILLE DE REFLEXION AUTOUR DE L'ARRET DE LA PRISE EN CHARGE.....	105
ANNEXE N°5: EXEMPLES DE GRILLES DE REFLEXION COMPLETEES PAR DES ORTHOPHONISTES	111

INTRODUCTION

Au cours des stages réalisés ces trois dernières années auprès d'orthophonistes exerçant dans diverses structures, ont germé dans notre esprit de nombreux questionnements liés à la fin de la prise en charge : quand envisager un arrêt du suivi ? L'arrêt est-il synonyme de guérison ? Notre objectif est-il la perfection ou la fonctionnalité ? A qui revient la décision d'interruption ? Comment préparer le patient à cheminer seul ? Qu'advient-il de la relation nouée au fil des séances ?... La littérature étant beaucoup plus fournie au sujet du début de la prise en charge que de sa fin, nous avons souhaité nous pencher sur ces problématiques qui semblent récurrentes dans la pratique orthophonique.

Toute rééducation possède, de fait, un début et une fin. Cet arrêt, loin de concerner uniquement les quelques dernières séances, est évoqué tacitement dès le début du suivi, lorsque sont exprimées les demandes, fixés les objectifs, puis tout au long de la prise en charge quand sont constatés des progrès, une stagnation, une diminution des performances... De façon plus ou moins prégnante, cette question de fin de rééducation jalonne donc toute la prise en charge. Ainsi nous sommes-nous questionnées sur les critères influençant le bon déroulement d'une rééducation et donc la pertinence de son arrêt. En d'autres termes, quels facteurs conditionneraient la réussite d'une fin de prise en charge orthophonique ?

Dans un premier temps, nous aborderons deux facteurs qui nous ont semblé mériter une vigilance particulière de l'orthophoniste. Il s'agit d'une part de la relation nouée entre le patient et le thérapeute, envisagée sous l'angle psychanalytique du transfert. En effet, arrêter une rééducation, c'est aussi mettre fin à une relation privilégiée, au sein de laquelle sont nés une confiance mutuelle, des échanges intimes, des enjeux inconscients... D'où l'importance de se pencher sur les aspects transférentiels de la relation, afin que ceux-ci n'entravent pas la rééducation. Nous envisagerons d'autre part des demandes des différents partenaires de la rééducation. Celles-ci peuvent être tacites, divergentes, voire changeantes. C'est pourquoi il importe de les faire émerger, de les laisser s'exprimer, et de les prendre en considération tout

au long de la prise en charge, afin que celle-ci se déroule le plus harmonieusement possible autour du patient et des divers acteurs l'entourant.

Dans un second temps, nous relierons ces hypothèses théoriques aux témoignages d'orthophonistes interviewés sur le thème des problématiques inhérentes à la fin de la prise en charge. Cet éventail de situations cliniques, de questionnements et d'éléments de réponses nous permettra de compléter et d'affiner notre réflexion afin de déterminer les principaux facteurs influant sur la réussite d'une fin de rééducation. Grâce à l'analyse de ce corpus, nous tenterons enfin d'élaborer un outil utilisable par les orthophonistes. Celui-ci leur permettrait d'appuyer leur réflexion sur le bien-fondé d'une interruption de prise en charge lorsque se pose la question pour un patient donné.

PARTIE THEORIQUE

LE TRANSFERT

Tout au long de la prise en charge orthophonique se pose, de façon latente, la question de son arrêt. Ce dernier, synonyme de progression, d'autonomie, voire de liberté, est d'ailleurs l'objectif de la majeure partie des rééducations. S'il n'est pas nécessaire de l'évoquer constamment, il est indispensable que l'orthophoniste l'envisage régulièrement. Non pas afin d'écourter cette prise en charge, mais dans le but d'évaluer certains facteurs influençant le succès de ce suivi, et donc la réussite de son interruption.

Parmi ces facteurs, la relation nouée entre le patient et le thérapeute influe sur le bon déroulement de la prise en charge. S'installent en effet entre ces deux acteurs des liens de confiance, de complicité, d'influence réciproque, des déplacements d'affects... Ce sont ces derniers, appelés phénomènes de transfert, que nous étudierons dans cette première partie. S'il s'agit de phénomènes inconscients, ils prennent toute leur importance dans la relation entre le patient et l'orthophoniste et peuvent l'influencer de façon positive ou négative.

Selon le *Vocabulaire de la psychanalyse* de Laplanche et Pontalis, la notion de transfert désigne "le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué."¹

Cette définition est le fruit de travaux de nombreux auteurs. Si Sigmund Freud, qui le premier fait mention du transfert en 1895, est le plus connu d'entre eux, nombre de neurologues, psychiatres, psychanalystes, ou encore philosophes se sont interrogés sur ce lien qui s'instaure entre patient et soignant. Ces auteurs se sont illustrés dans divers champs tels que le magnétisme, l'hypnose, la suggestion, ou la psychothérapie.

¹ Laplanche J., Pontalis J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. P.U.F. p.492.

Ainsi, nous aborderons dans ce chapitre les prémices de ce concept de transfert, puis son élaboration chez Freud, et les divergences d'opinions entre ce dernier et Ferenczi ou Lacan. C'est ensuite au transfert chez l'enfant que nous nous intéresserons. Enfin, nous envisagerons l'intérêt de la connaissance de cette notion par les orthophonistes.

Les prémices du concept de transfert

Franz-Anton Mesmer, médecin allemand et fondateur de la théorie du magnétisme animal, propose en 1779 une doctrine selon laquelle un fluide magnétique d'origine animale permettrait aux hommes d'avoir une influence directe l'un sur l'autre. Ainsi entreprend-il de guérir ses patients par la maîtrise de ce fluide « universellement répandu »², le diffusant par des « passes » et provoquant des crises salutaires chez ses malades. Même si sa théorie sera fortement condamnée par ses successeurs, Mesmer met alors en exergue l'existence d'une influence de l'homme sur son semblable pouvant être utilisée à des fins thérapeutiques.

James Braid, notamment, infirme cette théorie mesmerienne. Ce chirurgien écossais, précurseur en matière d'hypnose, met au point une méthode destinée à produire un état de sommeil critique: il suffit au sujet de fixer une surface brillante et de conserver cette attitude de concentration. Braid démontre de la sorte que c'est le sujet lui-même qui se place en sommeil critique et qu'il n'existe aucune influence magnétique passant de l'opérateur au sujet, donc qu'il n'existe pas de fluide universel. De plus, contrairement à beaucoup de ses contemporains, il n'est pas adepte de l'hypnose imaginationniste. Il ne croit pas aux pouvoirs de l'imagination mais à une cause physiologique de l'état hypnotique: la fatigue mentale due à la fixation de l'appareil oculaire sur l'objet brillant. Pour Braid, l'hypnose est un état particulier du système nerveux provoqué par des moyens artificiels permettant de plonger le patient dans un état de sommeil artificiel, mais surtout de l'influencer à des fins curatives par la suggestion. Emergent alors deux courants de pensée.

² Mesmer F.A. (1779). *Mémoire sur la découverte du fluide animal*. L'Harmattan. p.74.

Le premier est extérieur, médical, et conduit à une réalité phréno-hypnotique de la suggestion. Cette voie est celle de James Braid, qui soutient que les gestes, les positions des membres et de la face dans lesquels on place l'hypnotisé font surgir chez lui les actes correspondant à ces attitudes, de même que le ferait la suggestion de sentiments. Jean Liébault, fondateur de l'école de Nancy, s'intéresse aux travaux de Braid mais finit par s'en détacher. Il défend alors la théorie d'une suggestibilité par le sommeil. Ce dernier, provoqué par suggestion, permettrait la concentration de l'attention et la production de toute une série de phénomènes hypnotiques. Hippolyte Bernheim, neurologue français également membre de l'école de Nancy, substitue à la conception de suggestibilité par le sommeil provoqué de Liébault la conception de suggestibilité normale à l'état de veille. Au départ adepte de l'hypnose, il l'abandonne peu à peu au profit de la suggestion: « C'est la suggestion qui domine la plupart des manifestations de l'hypnose ; les prétendus phénomènes physiques ne sont, suivant moi, que des phénomènes psychiques. »³ Il s'oppose ainsi à la pratique de Jean-Martin Charcot, qui dirige l'école de la Salpêtrière et utilise l'hypnose comme moyen de traitement des hystéries. Il réfute en effet sa théorie somatique de l'hypnose et dénonce les grandes crises hystériques qu'il provoque artificiellement. Pendant la décennie 1880-1890, marquée par la lutte passionnée entre les deux écoles, un bouillonnement d'idées fécondes et un important développement des recherches attirent en France un grand nombre d'étrangers. Parmi eux se trouve Freud, qui profitera successivement des leçons de Charcot, et de celles de Bernheim. Ce seront pour lui des enseignements décisifs qui le mèneront vers la découverte de la psychanalyse, et du transfert.

La seconde voie, intérieure, réflexive, est basée sur l'imaginaire. C'est celle de Maine de Biran, philosophe français, pour qui il existe une démarcation entre le Moi inconscient et le Moi conscient: C'est ainsi que l'imagination, et même le désir, pourraient produire des phénomènes organiques involontaires chez l'individu. C'est ce qu'il exprime en ces termes: « Par une association soit naturelle ou primitive, soit accidentelle ou d'habitude, en vertu de ce pouvoir, du moins partiel, de la volonté sur la production des images, tel individu qui réussit une certaine forme d'imagination avec

³ Bernheim H. (1886). *De la suggestion et de ses applications thérapeutiques*. L'Harmattan. p.24.

une organisation intérieure assez mobile peut se rendre maître, jusqu'à un certain point, de certains mouvements organiques, étrangers par leur nature à toute influence directe et immédiate de la volonté. (...) Or il me semble qu'il n'est guère plus difficile de concevoir comment un désir, une passion, une tendance forte et soutenue de l'âme, peut avoir une influence sur l'être extérieur, sensible, animé, qui est l'objet de cette tendance, qu'il n'est difficile d'expliquer l'influence des désirs ou de l'imagination même de l'agent sur les affections et les mouvements de ses propres organes intérieurs. »⁴

Ainsi, Biran aboutit à cette interrogation, à laquelle il répond par l'affirmative: puisque le Moi inconscient peut influencer sur les propres organes internes du sujet, qui lui sont pourtant étrangers, ne pourrait-on pas étendre cette théorie à l'influence qu'un sujet peut exercer sur un autre ?

C'est dans ce contexte d'effervescence autour de la relation entre les hommes et la place de l'hypnose dans cette problématique que Sigmund Freud, neurologue et bientôt fondateur de la psychanalyse, commence à s'interroger sur la relation entre patient et thérapeute, en tant que révélatrice des fantasmes inconscients du sujet.

L'élaboration de la théorie du transfert chez Freud

Le cas Anna O.

Lorsque Sigmund Freud rencontre Joseph Breuer, celui-ci jouit déjà d'une excellente réputation de médecin praticien à Vienne, où il exerce dans son cabinet privé depuis 1871. Breuer lui raconte le traitement d'une jeune patiente, Anna O., au chevet de laquelle il est appelé en décembre 1882. Elle souffre d'un tableau clinique complexe: toux nerveuse, strabisme, aphasie, paralysies, somnambulisme, hallucinations, confusion mentale... Cette patiente est « une jeune fille douée d'une culture et d'aptitudes peu communes, tombée malade pendant qu'elle soignait un père tendrement aimé »⁵. Breuer constate rapidement chez cette patiente l'effet curatif de la narration,

⁴ de Biran M. (1949). *Œuvres*. Tome XIV, Nouveaux essais d'anthropologie. P.U.F. p.340.

⁵ Freud S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse*. Gallimard. p.16.

sous hypnose, d'événements traumatiques survenus dans le passé. C'est cette méthode que Freud décrit dans son ouvrage *Ma vie et la psychanalyse*, en 1925: « Une observation fortuite permit au médecin de s'apercevoir qu'on pouvait la délivrer de l'un de ces troubles de la conscience quand on la mettait à même d'exprimer verbalement le fantasme affectif qui la dominait à ce moment. Une méthode thérapeutique résulta pour Breuer de cette observation. Il plongeait sa malade en une hypnose profonde et la laissait chaque fois raconter ce qui oppressait son âme. Après que les états de confusion dépressive eurent ainsi disparu, Breuer employa la même méthode afin de lever les inhibitions et de délivrer la malade de ses troubles corporels. A l'état de veille, la jeune fille n'aurait pu dire - en ceci semblable aux autres malades - comment ses symptômes avaient pris naissance et ne trouvait aucun lien entre eux et une impression quelconque de sa vie. En état d'hypnose, elle découvrait aussitôt les rapports cherchés. Il se révéla que tous ces symptômes remontaient à des événements l'ayant impressionnée vivement, survenus au temps où elle soignait son père malade ; ces symptômes avaient donc un sens et correspondaient à des reliquats ou réminiscences de ces situations affectives. »⁶. A cette méthode grâce à laquelle il délivre sa patiente de ses symptômes, Breuer donne le nom de « talking cure », puis de « méthode cathartique ». C'est suite à la narration de ce traitement à Freud que tous deux publièrent leurs *Etudes sur l'hystérie* en 1895⁷, dans lesquelles sera décrit et analysé le cas Anna O.

Convaincu par la technique de Breuer, Freud pointe néanmoins du doigt l'issue du traitement d'Anna O., étonnamment mise de côté par le praticien: « Après que le travail cathartique eut semblé terminé, s'était tout à coup produit chez la jeune fille un état d'« amour de transfert », qu'il n'avait plus alors rapporté à sa maladie, ce qui fait que, tout interdit, il avait pris la fuite. »⁸. Il est vrai que Breuer n'a, lors du traitement, pas porté attention à ces affects, qui pour Freud revêtent une importance particulière.

C'est peu après que Freud fera lui-même sa première expérience du transfert, qui est l'une des raisons majeures de sa décision d'abandonner l'hypnose.

⁶ Freud S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse*. Gallimard. p.16.

⁷ Freud S., Breuer J. (1895). *Etudes sur l'hystérie*. P.U.F.

⁸ Freud S., Breuer J. (1895). *Etudes sur l'hystérie*. Préliminaire. P.U.F. p.8.

Fort de cette nouvelle méthode cathartique, Freud continue ses recherches dans le sens d'une relation entre médecin et malade consistant en la reviviscence d'émois traumatiques à la requête du thérapeute. Cette répétition, sans jamais être confondue avec l'actualité des affects, suffit pour lui à supprimer les symptômes.

Freud reste néanmoins confronté à certains obstacles qu'il théorise. Il introduit tout d'abord le concept de dissociation du conscient: certains phénomènes de conscience demeurent à disposition de l'individu, constituant le réseau associatif général, alors que d'autres se cristallisent autour d'un noyau traumatique. A partir de cette dynamique, Freud peut alors isoler les obstacles qu'il rencontre lors de ses traitements: celui du refoulement, qui isole du réseau associatif les émois pénibles ; celui de la résistance, qui empêche la réminiscence de ces émois pénibles isolés ; et celui du transfert, c'est-à-dire de l'insertion du thérapeute lui-même sur ces chaînes associatives.

Le cas Dora

Armé de sa théorie et de son expérience clinique, Freud rencontre en 1889 la jeune Dora. Avec son analyse naît véritablement une théorie du transfert.

Dora est intriquée dans un réseau de relations entre son père et un couple d'amis, Monsieur et Madame K. Cette dernière est la maîtresse du père de Dora, et M. K. tente de séduire la jeune fille. La patiente est âgée de dix-huit ans lorsqu'elle commence le traitement, à la demande de son père. Depuis l'enfance elle a toujours été nerveuse et victime de difficultés respiratoires. À son arrivée, elle présente divers symptômes: toux convulsive, migraine, aphonie, troubles de l'humeur et dépression. Elle vient aussi d'avouer à ses parents une scène de séduction que lui a fait subir M. K. Au cours du traitement, Freud met à jour les émois inconscients de sa patiente à partir de l'étude de deux rêves, révélant ainsi un amour œdipien et un fort désir pour M. K. Freud pense alors trouver chez Dora la confirmation de ses théories sur l'origine sexuelle des symptômes hystériques, et sur le rôle des rêves dans la représentation des conflits œdipiens inconscients sous-jacents à ces symptômes.

C'est à sa grande surprise que Dora interrompt prématurément le traitement, au bout de trois mois. Il ne peut croire que cette fuite n'a pas de sens, et donne après cet échec thérapeutique une nouvelle direction à ses recherches. C'est donc après-coup qu'il prend conscience qu'il a été trop soucieux de théorisation, et qu'il n'a pas repéré à temps chez sa patiente une résistance liée au transfert. En effet, constate Freud, la rapidité avec lequel Dora mit à sa disposition une partie du matériel pathogène lui « fit oublier de prêter attention aux premiers signes de transfert qu'elle préparait au moyen d'une autre partie de ce même matériel, partie qui me restait inconnue »⁹. Il apparaissait clairement à Freud que Dora lui associait l'image de son père, ce qui l'empêcha de voir que Dora transférait également sur lui l'image de M. K. Il semble alors à Freud que Dora l'assimilait à M. K., et qu'elle se vengeait de lui en le quittant comme elle avait quitté M. K. pour le punir de l'avoir abandonnée au profit d'une gouvernante qui lui avait raconté leur aventure. Freud avait bien repéré les prémices de ce processus, mais, explique-t-il, « je négligeai ce premier avertissement, je me dis que j'avais encore largement le temps puisqu'il ne se présentait pas d'autres signes de transfert et que le matériel de l'analyse n'était pas épuisé. Ainsi, je fus surpris par le transfert et c'est à cause de ce facteur inconnu par lequel je lui rappelais M. K. qu'elle se vengea de moi, comme elle voulait se venger de lui; et elle m'abandonna comme elle se croyait trompée et abandonnée par lui »¹⁰. C'est seulement dans un deuxième temps que Freud, après avoir découvert l'importance des tendances homosexuelles chez les névrosés, prend conscience de sa véritable erreur: il n'avait pas perçu que la tendance psychique inconsciente de Dora était son attachement homosexuel pour Mme K.

Analysant avec plus de recul les raisons de l'échec de la cure de Dora, Freud renvoie précisément à la notion de transfert, en indiquant clairement que dans un certain nombre de cas « le retard apporté à la guérison ou à l'amélioration n'est en réalité dû qu'à la personne du médecin »¹¹.

⁹ Freud S. (1909). *Cinq psychanalyses*. P.U.F. p.88.

¹⁰ Freud S. (1909). *Cinq psychanalyses*. P.U.F. p.89.

¹¹ Freud S. (1909). *Cinq psychanalyses*. P.U.F. p.86.

Il définit alors « les transferts » comme « de nouvelles éditions, des copies des tendances et des fantasmes qui doivent être éveillés et rendus conscients par les progrès de l'analyse, et dont le trait caractéristique est de remplacer une personne antérieurement connue par la personne du médecin »¹². Des états psychiques antérieurs revivent, non pas en tant qu'états passés, mais en tant qu'états actuels, orientés sur la personne du médecin. C'est ce que résume ainsi Michel Neyraut dans son livre *Le transfert*: « le transfert est un quiproquo à contretemps. Son dépassement consiste à le renvoyer à qui de droit et à sa place »¹³.

Freud réalise alors que le transfert ne doit pas être évité: « il faut combattre cette nouvelle création de la maladie comme toutes les précédentes »¹⁴, mais la tâche est plus délicate: le transfert doit être deviné « sans le concours du malade, d'après de légers signes et sans pêcher par arbitraire. Cependant, le transfert ne peut être évité, car il est utilisé à la formation de tous les obstacles qui rendent inaccessible le matériel »¹⁵.

Si le transfert semble ici assimilé à une résistance, Freud va encore plus loin en disant que la cure psychanalytique ne crée pas le transfert, « elle ne fait que le démasquer comme les autres phénomènes cachés. Ce qui différencie les autres cures de la psychanalyse ne se manifeste qu'en ceci: le malade au cours des traitements ne fait spontanément appel qu'à des transferts affectueux et amicaux en faveur de sa guérison (...). Dans le traitement psychanalytique par contre, (...) toutes les tendances, même les tendances hostiles, doivent être réveillées, utilisées pour l'analyse en étant rendues conscientes. Ainsi se détruit sans cesse à nouveau le transfert. Le transfert destiné à être le plus grand obstacle à la psychanalyse devient son plus puissant auxiliaire, si l'on réussit à le deviner chaque fois et à en traduire le sens au malade. »¹⁶. Freud met ainsi en exergue d'une part la nécessité du transfert et de son analyse, moteurs de la cure, et d'autre part l'importance de la prise en compte des mouvements hostiles, dont l'expression permet le maintien du lien analytique.

¹² Freud S. (1909). *Cinq psychanalyses*. P.U.F. p.86-87.

¹³ Neyraut M. (1974). *Le transfert*. P.U.F. p.131.

¹⁴ Freud S. (1909). *Cinq psychanalyses*. P.U.F. p.87.

¹⁵ Freud S. (1909). *Cinq psychanalyses*. P.U.F. p.87.

¹⁶ Freud S. (1909). *Cinq psychanalyses*. P.U.F. p.88.

Ainsi, l'interruption de la cure de Dora permet à Freud, qui reconnaît son échec thérapeutique, de construire sa théorie du transfert comme au cœur de la cure.

Le cas de l'homme aux rats

L'analyse de l'homme aux rats, également narrée dans les *Cinq psychanalyses* de Freud, lui permet d'affiner sa théorie du transfert. D'une part, cette cure est achevée, contrairement à celle de Dora. D'autre part, ce patient consulte de son propre chef, et il s'instaure dès le premier entretien une relation amicale réciproque entre thérapeute et patient. C'est en 1907 que Freud reçoit Ernst Lanzer, jeune homme de 29 ans se plaignant d'obsessions remontant à l'enfance, qui reviennent parfois après des périodes d'absences relativement longues, mais avec plus d'intensité depuis la mort de son père neuf ans plus tôt. Il craint notamment qu'il arrive du mal à deux personnes qu'il aime: son père, décédé, ainsi qu'une dame qui a rejeté son amour dix ans auparavant. Ses obsessions se traduisent par des idées de mal contre ces deux personnes, qu'il rejette alors violemment, s'imposant ensuite des interdits et des pénitences souvent irréalisables.

Au bout de plusieurs séances, Freud entreprend de le persuader qu'il a souhaité la mort de son père. Après avoir résisté un moment, le patient donne libre cours à son agressivité contre Freud. Afin qu'il accepte ses sentiments inconscients envers son père, "il lui fallut, écrit Freud, passer par la voie douloureuse du transfert... Aussi finit-il par m'injurier dans ses associations, moi et les miens, de la façon la plus grossière et la plus ordurière, cependant que consciemment il n'éprouvait pour moi que le plus grand respect. Son comportement, pendant qu'il me faisait part de ses injures, était celui d'un désespéré: "Comment pouvez-vous supporter, Monsieur le Professeur, disait-il, de vous laisser injurier par le sale type que je suis? Il faut que vous me mettiez à la porte; je ne mérite pas mieux". »¹⁷. Au fil des séances, Freud établit un parallèle entre les récits de son patient, dont la violence à l'égard de Freud et sa famille semble démesurée, et son histoire familiale avérée. Ces récits très crus où il est question de la femme ou de la fille

¹⁷ Freud S. (1909). *Cinq psychanalyses*. P.U.F. p.235.

de Freud mettent en exergue la façon dont les fantasmes transférentiels se greffent sur des bribes quasi imaginaires pour reconstituer tout un roman familial. Ainsi, le transfert désigne ici une constellation de fantasmes se rapportant à l'analyste, à travers sa famille, et renvoyant aux relations du patient avec sa propre famille.

Apparaît donc dans cette analyse ce que Freud appelle le transfert « hostile » ou « négatif »¹⁸. Dans son *Introduction à la psychanalyse*, Freud explique le transfert négatif de la sorte: « Le transfert se manifeste chez le patient dès le début du traitement et représente pendant quelque temps le ressort le plus solide du travail. On ne s'en aperçoit pas et on n'a pas à s'en préoccuper, tant que son action s'effectue au profit de l'analyse poursuivie en commun. Mais dès qu'il se transforme en résistance, il appelle toute l'attention, et l'on constate que ses rapports avec le traitement peuvent changer sur deux points différents et opposés: en premier lieu, l'attitude de tendresse devient tellement forte, les signes de son origine sexuelle deviennent tellement nets qu'elle doit provoquer contre elle une résistance interne ; en deuxième lieu, il peut s'agir d'une transformation de sentiments tendres en sentiments hostiles. D'une façon générale, les sentiments hostiles apparaissent en effet plus tard que les sentiments tendres derrière lesquels ils se dissimulent (...). Tout comme les sentiments tendres, les sentiments hostiles sont un signe d'attachement affectif (...). Il est incontestable que les sentiments hostiles à l'égard du médecin méritent également le nom de « transfert », car la situation créée par le traitement ne fournit aucun prétexte suffisant à leur formation ; et c'est ainsi que la nécessité où nous sommes d'admettre un transfert négatif nous prouve que nous ne nous sommes pas trompés dans nos jugements relatifs au transfert positif ou de sentiments tendres. »¹⁹.

Ce transfert négatif a ainsi un rôle positif: d'une part car il manifeste la résistance, et que cette manifestation permet le travail sur la résistance, et d'autre part car il fournit un matériel qui peut être interprété et donc contribuer à la levée du refoulement. Apparaît donc dans la pratique freudienne une utilisation systématique du transfert en tant qu'émergence de tendances inconscientes, aussi bien négatives que positives, qui peuvent être analysées.

¹⁸ Freud S. (1984). *Introduction à la psychanalyse*. P.B.P. p.420.

¹⁹ Freud S. (1984). *Introduction à la psychanalyse*. P.B.P. p.420-421.

Ainsi s'est fondée la théorie freudienne du transfert, fruit de nombreuses analyses de sa pratique clinique, avec puis sans recours à l'hypnose. Si depuis ces bases ont rarement été réfutées, certains auteurs tels que Sandor Ferenczi ou Jacques Lacan les ont discutées, voire complétées de leur savoir théorique et pratique.

Apports de Sandor Ferenczi

Sandor Ferenczi, psychanalyste hongrois, rencontre Freud en 1907 et s'intéresse à sa théorie du transfert. Il admet la définition que Freud fait des transferts: selon lui, « Les transferts sont des rééditions, des reproductions de tendances et de fantasmes que la progression de l'analyse réveille et doit ramener à la conscience et qui se caractérisent par la substitution de la personne du médecin à des personnes autrefois importantes. »²⁰. Il s'intéresse parallèlement aux travaux de Maine de Biran précédemment évoqués, selon lesquels l'analyse des rapports entre le pouvoir d'imaginer et la structure de l'organisation interne, soit l'influence d'un individu sur lui-même, permet d'expliquer l'extension de ce pouvoir à une personne étrangère. Ferenczi adopte le même courant de pensée qu'il explique de la sorte: ce qui échappe au sujet, c'est son enfance. Donc si un individu peut mobiliser l'inconscient d'un autre individu, c'est qu'il agit sur son enfance. Lors de la cure, c'est l'enfant subsistant dans l'homme qui est hypnotisé. Et cet enfant qui persiste dans chaque homme transfère sur le porteur de signes d'autorité, analyste ou hypnotiseur, les affects contenus lors de l'enfance. Le transfert consiste donc en un déplacement de ces affects et de leurs représentations.

Les réflexions de Ferenczi s'orientent par la suite vers les relations entre sujet et objet. Selon lui, le petit enfant s'identifie à des objets extérieurs et les assimile selon leurs ressemblances formelles ou fonctionnelles avec ses organes et les fonctions qui leur sont inhérentes. Ainsi fonde-t-il en 1909 le concept d'introjection, synonyme d'amour objectal, de transfert sur un objet, qu'il définit en ces mots « C'est cette union entre les objets aimés et nous-mêmes, cette fusion de ces objets avec notre Moi, que

²⁰ Ferenczi S. (1968). *Œuvres complètes*. Tome I. Payot. p.93.

j'ai appelée introjection et, je le répète, j'estime que le mécanisme dynamique de tout amour objectal et de tout transfert sur un objet est une extension du Moi, une introjection. »²¹. Ferenczi considère donc le transfert comme un cas particulier du mécanisme d'introjection consistant en une annexion, une extension du Moi. Dans la continuité de ces travaux, Mélanie Klein, psychanalyste et élève de Ferenczi, ajoutera que dès la naissance, le Moi met en place ses premières relations objectales, et ce parallèlement dans la réalité et dans les fantasmes inconscients. La première de ces relations objectales est établie avec le sein maternel. Il y a donc pour elle une forte réciprocité entre monde fantasmatique et monde réel, entre « objets internes et externes »²², et ce tout au long de la vie du sujet. D'où l'intérêt pour elle, afin de comprendre les relations objectales actuelles, et notamment les phénomènes transfert sur l'analyste, de revenir aux expériences les plus précoces, et inversement. C'est à la seule condition que l'analyse embrasse la totalité de la vie mentale du malade, que « le présent et le passé peuvent se rencontrer dans l'esprit du patient. »²³.

Apports de Jacques Lacan

« L'inconscient est structuré comme un langage ». Cette phrase de Lacan, psychiatre et psychanalyste français, est centrale dans son élaboration théorique. Il prend appui pour le démontrer sur trois œuvres majeures de Freud: *L'interprétation des rêves*²⁴, *Psychopathologie de la vie quotidienne*²⁵ et *Le mot d'esprit dans ses rapports avec l'inconscient*²⁶. C'est ainsi qu'il effectue un "retour à Freud", c'est-à-dire un retour aux signifiants freudiens. Lacan s'attache alors à redéfinir l'homme, dans son environnement, à partir du langage. Celui-ci n'est plus uniquement un moyen d'expression ou de représentation: il est ce qui nous détermine et nous constitue. Pour Freud, l'inconscient est un concept composé de divers phénomènes tels que les symptômes, rêves, lapsus, actes manqués... Ces derniers prennent sens et peuvent

²¹ Ferenczi S. (1968). *Œuvres complètes*. Tome I. Payot. p.196.

²² Klein M. (1995). *Le transfert et autres écrits*. Les origines du transfert. P.U.F. p.16.

²³ Klein M. (1995). *Le transfert et autres écrits*. Les origines du transfert. P.U.F. p.24.

²⁴ Freud S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Breal.

²⁵ Freud S. (1901). *Psychopathologie de la vie quotidienne*. P.B.P.

²⁶ Freud S. (1905). *Le mot d'esprit dans ses rapports avec l'inconscient*. Gallimard.

être intégrés à l'histoire du sujet s'ils sont envisagés comme un discours à déchiffrer, adressé à un interlocuteur interne également constitutif de l'inconscient. Lacan isole donc cet inconscient, envisagé comme « structure », c'est-à-dire comme langage. En effet, si les manifestations de l'inconscient sont fabriquées de signifiants et s'interprètent grâce au langage, alors l'inconscient qui les détermine et les crée doit logiquement se plier à la structure du langage. Lacan nomme « L'Autre » le lieu du langage destinataire de tout ce qui est formulé par l'inconscient, par opposition à « l'autre », semblable avec qui on entretient une relation faite d'indentification, de rivalités, de concurrences.

C'est à partir de ces assises théoriques qu'il est possible d'évoquer la conception lacanienne du transfert. Le déploiement de cette notion advient chez Lacan en 1960, lorsqu'il décide d'y consacrer son huitième séminaire. Partant du *Banquet* de Platon, il en produit une définition très concise: « Le transfert, c'est de l'amour qui s'adresse au savoir »²⁷. Lorsqu'un patient s'adresse à son analyste, il lui suppose par avance un savoir sur ce qu'il cherche en lui-même. L'analyste, du simple fait qu'on lui parle, est utilisé par le patient comme support d'une figure de l'Autre, qui sert de référent et que Lacan nomme « Sujet Supposé Savoir ». Le transfert naît chez Lacan de la croyance chez le patient en un autre sachant. Il aime l'analyste au nom de ce savoir qu'il lui suppose. Ainsi, le transfert apparaît comme le commencement de l'analyse: c'est parce qu'il y a supposition de savoir qu'il y a transfert, donc qu'il y a analyse. En découle la formule de Lacan « au commencement était le transfert »²⁸. Il ne peut y avoir de parole ni même de pensée sans cette référence à un Autre auquel implicitement nous nous adressons. Le transfert n'existe donc qu'en tant que phénomène qui accompagne l'exercice de la parole. Sans parole, il n'y aurait pas de transfert.

Enfin, si dans son « *Intervention sur le transfert* » datant de 1951, Lacan identifie encore, comme Freud, transfert et répétition (de conflits œdipiens, notamment), il les dissocie en 1964 dans la première partie de son onzième Séminaire: « C'est monnaie courante d'entendre, par exemple, que le transfert est une répétition. Je ne dis pas que ce soit faux, et qu'il n'y ait pas de répétition dans le transfert. Je ne dis pas que ce ne soit pas à propos de l'expérience du transfert que Freud ait approché la répétition. Je

²⁷ Lacan J. (2001). *Le séminaire*. Livre VIII, Le transfert. Seuil.

²⁸ Lacan J. (2001). *Autres Ecrits*. Proposition du 9 octobre sur le psychanalyste de l'École. Seuil.

dis que le concept de répétition n'a rien à faire avec celui de transfert »²⁹. Il y a donc une part de répétition dans le transfert, mais le concept de transfert n'est pas uniquement corrélé au concept répétition. La répétition met en jeu un réel. Le transfert permet une symbolisation. Ainsi, si le transfert s'éloigne de la répétition, il se rapproche pour Lacan de la pulsion.

Le transfert, processus global

Quelles que soient les discordances de ces auteurs au sujet du transfert, un tronc commun unit leurs théories: le transfert, manifestation de l'inconscient essentielle dans la cure psychanalytique, est un processus global. Il n'est pas présent uniquement lors de l'analyse, mais dans toutes les relations qu'un individu entretient avec ses pairs. Ainsi, Freud se défend de limiter ce concept de transfert à la psychanalyse: il parle d'un « phénomène humain général » qui « domine toutes les relations d'une personne donnée avec son entourage humain »³⁰. Lacan confirme cette explication: « chaque fois qu'un homme parle à un autre d'une façon authentique et pleine, il y a, au sens propre, transfert, transfert symbolique »³¹. Freud va plus loin lorsqu'il enrichit sa définition du transfert: « il ne faut pas croire que le phénomène du transfert soit créé par l'influence psychanalytique. Le transfert s'établit spontanément dans toutes les relations humaines, aussi bien que dans le rapport de malade à médecin ; il transmet partout l'influence thérapeutique et il agit avec d'autant plus de force qu'on se doute moins de son existence. La psychanalyse ne le crée donc pas ; elle le dévoile seulement. »³². Ainsi, le transfert, notion phare de la psychanalyse, ne se résume pas à cette pratique. Il est présent dans toutes les relations qu'un individu entretient avec ses semblables, et, par extension, au sein de toute relation thérapeutique.

²⁹ Lacan J. (1973). *Le séminaire*. Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Seuil. p.34.

³⁰ Freud S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse*. Gallimard. p.31.

³¹ Lacan J. (1975). *Le séminaire*. Livre I, Les écrits techniques de Freud. Seuil. p. 127

³² Freud S. (1987). *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Payot. p.61-62.

Le transfert chez l'enfant

Si le transfert est présent dans toute relation entre adultes, se pose la question de l'existence de ce phénomène chez l'enfant. S. Freud évoque en 1909, dans ses *Cinq psychanalyses*, sa première analyse d'un enfant: le petit Hans, cinq ans, souffrant de névrose phobique. Mais la question du transfert n'y est pas évoquée. Ce seront sa fille, Anna Freud, ainsi que Mélanie Klein, toutes deux psychanalystes, qui discuteront les premières de l'existence de ce phénomène chez l'enfant.

Conception d'Anna Freud

S'intéressant à l'analyse de l'enfant, Anna Freud avance que certaines techniques de la psychanalyse classique se révèlent impossibles à mettre en œuvre chez l'enfant. Il s'agit notamment de la reconstruction du passé en s'appuyant sur la mémoire du patient, de la technique des associations libres, et de l'interprétation du transfert. Elle consacre à ce dernier thème une conférence: « Le rôle du transfert dans l'analyse des enfants », prononcée en 1926 à Vienne et retranscrite dans son ouvrage *Le traitement psychanalytique des enfants*³³. Elle s'y pose la question de l'existence de situations de transfert chez l'enfant, s'interroge sur les formes par lesquelles s'extériorisent ces mouvements de transfert, et sur la manière dont ils peuvent donner lieu à une interprétation, en tant que technique analytique.

La nécessité d'un lien affectif positif dans la cure

En préambule, A. Freud évoque la nécessité d'amener l'enfant à un réel état de dépendance à l'égard de l'analyste. « Ce lien d'affection, ce transfert positif, pour employer le terme analytique, est la condition préliminaire du travail futur. »³⁴. Et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord car « l'enfant va encore plus loin que l'adulte en ce qu'il croit seulement la personne qu'il aime et ne fait quelque chose de bon que lorsqu'il peut

³³ Freud A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants*, Rôle du transfert. P.U.F.

³⁴ Freud A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants*, Rôle du transfert. P.U.F. p.46.

agir par amour pour quelqu'un »³⁵. De plus, la formation de ce lien positif importe plus dans l'analyse de l'enfant que dans celle de l'adulte, puisque, à côté du but purement analytique, la cure de l'enfant poursuit également un but éducatif. Or le succès de l'éducation dépend en majeure partie des sentiments affectifs de l'élève envers l'éducateur. Enfin, si un transfert négatif peut s'avérer fructueux dans le travail analytique chez l'adulte puisqu'il est interprété et ramené à ses origines, ce n'est pas le cas chez l'enfant. Avec ce dernier, « des mouvements négatifs dirigés contre l'analyste, quelque révélateurs qu'ils puissent être sous bien des rapports, sont surtout gênants. Il faut les renverser et les atténuer aussitôt que possible. Le travail fructueux ne s'accomplira qu'à la faveur d'un lien positif entre l'analyste et l'enfant. »³⁶.

La formation de ce lien affectif et ses manifestations ne diffèrent pas de ce qui se passe chez un patient adulte. A. Freud le met notamment en évidence par l'étude des rêveries des enfants. Ainsi, elle donne l'exemple de deux manifestations du lien établi entre elle et de jeunes patients, l'un positif, et l'autre négatif:

« Je vous rapporte ici, en détail, une fantaisie de transfert positif de la petite patiente obsédée dont j'ai déjà parlé plusieurs fois. Une visite que je lui avais faite chez elle et à l'occasion de la quelle j'avais assisté à son bain du soir en fut la cause extérieure. Le jour suivant, elle me dit tout d'abord: « Tu es venue me voir quand j'étais dans mon bain ; la prochaine fois, c'est moi qui viendrai chez toi, et qui irai te voir pendant que tu te baignes. » Un instant plus tard elle me raconta la rêverie qu'elle avait eue au lit, après mon départ, avant de s'endormir: « Tous les gens riches te détestaient. Et ton père qui était très riche ne pouvait pas non plus te souffrir. (...) Et toi, tu n'aimais personne, et tu ne donnais à personne des heures d'analyse. Et mes parents me détestaient et Hans, Walter et Annie aussi, et tous les gens de l'univers nous détestaient, même ceux qui ne nous connaissaient pas, même les gens qui étaient morts. Ainsi, tu n'aimais que moi et moi que toi, et nous restions toujours ensemble. Tous les autres étaient très riches, mais nous deux nous étions tout à fait pauvres. Nous n'avions rien, pas même des habits, car on nous avait tout pris. Le canapé seulement était resté dans la chambre, et nous y avons dormi toutes les deux. Mais nous étions

³⁵ Freud A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants*, Rôle du transfert. P.U.F. p.50.

³⁶ Freud A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants*, Rôle du transfert. P.U.F. p.46-47.

très heureuses ensemble. Puis nous avons pensé que nous devrions avoir un bébé. »³⁷. Cette rêverie se poursuit. La fillette y raconte la conception du bébé avec des pétales de fleurs, sa naissance, la construction par l'analyste et elle-même d'une maison en pétales de roses, avec un mobilier très raffiné et luxueux à l'intérieur. Cette rêverie est révélatrice, pour A. Freud, de l'établissement d'un lien positif entre elle et sa jeune patiente, vecteur indispensable à l'analyse.

A l'inverse, les rêves de certains de ses patients laissent paraître un sentiment hostile à son égard. Elle donne notamment l'exemple d'une autre jeune patiente qui voyait son analyste « sous toutes sortes de figures méprisables, sous les traits d'une mendicante ou d'une vieille femme pauvre »³⁸, ou environnée de démons qui dansaient autour d'elle. C'est cette tendance négative que souhaite inverser A. Freud afin de permettre le travail analytique.

Ces exemples prouvent qu'avec les enfants, comme avec les adultes, l'analyste sert de cible aux mouvements hostiles ou affectueux du patient. Néanmoins, A. Freud n'en conclut pas que ces tendances de l'enfant à l'égard du thérapeute sont forcément de nature transférentielle: « L'enfant entretient bien (...) les relations les plus vivantes avec l'analyste et manifeste ainsi une quantité de réactions qu'il a acquises dans ses rapports avec ses parents, et il nous donne (...) les indications les plus importantes sur la formation de son caractère, mais il ne fait pas une véritable névrose de transfert. »³⁹.

Un lien affectif n'est pas forcément transférentiel

Chez l'adulte, le motif de consultation d'un analyste est l'apparition ou la persistance d'un symptôme, parfois plusieurs, qui sont gênants pour le patient. Mais ces derniers ne sont pas figés. Au fil de l'analyse, ils subissent des modifications, disparaissent, réapparaissent sous d'autres formes... Généralement, le patient renonce progressivement aux anciens objets auxquels il s'est arrêté jusqu'alors, et concentre sa névrose sur la personne de l'analyste. En d'autres termes, il remplace ses symptômes

³⁷ Freud A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants*, Rôle du transfert. P.U.F. p.47-48

³⁸ Freud A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants*, Rôle du transfert. P.U.F. p.49.

³⁹ Freud A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants*, Rôle du transfert. P.U.F. p.49-50.

antérieurs par des symptômes de transfert. On parle alors de névrose de transfert. C'est à ce nouveau matériel que s'attelle l'analyste afin d'acquérir une connaissance progressive de la maladie et la découverte de son contenu inconscient.

Selon A. Freud, deux facteurs expliquent pourquoi le traitement de l'enfant ne peut pas être orienté dans la même voie. Il faut chercher la première dans l'enfant lui-même, et la seconde dans l'analyste :

Premièrement, partant de la définition du transfert comme réédition de relations infantiles, A. Freud explique que l'enfant ne peut pas manifester ces rééditions puisqu'il est encore plongé dans ses relations infantiles. « L'enfant n'est pas prêt, comme l'adulte, à entreprendre une nouvelle édition de ses relations affectueuses, parce que, pourrait-on dire, l'ancienne n'est pas encore épuisée. Les premiers objets de son affection, ses parents, existent encore pour lui en tant qu'objets d'amour dans la réalité, et non, comme c'est le cas chez le névrosé adulte, dans l'imagination seulement. »⁴⁰. L'analyste intervient alors comme une nouvelle personne avec laquelle l'enfant crée des liens affectifs. Ces derniers peuvent donner des indications sur la formation de son caractère, mais il ne s'agit pas de phénomènes de transfert puisque l'enfant ne substitue pas l'analyste à ses parents.

Deuxièmement, dans le traitement de l'adulte, l'analyste reste impersonnel, mystérieux, « une page blanche sur laquelle le patient peut inscrire toutes ses fantaisies de transfert. »⁴¹. La neutralité du thérapeute fait en sorte qu'aucun jugement ne transparaisse. Il est alors aisé de démontrer au patient que si l'analyste a sur lui l'influence d'une autorité qui accorde ou qui défend, c'est qu'il tire cela de sa vie passée. Chez l'enfant, il en est autrement du caractère éducatif de l'analyse prôné par A. Freud découle une connaissance par l'enfant de ce qui est attendu ou redouté par l'analyste, de ce qu'il cautionne ou ce qu'il réproche. Ainsi, une personnalité aussi affirmée est, contrairement à une page blanche, un très mauvais objet de transfert.

⁴⁰ Freud A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants*, Rôle du transfert. P.U.F. p.50-51.

⁴¹ Freud A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants*, Rôle du transfert. P.U.F. p.51.

De ce fait, « L'analyse d'enfants ne peut guère servir d'objet à un transfert bien net. »⁴². De là provient pour A. Freud la grande difficulté technique de l'analyse de l'enfant: au lieu de se contenter d'expliquer analytiquement les idées ou les actes qui apparaissent pendant la cure, l'analyste doit diriger son attention sur le milieu où s'exercent les réactions névrotiques, c'est-à-dire sur la sphère familiale de l'enfant.

Conception de Mélanie Klein

Dans son ouvrage *La psychanalyse des enfants*⁴³, M. Klein oppose deux tendances dans la psychanalyse infantile: celle d'A. Freud d'une part, et la sienne d'autre part.

Elle reproche tout d'abord à A. Freud de nier l'existence de la névrose de transfert chez l'enfant. Selon M. Klein, même très jeune, l'enfant est capable de transfert. La conscience d'être en analyse lui donne les capacités de jouer des situations transférentielles. Ce transfert à l'égard de l'analyste permet alors l'expression de ses angoisses qui s'expriment par des crises anxieuses, de la méfiance ou de la réserve. D'où l'intérêt pour M. Klein d'interpréter rapidement le transfert du jeune, notamment lorsqu'il est négatif, afin d'éliminer au plus vite ces angoisses.

De plus, elle regrette qu'A. Freud s'oppose à l'extension des méthodes analytiques employées chez l'adulte à l'enfant. Dans la mesure où peuvent être analysés la situation transférentielle, les résistances, et les effets du refoulement de l'enfant, rien ne s'oppose en effet à ce que l'analyse du jeune reconnaisse les mêmes critères psychanalytiques que celle des adultes.

Enfin, M. Klein désapprouve le rôle de pédagogue qui incombe, selon A. Freud, à l'analyste. A l'image de la cure de l'adulte, aucune situation éducative ne devrait s'insérer dans l'analyse de l'enfant.

⁴² Freud A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants*, Rôle du transfert. P.U.F. p.51.

⁴³ Klein M. (1959). *La psychanalyse des enfants*. P.U.F.

Elle résume sa théorie dans l'introduction de son ouvrage: « D'après mes observations, il se produit une névrose de transfert et il s'établit une situation transférentielle aussi bien chez l'enfant que l'adulte, à la condition d'appliquer au premier une méthode équivalente à l'analyse de l'adulte, en évitant toute méthode éducative et en interprétant à fond le transfert négatif. Enfin, dans la mesure où l'on s'abstient de toute intervention de caractère pédagogique, l'analyse, loin d'affaiblir le moi de l'enfant, le renforce. »⁴⁴.

Dans cette perspective, elle crée dans les années 1920 une méthode d'analyse de l'enfant par le jeu dont elle justifie ainsi l'utilisation: « Le caractère primitif du psychisme infantile exige une technique analytique appropriée que nous offre l'analyse par le jeu. Cette méthode nous permet de remonter jusqu'aux expériences et aux fixations les plus profondément refoulées, et d'exercer ainsi une influence décisive sur le développement de l'enfant. Il n'existe entre nos procédés et ceux de la psychanalyse adulte qu'une différence de technique, non de principe. (...) L'analyse par le jeu conduit donc aux mêmes résultats et reconnaît les mêmes critères psychanalytiques que l'analyse des adultes ; elle n'en diffère que dans la mesure où elle s'adapte au psychisme de l'enfant. »⁴⁵.

Si la méthode analytique d'A. Freud réfute chez l'enfant la notion transfert à proprement dit, M. Klein prône son existence et insiste sur l'importance de son analyse. Néanmoins, ces deux auteurs se rejoignent lorsqu'elles confirment l'existence d'un lien affectif particulier qui unit l'enfant et l'analyste. C'est cette notion que nous retiendrons ici, dans la mesure où elle peut s'appliquer au cœur de la relation thérapeutique en orthophonie. En effet, notre discipline n'implique aucunement l'analyse du transfert, mais simplement une vigilance quant à son existence.

⁴⁴ Klein M. (1959). *La psychanalyse des enfants*. P.U.F. p.11-12.

⁴⁵ Klein M. (1959). *La psychanalyse des enfants*. P.U.F. p.27.

Transfert et orthophonie

C'est dans une perspective d'universalité du concept de transfert que le *Dictionnaire d'orthophonie* le définit ainsi: « les phénomènes de transferts et de contre-transfert existent dans toute thérapie, y compris pendant une rééducation orthophonique, mais il n'y a qu'en psychanalyse qu'ils sont reconnus, objectivés et analysés »⁴⁶.

Ce phénomène de transfert appelle donc à une vigilance de l'orthophoniste.

D'une part, le transfert n'apparaît pas uniquement lorsque l'on souhaite s'en occuper, mais dès que se met en place une relation humaine. Ainsi, s'il n'est pas du ressort de l'orthophoniste de l'analyser, il lui est néanmoins indispensable de connaître son existence et d'anticiper son apparition. Dans cette dynamique, Geneviève Dubois, phoniatre et orthophoniste, confirme que le rôle du thérapeute du langage n'est pas d'interpréter le transfert: l'orthophoniste n'est aucunement analyste. Il s'agit plutôt de « reconnaître une place, sa place à la dimension inconsciente et lui laisser un champ pour s'exprimer si le sujet en éprouve le besoin »⁴⁷.

D'autre part, l'orthophoniste doit apprendre à travailler avec le transfert, ce matériel refoulé qui se réactualise dans la relation thérapeutique. Il doit en percevoir la dynamique au sein de la relation avec le patient et rester lucide sur les différents affects dont il est l'objet. Le patient peut rejouer sur la scène de la rééducation un certain nombre de conflits, de problèmes non résolus. L'orthophoniste est alors assimilé à des figures parentales, appréhendé de façon positive ou négative...

En outre, un transfert positif n'est pas forcément synonyme d'une relation thérapeutique saine et opérante: il peut prendre une place inopportune au sein de cette relation en étant, par exemple, trop amical ou affectueux. C'est alors à l'orthophoniste de prendre du recul afin de ne pas se retrouver dans une situation qu'il ne maîtriserait

⁴⁶ Brin F. « et coll ». (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Ortho Edition. p.265.

⁴⁷ Dubois G. (1990). *Langage et communication*. Masson.

plus. De plus, il existe, y compris en orthophonie, des phénomènes de transferts négatifs qu'il faut savoir surmonter afin que ceux-ci n'entravent pas la rééducation.

Enfin, l'orthophoniste doit composer avec les différents transferts qui opèrent au sein de la prise en charge: celui du patient, mais aussi ceux des accompagnants (qui ne convergent pas toujours), et enfin le sien vis-à-vis de son patient, appelé contre-transfert.

Le contre-transfert, corrélat du principe de transfert

Nous avons compris dans le chapitre précédent le caractère incontournable du transfert dans toute relation, qu'elle soit analytique, thérapeutique, ou simplement humaine. Nous évoquerons dans celui-ci son corrélat: le contre-transfert.

Le *Dictionnaire de la psychanalyse* de R. Chemama et B. Vandermersch définit ce concept comme « la somme d'affects suscités en lui [l'analyste] par son analysant »⁴⁸. Il s'agit donc de l'implication de l'analyste dans sa relation avec le patient, en tant qu'il se reconnaît comme objet d'expressions affectives de la part de l'analysant.

Deux conceptions paradoxales du contre-transfert émergent lorsque celui-ci est constaté pour les premières fois. Dans sa première acception, il s'opposerait au transfert et surviendrait après lui. Il serait donc secondaire, réactionnel. La seconde théorie élargit la définition du contre-transfert à ce qui précède la situation analytique: formation, présupposés... Il serait alors antérieur au transfert du patient. Quelle qu'en soit la définition retenue, il ne prend sa véritable dimension que lorsqu'il est confronté aux sollicitations internes à la situation analytique. Dès lors, il faut que l'analyste tente d'élucider cette implication, c'est-à-dire les émotions ressenties, et le pourquoi de ces émotions. Cela doit lui permettre d'éclaircir les éléments inconscients apparus chez son patient. Ainsi, la position qu'il prend par rapport à son patient (paternelle par exemple)

⁴⁸ Chemama R., Vandermersch B. (1995). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Larousse. p.440.

pourra lui apporter des éléments de réponse sur le transfert de l'analysant, et sur la place qu'il confère inconsciemment à son analyste.

Ces concepts de transfert et de contre-transfert ont notamment engendré deux impératifs dans la pratique psychanalytique. D'une part, celui pour l'analyste de se faire lui-même préalablement analyser. Comment, le cas inverse, comprendre son propre contre-transfert ? Et d'autre part, le principe d'invisibilité de l'analyste qui facilite la règle du silence et la contenance des expressions émotionnelles de l'analysant.

Lacan met toutefois en garde contre une conception de la relation analytique selon un mode duel et symétrique. Ainsi, il n'encourage pas l'analyse du contre-transfert, qu'il définit comme ce que l'analyste refoule des signifiants de l'analysant. Il préfère d'ailleurs le terme de « désir de l'analyste » à cette résistance interne du psychanalyste.

Contre-transfert et orthophonie

Dans le champ de l'orthophonie, reconnaître que nos patients déplacent sur nous des sentiments, des affects, est d'une réelle importance. Mais il faut également considérer notre propre transfert à leur égard. C'est ce phénomène que l'on nomme contre-transfert. En effet, de nombreuses composantes nous impliquent personnellement et physiquement dans la situation thérapeutique: le corps, le regard, les postures, les jeux qui supposent la considération de l'autre comme partenaire, le respect des tours de rôle... En outre, certaines situations singulières nous renvoient plus ou moins consciemment à notre propre vécu et résonnent alors en nous dans un registre particulier. A cela s'ajoutent nos réactions face au transfert du patient sur nous-mêmes, qu'il soit positif ou hostile. Ce sont autant d'occasions pour l'orthophoniste de libérer émotions, désirs...

A l'image du transfert, le contre-transfert peut s'avérer positif ou négatif. Et il peut aussi bien être favorable à la rééducation que la desservir. Il est en effet question de nous, en tant que thérapeute, mais également en tant que personne, de notre contre-

transfert face aux éléments inconscients engagés par le patient. De tels affects ne sont pas sans effets sur le déroulement de la rééducation.

Le danger d'un contre-transfert excessivement positif sur un jeune patient, par exemple, est l'instauration d'un lien trop fusionnel, trop symbiotique. Or ce sont la distanciation, et donc l'individuation du jeune, qui permettent l'accès au langage. Ainsi, comment l'enfant peut-il développer ses facultés langagières sans cet espace, ce recul nécessaire, cette sensation de manque et donc ce désir de retrouver l'autre par le langage ? Il faut susciter un désir, une frustration chez l'enfant, source de plaisir dans l'échange. Une prise de distance du thérapeute lui permet d'être considéré comme partenaire symbolique par l'enfant, condition indispensable au développement du langage.

A l'inverse, une attitude de défi ou des absences répétées (bien souvent significatives) de la part du patient pourraient entraîner un contre-transfert négatif chez le thérapeute. Le risque est alors que les capacités de l'orthophoniste à investir la prise en charge soient entravées.

D'où l'importance de reconnaître en soi les éléments qui font barrage au déploiement d'une relation thérapeutique favorable, et donc à l'évolution de la rééducation.

Transfert et contre-transfert, notions phares de la psychanalyse, ont des répercussions sur toutes les relations humaines. Qu'ils soient positifs ou négatifs, ces phénomènes influent ainsi sur la relation thérapeutique entre patient et orthophoniste. S'il n'est pas de notre ressort de les analyser, il faut néanmoins admettre qu'ils existent et y être vigilant. Car c'est sur le lit du transfert que vont se déposer les demandes de chacun des partenaires de la rééducation, demandes que l'orthophoniste devra entendre afin d'ajuster au mieux sa prise en charge.

LA DEMANDE

L'apparition ou la persistance d'un trouble motivent un patient ou sa famille à consulter un orthophoniste. Ils s'adressent à lui en vertu de ses compétences théoriques et pratiques, afin de remédier à ces difficultés. Au-delà de l'aspect technique de la rééducation, le thérapeute devra également envisager ce trouble comme symptôme porteur de sens, et donc comme mode de communication du patient. La considération de ce dernier en tant que Sujet, et non objet de soins est alors la condition indispensable pour entendre sa véritable demande. Ses attentes, ainsi que celles des différents partenaires de la prise en charge, doivent faire l'objet d'une attention particulière de l'orthophoniste. Cette vigilance lui permettra d'adapter son suivi, et d'évaluer au mieux la pertinence d'un arrêt lorsque cette alternative sera évoquée.

Le Sujet et son symptôme

Du trouble au symptôme

Le langage nécessite, et c'est une priorité, des organes émetteurs et récepteurs en bon état anatomique et fonctionnel. Mais le langage s'inscrit aussi dans la dynamique de l'évolution affective du sujet. Il ne s'agit pas de faire une dissociation entre troubles « organiques » et troubles « affectifs », mais de prendre conscience que nombre de troubles du langage et de la communication relèvent d'une intrication complexe de facteurs lésionnels, fonctionnels, affectifs, socioculturels...

Certains troubles sont d'origine organique, mais peuvent être majorés par des facteurs contextuels et affectifs. L'exemple de la surdité illustre parfaitement cette assertion: à déficience auditive identique, certains enfants ont acquis un langage oral moins élaboré que d'autres. Cette situation peut évoquer de nombreuses causes potentielles: un mutisme des parents suite au diagnostic, un manque de stimulations sonores, une manifestation d'opposition de l'enfant qui se réfugie dans sa bulle...

Nombreuses sont les raisons relevant de l'affectif qui pourraient expliquer ce moindre développement du langage.

A l'inverse, certains troubles organiques ont une origine fonctionnelle, voire affective. On pense notamment aux nodules des cordes vocales, sources de dysphonies, qui apparaissent chez des individus qui contrôlent mal leur voix. Ce trouble révèle un mauvais geste vocal et traduit parfois un mode d'expression particulier du sujet qu'il faut tenter de comprendre afin de le rectifier.

Ainsi, un trouble organique peut avoir une origine psychique, et un trouble organique entraîne souvent de telles perturbations dans l'environnement du patient qu'il prend valeur de symptôme, porteur de sens. Dès lors, le piège est double: donner une interprétation trop hâtivement psychologique au trouble ou à l'inverse lui donner une explication purement organique. D'où l'importance de garder en tête que « l'organique et le psychologique, loin de s'exclure, se complètent. »⁴⁹.

Le symptôme comme mode de communication

Freud a très tôt mis en avant le symptôme comme substitut de représentations refoulées dans l'inconscient et maintenues par des résistances. Il est le déguisement de ces représentations afin qu'elles puissent réinvestir le champ de la conscience en étant acceptables. Le symptôme apparaît alors comme l'effet d'un conflit entre deux forces: le désir inconscient d'une part, le besoin de refoulement d'autre part. Comme le souligne Geneviève Dubois, « Le symptôme est là pour rendre compte du conflit et assurer une solution acceptable ; c'est une sorte de « constat amiable » passé entre désir et loi. »⁵⁰.

Ainsi, le symptôme ne se réduit pas à la maladie. Il peut faire souffrir ou non, et peut même parfois rendre service. Quelle que soit son expression, le symptôme est une

⁴⁹ Estienne F. (2002). « La demande en orthophonie. » Discours de la méthode. Orthomagazine n°41. p.18.

⁵⁰ Dubois G., Kuntz J.P. et coll. (1999) *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*. Masson. p.63.

nécessité pour le sujet, car il atteste de son existence. C'est dans cette perspective que Lacan considère le symptôme comme la nature propre de la réalité humaine.

Dans le cadre d'une prise en charge orthophonique, il est important de reconnaître le symptôme de notre patient comme ayant temporairement un sens pour lui. Ce symptôme revêt la fonction d'un mode de communication à part entière. Il lui permet d'extérioriser une problématique affective intime. Il est donc préférable de s'inscrire dans une démarche de réflexion autour de ce symptôme, de la signification qu'il peut revêtir. S'il n'est pas du ressort de l'orthophoniste de l'analyser, il est indispensable de le respecter, de lui offrir un lieu d'expression où puisse se dénouer le conflit du patient. Néanmoins, il faut être vigilant à ne pas trop investir, fantasmer ce symptôme. Quel qu'il soit, il appartient au sujet, à son affectivité propre et à la dynamique de sa sphère familiale. Si le symptôme a un sens, il n'est pas indispensable d'aller nous-mêmes au cœur de celui-ci pour aider notre patient. Le risque serait, par notre interprétation personnelle, de bloquer ou de dévier l'accès à sa signification. Le symptôme étant sien, le patient peut également y travailler seul.

Le respect du symptôme et l'aménagement d'un espace où il puisse exister sont des démarches indispensables à toute prise en charge, car elles modifient le statut du patient au sein de sa rééducation.

De l'objet au Sujet

La considération de ce symptôme rend au patient sa place de sujet. Encore trop souvent, le patient, notamment enfant, est considéré comme objet: on lui confère des demandes et des désirs implicites qu'il n'éprouve pas forcément.

« Il n'est pas question de nous figer dans des positions qui font de notre patient un objet: objet de soin, objet de rééducation, objet d'évaluation. Le Sujet s'oppose à cela, il demande à être entendu dans son ambivalence, à ce que soit prise en compte la

souffrance qu'elle génère, à ce que soit reconnu un désir inconscient énigmatique qui a conduit à la formation du symptôme à la suite d'un refoulement raté. »⁵¹.

Le respect du thérapeute envers le symptôme du patient permet alors à ce dernier de devenir sujet engagé intimement dans son symptôme et acteur de sa propre demande.

La demande

L'accueil d'une parole

Les troubles qui amènent à la consultation d'un orthophoniste sont nombreux, et les questions d'ordre étiologique sont complexes: facteurs lésionnels, affectifs, socio-culturels, côtoient des facteurs régressifs, dépressifs, des troubles de la communication précoce avec la mère, des tabous familiaux, un bilinguisme...

Le travail de l'orthophoniste a, en principe, une visée normative. Mais chacun d'entre nous a rapidement constaté l'inanité d'un travail d'emblée techniciste avec le patient. Il semble alors indispensable de mettre en valeur l'instrument thérapeutique majeur de toute prise en charge: l'établissement d'une relation authentique. Elle permet de faire de la rééducation, avant toute autre chose, un lieu d'expression. L'espace créé par le thérapeute pour cette relation signifie au patient son statut de sujet porteur de sa propre parole.

Cet aménagement d'un cadre de communication n'est pas simple. Il s'agit pour l'orthophoniste d'être à l'écoute, disponible, d'entendre les souffrances et les silences, d'accueillir les éventuelles agressions, régressions ou séductions et de les contenir. Mais c'est à cette unique condition que le patient éprouvera la volonté de s'exprimer, le

⁵¹ Dubois G., Kuntz J.P. et coll. (1999) *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*. Masson. p.39

plaisir d'échanger, et le désir de maîtriser ce code linguistique arbitraire, contraignant, mais indispensable à toute communication.

Ainsi lui sera-t-il possible d'exprimer à l'orthophoniste sa réelle demande, peut-être normative, mais imprégnée de son vécu, de ses désirs propres.

Les différentes demandes

Après avoir créé un cadre de communication rassurant, l'une des premières tâches de l'orthophoniste est de savoir s'il y a une demande, et de qui elle émane. L'accueil du patient fait souvent émerger une pluralité de demandes: la sienne, celle de sa famille, celle de la société, et enfin la nôtre. Chacune d'entre elles est plus ou moins apparente au premier contact. Elles évolueront toutes au fil de la prise en charge, de l'établissement d'une relation thérapeutique, de l'avancement de la rééducation. Il faudra, d'une part, ne pas perdre de vue ces demandes initiales, et d'autre part savoir ajuster la prise en charge en fonction de leur évolution.

La demande du patient

Selon l'âge et la pathologie du patient, sa demande sera plus ou moins prégnante. Il est d'ailleurs fréquent que le patient n'ait pas de demande propre. M.P. Thibault, orthophoniste et docteur en linguistique, ose même dire que « les patients porteurs de plainte font partie d'une tranche marginale de notre population »⁵². En effet, le patient, pour émettre une plainte, doit être en âge et en capacité motrice et intellectuelle de la verbaliser. C'est bien sûr le cas de certains patients. Mais nombre d'entre eux sont trop jeunes ou trop invalidés par leurs troubles pour exprimer plainte ou demande.

Souvent, l'enfant n'a a priori pas de demande. Généralement, il s'inscrit dans la suite de celle de ses parents ou de l'école. Parfois même, à peine sait-il pourquoi il vient

⁵² Thibault M.P. (2007). « La sortie de rééducation, entre mesure et sentiment. » Entretiens d'Orthophonie 2007. Entretiens de Bichat. Expansion Scientifique. p. 129.

nous voir. L'enfant, qui pourtant est le point central de la rencontre entre ses parents et l'orthophoniste, et dont le symptôme fait la substance des discours, semble alors être l'objet d'un désir qui n'est pas sien.

Chez l'adulte, ces situations d'absence de demande sont également fréquentes. Les patients aphasiques ou atteints de syndromes dégénératifs peuvent être très invalidés par leur pathologie. Ils sont alors souvent incapables d'exprimer eux-mêmes leur souhait d'une amélioration. A l'inverse, d'autres patients présentent une anosognosie qui leur fait ignorer l'existence même de leur pathologie. De ce fait, ils ne sont pas demandeurs de soin.

Dans ces cas d'absence de demande, fréquents mais délicats, l'importance sera d'accorder notre priorité au patient, enfant comme adulte, en lui consacrant un temps et un lieu de parole. Ainsi n'est-il pas considéré comme objet d'un désir exprimé par une tierce personne: la primeur est donnée à sa situation de sujet et à sa parole. Bien sûr, la demande de l'enfant ne peut être d'emblée autonome, et il est indispensable de l'accompagner dans l'appropriation de ce nouveau statut. « La demande de l'enfant doit être respectée, ou au moins entendue et discutée. Ceci nous amènera sur des chemins bien inattendus parfois, mais sera une étape nécessaire à la prise de liberté de l'enfant, liberté qui lui permettra tout un dynamisme personnel à l'égard de son symptôme. »⁵³.

Parallèlement, certains patients sont porteurs d'une demande dès la première rencontre. C'est souvent le cas d'adultes bègues, dysphoniques, d'adolescents souffrant dans leur scolarité de troubles du langage écrit... Pour ces patients, il s'agira d'évaluer l'incidence de ce trouble chez ce sujet singulier. Alors qu'un grand bègue peut se dire peu gêné par ce trouble, un autre dont le bégaiement nous semble plus discret peut se sentir en grande difficulté dans ses relations sociales. A nous alors d'entendre les conséquences fonctionnelles de ce trouble dans la vie du patient, et d'adapter nos moyens techniques au désir de celui-ci. Il s'agit d'adopter une approche la plus

⁵³ Dubois G. (1983). *L'enfant et son thérapeute du langage*. Masson. p.84.

écologique possible. Ainsi, la fin de la rééducation arrivera lorsque la récupération permettra au patient de trouver le confort de vie auquel il aspire.

La demande de l'entourage

Si la priorité est donnée à la parole du sujet, dont le symptôme est au cœur de la rencontre, il ne faut pas négliger la démarche de l'entourage, qu'il s'agisse des parents, du conjoint, ou des enfants du patient. Ils nous consultent pour un symptôme, au nom duquel ils nous demandent d'intervenir. S'établit alors une « relation triangulaire »⁵⁴ entre le thérapeute, le patient et sa famille, au sein de laquelle aucune partie ne doit être lésée. D'où l'importance d'entendre le discours de l'entourage. Sa connaissance accroît ce que le thérapeute sait du patient, de ses difficultés, de son vécu quotidien et affectif. Cette relation triangulaire est la plus prégnante dans les prises en charges d'enfants dont les parents nous confient le trouble. Il est alors indispensable d'écouter la demande des parents, certes bien souvent normative, mais toujours porteuse de beaucoup de sens. Bien que le symptôme apparaisse chez leur enfant, c'est également le leur, car il est le vecteur d'une dynamique familiale particulière. Ainsi, il n'est pas rare que des parents ressentent une blessure narcissique génératrice de souffrance face au symptôme de leur enfant. Souvent, cette blessure résulte d'une pression sociale importante qui marque le jeune et peut l'exclure de la norme.

La demande de la société

S'il est une demande plus normative que les autres, c'est bien celle de la société.

Chez l'adulte, la situation professionnelle influe beaucoup sur la demande du patient. A trouble égal, si cela existe, un individu ancré dans la vie active et un autre, retraité, n'auront probablement pas les mêmes requêtes. En effet, leurs interactions sociales sont majoritairement professionnelles pour l'un, et de l'ordre du privé pour l'autre. Leurs besoins en matière de communication ne sont donc pas identiques, et leurs attentes de cette prise en charge orthophonique peuvent alors diverger.

⁵⁴ Dubois G. (1983). *L'enfant et son thérapeute du langage*. Masson. p.119.

Chez l'enfant, l'école est le principal vecteur de normes imposées par la société, et c'est d'ailleurs souvent sur les conseils de l'enseignant que les enfants consultent un orthophoniste. La sensibilisation du corps enseignant aux troubles qui relèvent d'une prise en charge orthophonique (troubles du langage oral et écrit, troubles logico-mathématiques, troubles de l'attention, déficit auditive...) permet en amont d'orienter de plus en plus tôt l'enfant vers un professionnel de santé. La parole de l'enseignant est importante à entendre. Ce dernier nous informe sur les obstacles auxquels l'enfant fait face à l'école, sur la façon dont il gère ses apprentissages et ses échecs, sur son comportement dans le groupe-classe... Ces renseignements permettent alors de compléter nos observations sur les difficultés, les points forts et les stratégies de notre jeune patient.

Néanmoins, il n'est pas toujours facile pour l'enfant de se voir imposer un code linguistique et moral par l'école. D'où l'importance de lui expliquer la différence entre orthophonie et soutien scolaire, ou aide spécialisée fournie par le RASED. Les séances lui permettront d'améliorer ses compétences scolaires, mais surtout de maîtriser ces codes indispensables dans notre société pour exprimer ses propres besoins, désirs ou frustrations.

La demande du thérapeute

L'orthophoniste lui aussi a une demande propre lorsqu'il rencontre patient et famille.

Il souhaite d'une part accompagner le sujet dans sa réflexion sur son symptôme, l'aider grâce à ses compétences théoriques et pratiques à s'en débarrasser, à retrouver un équilibre personnel et familial au terme de cette rééducation. L'orthophoniste consciencieux espère bien sûr que cette prise en charge sera la plus courte possible, ce qui serait preuve d'une rapide amélioration. Néanmoins, il faut veiller à ne pas être trop pressant et à laisser au patient le temps de cheminer autour de son symptôme et de ses troubles, d'accepter l'aide qu'on lui propose, et de se projeter positivement dans la prise en charge, puis hors de celle-ci.

D'autre part, le thérapeute s'investit dans chacune de ses prises en charge: il consacre du temps au patient et à sa famille, est à l'écoute, prépare les séances... Du fait de cet investissement régulier et prolongé, le succès ou l'échec de la rééducation peuvent influencer sur son estime de soi en tant que professionnel, et parfois même en tant que personne. La réussite de la prise en charge trouve donc un second intérêt, souvent moins conscient, aux yeux de l'orthophoniste: un moyen de réassurance sur ses compétences techniques ou relationnelles. C'est ce que Geneviève Dubois résume en ces termes: « Notre demande à nous, c'est qu'il veuille bien, cet autre, accéder au jeu normal du langage, nous rejoindre, pour nous rassurer sur nous-mêmes. »⁵⁵.

Au centre des préoccupations se trouve donc le patient, sujet à part entière investi dans sa prise en charge. Autour de lui gravitent sa famille, la société (école, institutions, autres professionnels de santé...) et l'orthophoniste. Le rôle de ce dernier est d'écouter, de prendre en compte les demandes élaborées par tous les partenaires, et d'y réfléchir: vraie ou fausse demande ? démarche authentique ou conformiste ? demande explicite ou implicite ? demande réaliste ou utopique ? Il s'agit, comme le dit Lacan, d'interroger « ce que veut dire la demande au-delà de ce qu'elle formule. »⁵⁶.

Etablissement d'un contrat thérapeutique

Dès lors que toutes les demandes ont été formulées, il s'agit de les débrouiller. Cette dynamique demande un travail avec l'ensemble des partenaires de la rééducation: le patient en premier lieu, sa famille, l'institution, l'école, le médecin... On les invite à fournir des informations décrivant le problème afin de prendre des décisions concernant les moyens de le résoudre. Ce discours, que l'on appelle, requiert que le patient puisse s'exprimer, qu'il puisse évoquer son être actuel et son être potentiel. Cela suppose au préalable la création d'un cadre de communication. La demande va pouvoir se préciser au sein de cette relation symétrique entre patient et thérapeute. Alors

⁵⁵ Dubois G. (1983). *L'enfant et son thérapeute du langage*. Masson. p.67.

⁵⁶ Lacan J. (1986). *Le séminaire*. Livre VII, L'éthique de la psychanalyse. Seuil. p.340.

seulement, une demande floue se précisera, une demande lacunaire s'étoffera, une demande utopique deviendra plus réaliste...

Une fois les demandes précisées, il s'agit d'objectiver le trouble, de cerner la pathologie. Pour cela, l'orthophoniste propose un bilan et utilise des épreuves permettant de se référer à des normes fiables. En parallèle, il effectue un examen clinique et observe des facteurs moins normés tels que l'appétence à la communication du patient, ses stratégies pour contourner les difficultés, sa communication non-verbale...

L'énonciation de la demande, la quantification du trouble, la formulation des objectifs que le sujet se fixe et des modalités d'intervention du thérapeute constituent le cadre de la prise en charge orthophonique. La rééducation ne pourra commencer que lorsque ces étapes incontournables auront été franchies. A partir du moment où le patient sait pourquoi il se trouve engagé dans une prise en charge orthophonique, il nous faut déterminer avec lui, et parfois aussi avec son entourage, un cadre de travail et des objectifs réalistes. Le meilleur moyen pour qu'aucun des partenaires ne les perde de vue est l'élaboration d'un contrat thérapeutique. Il s'agit d'un « engagement mutuel à œuvrer ensemble pour obtenir les résultats que l'on s'est fixés. »⁵⁷. Ce contrat doit acter la situation de départ et envisager celle qui sera considérée par l'ensemble des partenaires comme une résolution. Selon le patient et sa pathologie, le terme « résolution » peut recouvrir des situations très variables, du maintien des acquis à la disparition complète du symptôme. Ce contrat porte donc sur un changement à opérer et sur les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. Les objectifs y sont précis et formulés de façon positive. Le contrat n'est pas nécessairement rédigé, il peut être formulé à l'oral. Il peut également stipuler une limite de temps qui comporte un double avantage. D'une part elle sera mobilisatrice d'énergie et évitera la passivité. D'autre part elle posera concrètement et de façon prévisible la question de la fin de la prise en charge. Cet arrêt pourra ainsi être discuté sans surprise de l'une ou l'autre des parties, et l'échéance sera alors maintenue ou prolongée. Qu'une limite de temps soit ou non

⁵⁷ Estienne F. (2002). « La demande en orthophonie ». Discours de la méthode. Orthomagazine n°41. p.22.

fixée, le contrat doit inclure la question de la fin de la prise en charge, afin que l'issue de cette rééducation et les modalités d'arrêt soient présents dans tous les esprits.

Une fois la prise en charge engagée, des bilans intermédiaires permettent au fil de la rééducation d'évaluer son évolution et de recadrer le contrat thérapeutique. M.P. Thibault envisage ces bilans d'évolution selon trois axes:

- « Vérifier sur une échelle normée l'évolution des résultats du patient ;
- Prendre en compte l'évolution de sa plainte et / ou celle de son entourage ;
- Recadrer le contrat, en affinant les buts. »⁵⁸.

Ainsi, on peut considérer le bilan de fin de rééducation idéal comme un bilan d'évolution où ces trois points seront en convergence: la régression ou la disparition du trouble est objectivable ; le patient s'est adapté à son trouble ; les résultats obtenus sont en adéquation avec ceux fixés en début de prise en charge. Il pourra alors être envisagé un arrêt de la rééducation.

Entendre le symptôme, considérer le patient en tant que sujet, écouter les différentes demandes, être attentif à la relation nouée et aux phénomènes de transfert sont des préalables à toute prise en charge orthophonique. Une fois celle-ci engagée, il faudra également établir et adapter un contrat thérapeutique, et évaluer régulièrement l'évolution du patient. Ce cheminement, dès la première rencontre, et tout au long de la rééducation, permettra à l'orthophoniste d'ajuster au mieux sa prise en charge. Ainsi, il lui sera plus aisé de percevoir le moment où une interruption sera pertinente dans le processus rééducatif.

⁵⁸ Thibault M.P. (2007). « La sortie de rééducation, entre mesure et sentiment. » Entretiens d'orthophonie 2007. Entretiens de Bichat. Expansion Scientifique. p. 131.

PARTIE CLINIQUE

METHODOLOGIE DE L'ENQUETE PAR ENTRETIENS

Afin de compléter notre réflexion sur les facteurs influençant la fin de la prise en charge orthophonique, nous avons souhaité confronter nos hypothèses théoriques à des témoignages de thérapeutes. Parmi les diverses méthodes de recherche d'information disponibles en sciences humaines, l'enquête par entretien nous a semblé la plus pertinente pour répondre à notre problématique: « Quels facteurs conditionneraient la réussite d'une fin de prise en charge orthophonique ? ». C'est afin de justifier ce choix que nous allons brièvement en présenter les caractéristiques, avant d'en exposer la préparation et la réalisation dans le cadre de notre recherche.

Pourquoi l'enquête par entretien ?

Parmi les méthodes de recherches d'information existant en sciences humaines, le questionnaire et l'entretien ont tout d'abord retenu notre attention. Ces derniers permettent en effet la production de données verbales, condition indispensable à notre questionnement. Nous souhaitons en effet connaître les réflexions et pratiques des orthophonistes lorsque se pose la question de l'arrêt de la prise en charge.

Nous avons finalement retenu la méthode de l'enquête par entretiens du fait de ses nombreux avantages dans le cadre de notre problématique.

Un fait de parole

« Quand on pose une question, on n'obtient qu'une réponse »⁵⁹. Cette phrase résume le premier intérêt de l'enquête par entretien, par opposition à celle par questionnaire. Plutôt qu'une réponse ponctuelle à une question directive de l'enquêteur, on obtient lors d'entretiens une réponse-discours. Ainsi, l'entretien interroge autant les

⁵⁹ Blanchet A. et Gotman A. (2007). *L'enquête et ses méthodes*. L'entretien. Armand Colin. p.17.

systèmes de représentation que les pratiques de l'interviewé et les mettent en lien. Il dégage alors des idées incarnées par le locuteur plutôt que préconçues.

Le caractère vécu de l'information

« Un entretien est un événement de parole dans lequel une personne A obtient une information d'une personne B, information qui était contenue dans la biographie de B. »⁶⁰ Le terme « biographie » souligne le caractère vécu de l'information recueillie lors d'un entretien. Celui-ci interroge les expériences personnelles, assimilées et subjectivées par l'interviewé qui peut ainsi en tirer des conclusions et nous en faire part.

Une rencontre

L'entretien est avant tout une rencontre, un processus interlocutoire. Il ne se résume pas à un prélèvement d'informations. Ainsi, l'activité d'enquête diffère d'un entretien à l'autre, car les rapports interpersonnels ne sont pas prévisibles par avance. « C'est en effet l'interaction interviewer / interviewé qui va décider du déroulement de l'entretien »⁶¹. Chaque individu se livre différemment, interprète le thème de l'entretien, insiste sur ce qu'il juge capital, rebondit sur nos interventions. C'est en ce sens que l'entretien est rencontre. Il peut être préparé, mais ne peut être codifié ni maîtrisé.

Ainsi, la valeur de l'entretien tient au fait qu'il s'inscrit dans un réseau de significations. Il permet d'explorer tant le ressenti que le vécu de l'interlocuteur, d'obtenir des informations muries par l'interviewé, et ce dans le cadre d'une véritable relation interpersonnelle.

⁶⁰ Blanchet A. et Gotman A. (2007). *L'enquête et ses méthodes*. L'entretien. Armand Colin. p.17.

⁶¹ Blanchet A. et Gotman A. (2007). *L'enquête et ses méthodes*. L'entretien. Armand Colin. p.19.

Préparation de l'enquête

La préparation de l'enquête succède à l'élaboration de la problématique. Dans notre démarche de recherche, nous avons dû définir la population de l'enquête, affiner nos hypothèses théoriques et cliniques et élaborer la trame de nos entretiens.

Population de l'enquête

L'enquête par entretien à usage principal, comme nous l'avons utilisée dans le cadre de notre recherche, présume que ce mode de collecte d'informations soit le principal utilisé. Dans ce contexte, il est essentiel de déterminer précisément les acteurs susceptibles de répondre à nos interrogations.

Taille du corpus

Le corpus nécessaire à la réalisation d'un entretien est de taille plus réduite que celui nécessaire pour une enquête par questionnaire. Cela s'explique par le fait que les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et non pas par leur fréquence d'occurrences. Néanmoins, il s'agit de définir un corpus suffisamment large et diversifié afin d'optimiser nos chances de rencontrer des points de vues variés et originaux autour de notre problématique. Dans le cadre de cette enquête, nous avons rencontré sept orthophonistes. Nous avons clos notre campagne d'entretiens lorsqu'une certaine redondance a été observée dans les réponses.

Population interviewée

Lors du choix des individus interviewés, nous avons souhaité construire un corpus diversifié. Ainsi, nous avons sélectionné les orthophonistes en faisant varier certaines composantes caractéristiques de la population. Cette diversification ne nous permet évidemment pas d'obtenir une représentativité statistique de la population, mais de maximiser les chances d'apparition de réflexions nouvelles, subjectives et originales.

Ainsi, nous avons tenté au mieux de faire varier certains critères de la population des orthophonistes tels que la date d'obtention du diplôme, le lieu de formation initiale, le domaine d'expertise, l'exercice libéral ou salarié...

Ainsi, voici retracés les parcours des sept orthophonistes interviewés.

- Le témoignage n° 1 est celui d'une orthophoniste diplômée en 1998 à l'école de Nantes. Elle a toujours exercé en Institut d'Education Motrice, à l'exception d'une année en Institut d'Education Sensorielle. **(Annexe n°2)**

- Le témoignage n° 2 est celui d'une orthophoniste diplômée en 2001 à l'école de Nantes. Elle a toujours exercé en libéral.

- Le témoignage n° 3 est celui d'une orthophoniste diplômée en 2000 à l'école de Tours. Elle travaille actuellement en libéral et a auparavant exercé en centre de rééducation fonctionnelle. Elle s'est particulièrement formée à la rééducation des troubles logico-mathématiques. **(Annexe n°3)**

- Le témoignage n° 4 est celui d'une orthophoniste diplômée en 1985 à l'école de Paris. Elle exerce aujourd'hui dans un Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile, au sein du pôle déficience physique. Elle a également travaillé en Protection Maternelle et Infantile, en Institut Médico-Educatif, et en libéral. Elle possède un Diplôme Universitaire de neuropsychologie.

- Le témoignage n° 5 est celui d'une orthophoniste diplômée en 2009 à l'école de Nantes. Elle exerce actuellement à mi-temps en libéral, et à mi-temps en IEM.

- Le témoignage n° 6 est celui d'une orthophoniste diplômée en 1972 à l'école de Paris. Elle exerce depuis en libéral.

- Le témoignage n° 7 est celui d'une orthophoniste diplômée en 2010 à l'école de Nantes. Elle travaille depuis en libéral.

Cadre de réalisation des entretiens

Nous avons tout d'abord préféré rencontrer les orthophonistes à des plages horaires libérées dans le cadre de leur activité, ou juste après leur journée de travail. De plus, nous avons choisi d'interviewer les orthophonistes sur leur lieu de travail. Ce afin

qu'ils se situent dans un contexte professionnel et qu'ils créent un lien entre notre recherche et des situations cliniques.

Nous avons bien évidemment averti les orthophonistes qu'un enregistrement audio serait fait de notre entretien, afin de faciliter une retranscription fidèle de leurs propos.

Hypothèses et trame de l'entretien

L'élaboration de la trame de l'entretien est une étape indispensable dans le déroulement de l'enquête. Elle intervient entre la conceptualisation de la recherche et sa mise en œuvre concrète. Il s'agit, à partir de nos hypothèses de recherche, d'organiser les thèmes que l'on souhaite aborder durant les entretiens et les questions adressées à l'interviewé.

A la recherche d'éléments précis de réponses concernant le vaste champ de la fin de la prise en charge orthophonique, nous avons mis en place un entretien structuré, détaillant plusieurs thèmes: les situations complexes auxquels les orthophonistes ont dû faire face et leurs réactions, leurs réflexions concernant les difficultés rencontrées, et leurs éventuels besoins face à cette problématique. Ces thèmes sont le fil conducteur de la trame de l'entretien mais n'ont pas été matérialisés par des sous-titres afin qu'il ne soit pas posée de frontière entre théorie et pratique, entre réflexion et action. **(Annexe n°3).**

Il nous a semblé important, et certains orthophonistes nous l'ont explicitement demandé, de soumettre au préalable cette trame aux interviewés. Cela leur a laissé le temps de se familiariser avec le thème de notre recherche, et de rassembler leurs souvenirs avant de nous les faire partager. Cette anticipation a très certainement favorisé la richesse des témoignages recueillis lors de cette enquête.

En ce sens, nous pouvons considérer nos entretiens comme semi-dirigés: cette trame structure l'interrogation de l'interviewé mais ne dirige pas le discours comme le

ferait un questionnaire. Ainsi, cette trame permet d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et qui puisse répondre aux attentes de la recherche.

Forts de cette préparation théorique et pratique de notre enquête, nous avons pu commencer la réalisation de nos entretiens, puis leur analyse.

Mode d'analyse des entretiens

« L'entretien ne parle pas de lui-même »⁶². Pour renseigner le chercheur sur sa problématique de départ, il doit passer par le filtre de l'analyse. Il faut ainsi effectuer une analyse des discours des différents locuteurs, c'est-à-dire sélectionner et extraire les données susceptibles de confronter nos hypothèses de recherche à des expériences narrées par les orthophonistes.

Dans le cadre de notre enquête, nous avons choisi d'analyser le contenu du discours plutôt que sa forme. C'est en effet le sens que donnent les orthophonistes à leur pratique qui nous intéresse, et non les composantes linguistiques qu'ils utilisent pour en parler. Notre analyse est donc transversale: les unités de découpage du corpus sont les thèmes définis par nos hypothèses théoriques et notre trame d'entretien.

⁶² Blanchet A. et Gotman A. (2007). *L'enquête et ses méthodes*. L'entretien. Armand Colin. p.89.

LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE DU POINT DE VUE DES ORTHOPHONISTES

A l'issue de ces entretiens, nous étions en possession de nombreuses informations concernant les réflexions des orthophonistes autour de la question de la fin de la prise en charge, des difficultés rencontrées, et des solutions mises en œuvre. En nous appuyant sur nos hypothèses cliniques, nous avons mis en exergue les éléments qui nous semblaient les plus significatifs dans les discours des personnes interviewées.

Un réseau de paramètres influant sur la question de la fin de la prise en charge

Une problématique récurrente

Il nous a d'abord paru important de souligner que, pour chacun des orthophonistes rencontrés, ce questionnement sur le bien-fondé de l'arrêt d'une prise en charge est récurrent. Les orthophonistes affirment à ce propos:

« Cette question pose souci pour beaucoup de professionnels. » (témoignage n°1)

« On ne sait pas trop comment on les laisse partir, si c'est le bon moment ou pas. » (témoignage n°7)

« Les décisions de fin de prise en charge, à part quand elles viennent des parents ou qu'elles correspondent à l'arrêt des troubles, sont difficiles à prendre. Parfois lorsque je dis au revoir à un enfant, je me remets en question: Est-ce que j'ai bien fait de le laisser partir dans la nature ? Est-ce qu'il va revenir s'il en a encore besoin ? Est-ce que ce n'est pas trop tôt ? Est-ce que ce n'est pas trop tard ? Très souvent on se dit « Je l'ai fait, il a fallu que je prenne une décision, mais je ne suis pas sûre que ce soit la bonne. » » (témoignage n°3)

L'exercice libéral diffère de l'exercice en institution

Si, pour tous les orthophonistes, la problématique de la fin de la prise en charge revêt une importance particulière, elle n'est pas traitée de façon identique en libéral et en institution. Cette différence a attiré notre attention. Les orthophonistes exerçant en libéral nous ont semblé encore plus prudents lors de ces prises de décision. Leur isolement professionnel en semble la principale raison, mais n'est pas la seule explication.

D'une part, les orthophonistes travaillant au sein d'une structure sont entourés d'une équipe pluridisciplinaire et peuvent donc partager ces interrogations avec leurs collègues. Tous les orthophonistes exerçant en institution trouvent cette pluridisciplinarité très étayante: même si c'est généralement l'orthophoniste qui initie la réflexion autour de la fin de la rééducation d'un patient, cette décision est prise de façon collégiale, en accord avec les autres professionnels. En témoigne une orthophoniste exerçant en SESSAD depuis de nombreuses années: « On ne décide jamais tout seul dans son coin. Ce n'est pas une affaire entre moi, le jeune et ses parents, mais entre le jeune et ses parents d'une part, moi et l'équipe d'autre part. » (témoignage n°4)

En exercice libéral, si l'orthophoniste peut contacter le médecin traitant, l'enseignant, ou les autres paramédicaux qui entourent le patient, ces liens entre professionnels sont encore trop rares. Le thérapeute se trouve ainsi souvent seul pour prendre des décisions de cet ordre.

« La concertation avec le médecin traitant est rare, c'est dommage. Généralement, ils font les ordonnances et c'est tout. » (témoignage n°5)

« Je me rappelle avoir discuté de certains patients avec des médecins, nous croisons nos regards, mais je ne me souviens pas avoir obtenu des éléments de réponses à ce genre de questions. » (témoignage n°2)

« Je participe aux équipes éducatives, d'autant plus que ce genre de réunions est ce qui manque à notre pratique en libéral. » (témoignage n°2)

Il semble néanmoins que ce soit avec les enseignants que les orthophonistes en libéral aient le plus souvent contact. Ce afin de rester informés des progrès scolaires de

l'enfant, des difficultés qui subsistent, de son attitude dans le groupe-classe, de son rapport aux difficultés...

« Je contacte les enseignants au moins deux fois par année scolaire, et plus si besoin. Je me tiens informée des difficultés en classe, de ce qui pose le plus problème. » (témoignage n°3)

D'autre part, il semble plus aisé en institution de proposer au patient une pause ou une interruption de la prise en charge, puisqu'il continue à être suivi par d'autres professionnels. En effet, ces divers intervenants seront à même de prévenir leur collègue orthophoniste s'ils jugent pertinent qu'il revoie le patient. De plus, ce dernier évoluant dans le même établissement que l'orthophoniste, il lui sera plus aisé de reprendre lui-même contact avec son thérapeute s'il en ressent le besoin: « La séparation est moins nette. On se croise dans les couloirs. Pour se recontacter il n'y a même pas besoin de prendre le téléphone, de fixer un rendez-vous. » (témoignage n°1).

A l'inverse, il est fréquent en libéral que le patient ne reprenne pas contact avec l'orthophoniste après l'aménagement d'une « fenêtre thérapeutique »⁶³. Cette décision revient pleinement au patient et peut difficilement être contestée par l'orthophoniste. Elle peut néanmoins être discutée. Ces situations récurrentes expliquent peut-être la plus grande frilosité des orthophonistes en libéral à aménager une pause ou à proposer un arrêt précoce de la rééducation. Sans doute se demandent-ils si le patient les recontactera si le besoin s'en fait sentir.

Autre facteur pouvant expliquer les différences de pratique entre institution et libéral: le rapport au temps. En institution, le patient évolue généralement plusieurs années consécutives dans le même établissement. Cela permet d'envisager une prise en charge sur le long terme, et d'aménager plus sereinement des interruptions. Une orthophoniste récemment installée au sein d'un IEM souligne cette particularité: « La notion de temps est complètement différente en institution. C'est ce qui m'a marquée le plus en arrivant ici. Déjà, en temps de rééducation, puisque les séances sont plus longues. Et puis les jeunes restent plusieurs années (...). Donc on se dit qu'on a du temps. On n'envisage pas du tout les choses comme en libéral où on se dit qu'il faut

⁶³ Thibault M.P. (2007). « La sortie de rééducation, entre mesure et sentiment ». Entretiens d'Orthophonie 2007. Entretiens de Bichat. Expansion Scientifique. p. 134.

travailler maintenant. On peut faire des pauses, on peut envisager les choses différemment. » (témoignage n°5)

Enfin, dans certaines structures, c'est l'âge du patient qui conditionne l'interruption de la prise en charge. C'est notamment le cas des CAMSP (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce) qui prennent en charge les enfants souffrant de troubles sensoriels, moteurs ou intellectuels de la naissance à leurs six ans. Ainsi, la prise en charge orthophonique s'arrête souvent de fait lorsque l'enfant atteint la limite d'âge pour être accueilli dans cette institution. Bien sûr, cette interruption n'est pas forcément synonyme d'arrêt de la prise en charge orthophonique. Souvent, le relais est assuré par un autre professionnel, dans une autre structure ou en libéral. Néanmoins, il s'agit de la fin de la prise en charge avec cet orthophoniste, donc le point d'arrêt d'une relation nouée durant toute la durée de la rééducation.

Les particularités de ces deux types d'exercices, libéral et institutionnel, loin d'être anecdotiques, conditionnent la pratique des orthophonistes. De ce fait ils envisagent la fin d'une prise en charge de façon différente, tant d'un point de vue technique que relationnel.

Toutes les pathologies sont concernées

La question de la pertinence de l'interruption des séances se pose un jour ou l'autre pour chaque patient, pour chaque rééducation. Néanmoins, avant ces entretiens, nous avons en tête un certain nombre de troubles qui semblait poser question plus que les autres. Nous pensions notamment aux pathologies dégénératives. Ces dernières ont effectivement été évoquées à plusieurs reprises par notre panel d'orthophonistes.

« Pour toutes les maladies dégénératives, je pense que c'est à toutes notre grand souci. Le cas des aphasies qui semblent stabilisées également. Je vois par exemple une dame aphasique depuis très longtemps, mais je ne sais pas si je peux encore lui apporter quelque chose. Je poursuis la rééducation à domicile à des fins communicationnelles. Ma collègue et moi sommes un peu à court de propositions, mais la patiente semble tenir beaucoup à cette prise en charge, elle est très isolée. On ne voit

pas comment y mettre un terme ni comment lui expliquer. Pour ces pathologies-là, oui nous nous posons des questions. » (témoignage n°2)

« Je trouve que le plus difficile, c'est le cas des jeunes myopathes. Souvent, ils progressent pendant un certain temps, puis cela s'arrête, et leur état physique se dégrade. Ils s'accrochent souvent à la vie par autre chose que le fait de courir par exemple. Alors, souvent, l'écrit et tout ce qui est intellectuel va être très investi. J'éprouve du mal à arrêter avec ces jeunes-là car cela revient à dire « on laisse tomber, c'est fini ». Cela renvoie à la mort et j'ai donc beaucoup plus de mal à arrêter. Et je vois bien que je ne suis pas la seule dans ce cas. C'est quelque chose qui se discute entre professionnels, mais ce type de handicap reste celui qui me pose le plus de soucis. » (témoignage n°1)

Néanmoins, nous avons été surprises de la diversité des réponses lorsque nous abordions les pathologies et situations qui posaient le plus de difficultés aux orthophonistes rencontrés. Alors que nous nous attendions à des réponses presque unanimes, il s'avère qu'un vaste champ de troubles et de circonstances ont été évoqués, ce qui confirme l'ampleur de cette problématique:

« Je dirais que je me pose le plus de questions avec des enfants, principalement pour des soucis de régularité des séances. Mais cela m'est arrivé aussi avec des adultes qui avaient des maladies dégénératives. Il y a un moment où je me suis demandé « qu'est-ce que je peux lui apporter ? ». C'était vraiment dans les cas où je voyais que le patient ne désirait plus ou était lassé de venir. Je me suis également questionnée pour quelques cas d'aphasies avec des patients très âgés, pour lesquels l'aphasie datait de plusieurs années et pour lesquels on arrivait à un plafond depuis déjà longtemps. » (témoignage n°3) »

« En exercice libéral, je me souviens que les patients qui appréhendent le plus la fin de la prise en charge sont ceux qui viennent pour de la voix ou un bégaiement. Lors des rééducations d'aphonie ou de dysphonie, qui pourraient être relativement courtes, les patients ont souvent peur que leur trouble revienne dès l'arrêt. Ils demandent souvent « est-ce que je pourrai revenir ? ». On sent bien qu'ils ont peur d'être lâchés.

Les parents des enfants qui bégaièrent aussi ont peur, même si le patient gère bien son bégaiement, qu'il revienne dès qu'on s'éloigne un peu. Ce sont pour moi les fins de rééducation les plus difficiles. » (témoignage n°4)

« Toutes les pathologies longues, notamment les dyslexies dysorthographies. Là c'est sans fin puisque il y a toujours un problème d'orthographe. (...) En grammaire, par exemple, on pourrait travailler des années et des années. (...) C'est pareil pour l'orthographe lexicale, quand un enfant a du mal à enregistrer l'orthographe des mots nouveaux. C'est difficile. » (témoignage n°5)

« Ce qui est difficile, ce sont les rééducations qui ne marchent pas. Des petits que l'on voit pour l'articulation mais qui ne sont pas prêts. Dans ce cas-là, il faut faire entendre aux parents que l'enfant n'est pas prêt et qu'il faudra revoir ça plus tard. Ce n'est pas facile à entendre. Je pense aux rééducations plus techniques (...). Pour la déglutition, l'articulation, on est un peu seul face à sa technique. Si ça ne fonctionne pas, que l'enfant ne fait pas ses exercices à la maison, il n'y a pas de magie. » (témoignage n° 5)

Ainsi, tous types de rééducations sont susceptibles de soumettre l'orthophoniste à ces questionnements à la fois techniques, relationnels et éthiques: dois-je poursuivre cette rééducation ? Puis-je encore apporter quelque chose à ce patient ? Est-il prêt à cheminer seul ? Chaque patient, chaque situation est unique. La réflexion du thérapeute doit sans cesse se renouveler et s'y adapter. C'est ce qu'évoquent chacun des orthophonistes rencontrés:

« En réalité, c'est du cas par cas. » (témoignage n°6)

« Cette décision est subjective et adaptée à chaque patient. » (témoignage n°7)

Ce que ces témoignages indiquent surtout, c'est que les difficultés rencontrées par les orthophonistes lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge ne relèvent pas uniquement de la pathologie ou de la relation nouée avec le patient. Les orthophonistes évoquent également leur propre essoufflement, l'inquiétude du patient

ou de ses parents, le manque d'assiduité aux séances, l'absence d'implication de la famille, l'immaturité du jeune patient... Soit une multitude de facteurs qui conditionnent la poursuite ou l'arrêt de la prise en charge. C'est ce réseau de paramètres intriqués qu'il nous semble intéressant d'évoquer, afin de comprendre comment ils s'articulent, et de faire en sorte qu'ils concourent à une fin de prise en charge harmonieuse.

Une réflexion conjointe entre les différents partenaires de la prise en charge

Afin de définir ces paramètres influant sur la décision de mettre fin ou non à une rééducation, nous nous placerons désormais dans la situation où l'un des partenaires de la prise en charge évoque la possibilité d'un arrêt. Ce seront les dires de cet interlocuteur qui feront germer dans l'esprit des autres partenaires l'idée d'une possible interruption. A partir de là, une réflexion commune pourra être amorcée afin de juger du bien-fondé de cette proposition.

Il nous semble important de préciser que nous aborderons uniquement les circonstances où est posée, plus ou moins explicitement, la question de la fin de la prise en charge. Ainsi, nous n'évoquerons pas les situations où la rééducation s'arrête de fait, suite au déménagement ou au décès du patient, ou bien lorsque celui-ci cesse de venir sans avertir l'orthophoniste. Si cette dernière situation peut soumettre le thérapeute à un questionnement autour des motivations du patient à prendre cette décision, elle n'entre pas dans le cadre d'une réflexion conjointe entre les différents partenaires.

Nous allons donc évoquer ici plusieurs situations où la question de l'arrêt du suivi est posée par l'un des partenaires. Cet inventaire de situations ne sera pas une liste exhaustive des circonstances de fin de prise en charge pouvant être rencontrées. Il s'agira d'une réflexion autour de certaines situations décrites par les orthophonistes comme ayant soulevé chez eux des questionnements.

C'est d'ailleurs en fonction de la personne dont émane cette proposition d'interruption que nous organiserons notre réflexion. Ainsi, nous aborderons d'une part

les situations où l'un des partenaires de la relation duelle (le patient lui-même et l'orthophoniste) évoque un possible arrêt du suivi. D'autre part, nous évoquerons les situations où c'est une intervention extérieure à ces deux partenaires qui suggère une interruption. Il pourra s'agir de la famille du patient, ou d'un représentant de la société tel qu'un médecin, un enseignant, ou une institution.

Ainsi, tout comme le fait d'émettre un diagnostic impose la confrontation d'un faisceau d'hypothèses, c'est ici un faisceau de paramètres qui devra être interrogé avant toute prise de décision.

Un partenaire de la relation duelle

Le patient

Afin que le patient soit acteur de sa rééducation, une importance première doit être donnée à l'écoute de sa parole. Les axes de prise en charge doivent être fixés en fonction de sa demande, de ses besoins, et peuvent être réajustés tout au long du suivi. Ainsi, il sera capital d'entendre son désir de modifier ou d'interrompre la rééducation, et ce quelle qu'en soit la raison. Il semble en effet inenvisageable de poursuivre un suivi sans l'adhésion du patient aux principes de la rééducation.

Le premier facteur de demande d'interruption de la prise en charge par le patient est sa lassitude. Cette dernière peut intervenir dans tout type de rééducation, bien que certaines semblent plus mobilisatrices que d'autres. C'est notamment le cas des rééducations logico-mathématiques, au sein desquelles le patient est très actif puisqu'il crée et manipule énormément. Malgré les particularités de chaque prise en charge, il arrive régulièrement que le patient laisse paraître certains signes de lassitude. Une orthophoniste évoque le cas d'une jeune fille dyslexique-dysorthographique lassée des séances hebdomadaires: « Je pense aussi à une petite de sixième qui est très dyslexique. Elle est suivie en orthophonie depuis son CE1. Là, elle en a vraiment assez, elle me dit qu'elle ne veut plus faire cela en plus, qu'elle est fatiguée. Elle sait très bien qu'elle en aurait encore besoin, elle est très mûre. Mais elle souhaite arrêter.» (témoignage n°7). Souvent, cet ennui apparaît lors de prises en charges longues. Il est

parfois exprimé clairement par le patient, tel que l'a fait cette jeune fille. Mais cela n'est pas toujours le cas. Parfois, l'orthophoniste comprend qu'il y a lassitude par le biais de questions (« Il reste combien de séances ? »), de remarques (« en ce moment, il traîne un peu quand il faut venir vous voir »), ou d'actes manqués tels que des oublis récurrents de séances. Ces comportements, s'ils ne sont pas des demandes explicites, sont assez lisibles pour interpeller le thérapeute, comme le souligne l'une des orthophonistes rencontrées: « C'est assez révélateur, des gens qui ne viennent pas. Je ne parle pas des gens qui oublient occasionnellement, cela arrive. Mais les gens qui ne viennent pas, c'est que quelque part ils n'y croient pas, ou que cela ne leur est pas utile. C'est très révélateur. » (témoignage n°5).

Quelle que soit la façon dont la lassitude du patient se fait ressentir, il est important de la verbaliser. On pourra alors rappeler les objectifs de la prise en charge, faire le point sur les progrès effectués, et évoquer le chemin à parcourir avant d'atteindre ces objectifs. En effet, ce découragement apparaît souvent lorsque le patient a perdu de vue les visées de la rééducation. Cette mise au point suffit parfois à remotiver le patient. Lorsque ce n'est pas le cas, l'orthophoniste doit envisager d'autres réponses. Il peut s'agir de modifier les moyens mis en œuvre lors des séances, d'adapter les activités aux centres d'intérêt du patient. Il s'établit alors un contrat moral: le patient s'engage à poursuivre son suivi de façon active et assidue, et en contrepartie l'orthophoniste remet en question sa pratique pour mieux répondre à ses attentes. Dans les cas où le patient ne parvient vraiment plus à s'investir dans sa prise en charge, il semble pertinent d'aménager une fenêtre thérapeutique. Cette pause pendant laquelle il chemine seul peut permettre au patient, à son retour, de ne plus subir passivement les activités qui lui sont proposées, mais de participer activement à une rééducation à laquelle il adhère mieux. Afin de marquer le caractère temporaire de cette fenêtre thérapeutique, il est important de lui fixer une limite dans le temps. Il arrive qu'à l'issue de cette pause le patient ne recontacte pas l'orthophoniste. Dans ces circonstances, on peut supposer que le patient et sa famille n'éprouvent pas le besoin de reprendre la prise en charge et qu'ils cheminent seuls de façon sereine. Si un rendez-vous a été préalablement fixé et qu'il est manqué par le patient, cette absence représente l'occasion pour l'orthophoniste de le recontacter afin de prendre connaissance de son désir de poursuivre ou non. Si aucun rendez-vous n'a été fixé, cette prise de contact

peut sembler intrusive. Comme le souligne une orthophoniste en évoquant le cas d'une jeune patiente pour laquelle une pause a été aménagée, notre rôle est de répondre à une demande de soin, et non de la susciter: « Je devais revoir la petite en janvier, mais la maman n'a pas repris contact. J'attends que la famille le fasse, car je me dis que s'ils ne l'ont pas encore fait c'est qu'ils ont leurs raisons. Je trouve que c'est au patient ou aux parents de faire la démarche de demander du soin. Et pas le contraire. Donc je ne rappelle pas. » (témoignage n°5).

Il arrive également que le patient ressente une fatigue importante liée à la pluralité des prises en charge suivies. De nombreuses interventions peuvent en effet coexister: orthophonie, kinésithérapie, orthoptie, psychomotricité, ergothérapie, suivi psychologique... Lorsque le patient se sent surmené, il est important d'envisager ces multiples prises en charge en fonction de leur priorité. Selon le projet thérapeutique, il n'est pas forcément essentiel que toutes coïncident. Il s'agit alors d'évoquer ces priorités avec le patient et les différents professionnels, afin de trouver un compromis permettant d'alléger le suivi. L'exemple de Théo, scolarisé en CE2, illustre très bien ce type de situation: il est suivi en orthophonie pour des troubles de la lecture (extrême lenteur, fatigabilité et troubles de la compréhension). Il est également pris en charge en orthoptie pour des troubles des saccades oculaires, et en psychomotricité pour des difficultés de repérage dans l'espace et le temps. Ces deux suivis ont été mis en place sur les conseils de l'orthophoniste et s'ajoutent aux journées de classe et aux activités périscolaires du jeune garçon. A bout de quelques semaines, il se plaint de passer son mercredi à travailler, alors qu'il pourrait jouer avec ses amis. Après avoir évoqué cette remarque avec la maman et les autres professionnels, l'orthophoniste propose à Théo de faire une pause et de reprendre cette prise en charge une fois que le suivi orthoptique serait terminé. Actuellement, ses difficultés d'ordre visuel rendent la lecture très coûteuse, et ses troubles de repérage spatio-temporel mettent en péril la compréhension. L'orthophonie ne représente donc pas une priorité, mais le suivi sera repris dès que des progrès auront été constatés par l'orthoptiste et le psychomotricien. L'exemple de ce garçon illustre la priorité qu'il faut donner à certaines prises en charge lorsque le patient se plaint de la lourdeur de son suivi. L'aménagement d'une pause peut permettre de retrouver le patient fort d'autres expériences et plus disponible pour sa rééducation. Lorsque l'une des prises en charge considérées comme prioritaires

cessera, diminuera en fréquence ou deviendra secondaire, il sera temps de reprendre les suivis provisoirement mis de côté. Cette interruption ne sera donc que temporaire et permettra au patient de reprendre haleine. Bien sûr, il ne s'agit pas d'abandonner systématiquement l'orthophonie, qui trouve parfois un intérêt premier dans le projet du patient, mais d'adapter la prise en charge aux besoins et à la demande de celui-ci.

L'orthophoniste

Il arrive fréquemment que ce soit l'orthophoniste qui initie la réflexion autour de l'arrêt de la prise en charge. Cette discussion est facile à amorcer lorsque les partenaires de la rééducation constatent une évolution sensible des scores lors du bilan de renouvellement et des progrès flagrants en dehors du cabinet. Tous les partenaires sont alors d'accords pour mettre un terme à la prise en charge, puisque le patient possède désormais toutes les connaissances et compétences pour évoluer seul. Mais en dehors de ces situations idéales de fin de prise en charge, nombreuses peuvent être les raisons pour le thérapeute de proposer une interruption de suivi. Ses arguments peuvent être d'ordre technique, situationnel ou relationnel, et auront été préalablement réfléchis avant d'être énoncés à la famille, afin de se positionner dans l'intérêt du patient.

La limite des compétences techniques de l'orthophoniste l'incite parfois à suggérer l'interruption d'une prise en charge. Au-delà de sa formation initiale, ce sont les patients rencontrés, les situations vécues et les formations suivies qui lui permettent de perfectionner son savoir-faire et son savoir-être. Malgré ces expériences, il peut lui arriver de se sentir encore novice ou insuffisamment compétent face au trouble d'un patient. Conscient de ses limites, il peut alors proposer au patient et à sa famille de consulter un autre orthophoniste plus compétent dans ce domaine. Une orthophoniste exerçant en libéral évoque ces circonstances de fin de prise en charge précoce: « Il m'est déjà arrivé de commencer des prises en charges, notamment de bégaiement, et de ne pas me sentir assez compétente. J'ai donc adressé les patients à une orthophoniste mieux formée que moi dans ce domaine. (...) Dans ces cas-là, on prend contact avec l'orthophoniste que va prendre le relais. » (témoignage n°2) Si cette prise de contact avec le nouvel orthophoniste peut sembler évidente, elle est capitale lorsque

c'est le thérapeute qui propose ce changement. Il s'agit en effet de montrer au patient, par des actes, qu'on ne l'abandonne pas et qu'on se soucie de son devenir.

Dans d'autres circonstances, le thérapeute peut se sentir essoufflé face à une prise en charge, notamment lorsqu'elle perdure. Les orthophonistes rencontrés citent notamment les rééducations longues de patients aphasiques, ou bien dyslexiques-dysorthographiques. A l'inverse de prises en charge plus techniques telles que celles de troubles d'articulation ou de déglutitions atypiques, les objectifs y sont larges, et les progrès moins tangibles. Ce type de rééducation « est sans fin puisqu'il y a toujours des difficultés résiduelles » (témoignage n°5). D'où l'importance de fixer dès le départ des objectifs précis et réalistes, afin de savoir à quel moment se poser la question de l'arrêt. Ainsi, au lieu de se donner comme objectif d'améliorer l'orthographe grammaticale, ce qui effectivement peut être sans fin, nous pourrions préciser nos buts: repérer le sujet et le verbe, accorder le nom et l'adjectif... Malgré tout, il arrive que la prise en charge perdure et que l'orthophoniste sente ses ressources s'amenuiser. Il peut alors être judicieux de proposer au patient de rencontrer un autre orthophoniste. Ce changement permettrait en effet donner une dynamique nouvelle à sa prise en charge. Une fois encore, il s'agit d'expliquer au patient les raisons qui motivent cette proposition, afin qu'il ne la ressente pas comme un abandon ou une trahison.

Au-delà de l'aspect technique des séances, il arrive que l'orthophoniste se sente en difficulté face au manque d'investissement du patient et de sa famille, ou à leur manque d'adhérence aux principes de la rééducation. Ces situations ont très souvent été évoquées par les orthophonistes rencontrés. Lorsque la prise en charge se déroule en pointillés car le patient n'est pas assidu, ou qu'il ne s'investit pas à la maison en faisant les exercices proposés, l'évolution positive du trouble est compromise. Comme le souligne une orthophoniste, « Si la famille ne s'investit pas, que l'enfant ne fait pas ses exercices à la maison, il n'y a pas de magie. » (témoignage n°5). Il est alors important de chercher ce qui se cache derrière ce manque d'investissement. Peut-être le patient manque-t-il encore de maturité ; peut-être la famille ne comprend-elle pas l'intérêt de la prise en charge ; peut-être est-ce une façon d'exprimer sa lassitude face au manque de progrès ou aux contraintes qu'engendrent cette rééducation ; peut-être l'orthophoniste n'a-t-il pas suffisamment insisté sur l'importance de l'investissement

familial. Nombre de raisons peuvent expliquer ce manque d'engagement. Il s'agit alors d'évoquer avec le patient et sa famille les difficultés auxquelles se heurte la rééducation, d'entendre leurs plaintes ou leurs demandes. Néanmoins, si l'orthophoniste ne constate pas de changement, il arrive qu'il propose une interruption de la prise en charge. Cette pause pourra permettre au jeune patient de gagner en maturité, ou à la famille de cheminer un peu seule et de mûrir l'intérêt de ce suivi.

L'aspect relationnel d'une prise en charge conditionne également son bon déroulement. L'orthophoniste, lorsqu'il rencontre patient et famille pour la première fois, n'est pas une page vierge. Du fait de son vécu personnel et professionnel, le symptôme du patient peut le renvoyer à sa propre histoire, ou à de précédentes expériences de prises en charge. Comme dans toute relation interpersonnelle, il peut se sentir plus ou moins à l'aise avec le patient et sa famille, et projeter sur ces relations des résurgences de son vécu passé. Les orthophonistes rencontrés sont conscients de l'existence de phénomènes de transfert et de contre-transfert au cœur des séances. Ils savent qu'inéluctablement des affects, des éléments inconscients interviennent au sein de la relation thérapeutique et ont un impact sur la rééducation. Ainsi, ils l'expriment tous plus ou moins explicitement lorsqu'est abordée la question de la relation: «On sent bien qu'il y a des jeunes qui font un transfert très fort par rapport à nous. Il faut essayer de garder une juste distance. Si quelque chose se crée, c'est important de le recevoir et d'en faire quelque chose. » (témoignage n°1). Si dans certains cas ces phénomènes de transfert sont profitables à la rééducation, il est des situations où l'inverse se produit. L'une des orthophonistes (témoignage n°7) évoque le cas d'une jeune fille avec laquelle elle a vécu un contre-transfert négatif lors d'un remplacement. Cette enfant de sept ans semblait vouloir attirer l'attention de son orthophoniste: elle lui faisait des dessins, suçait son pouce, boudait, l'appelait « Princesse »... Effectivement, ce comportement immature ne laissait pas la thérapeute indifférente. Elle dit d'ailleurs au sujet de cette jeune patiente: « Il y a des petites filles qui sont très princesses mais qui sont mignonnes, mais elle faisait le bébé avec moi et je ne savais pas vraiment comment le gérer. Je ne sais pas à quoi cela me renvoyait, mais elle m'agaçait. ». Cette situation n'a pas perduré, puisqu'il s'agissait pour l'orthophoniste d'un contrat de remplacement. Ce type de relation peut nuire au bon déroulement de la prise en charge: le thérapeute est humain avant d'être un professionnel de santé, et il semble parfois difficile de concilier

certain affectifs (positifs ou négatifs) et un investissement adapté dans la rééducation. Ainsi, cette orthophoniste affirme « Si je n'avais pas été en remplacement, je pense que j'aurais proposé aux parents de changer d'orthophoniste, en leur expliquant qu'au niveau de la relation une autre orthophoniste aurait apporté plus à leur fille que moi. Je trouve cela plus honnête de le dire. ». Cet aspect relationnel, transférentiel, peut donc être une raison pour l'orthophoniste de proposer au patient de consulter un confrère. Une orthophoniste souligne à ce sujet l'intérêt de l'exercice en institution: « L'avantage, c'est que nous sommes plusieurs orthophonistes, et qu'on peut se passer le relais si la relation prend des proportions difficiles à gérer. » (témoignage n°1) Quel que soit le type d'exercice, il est avant tout question pour le thérapeute de se demander si cette relation et les phénomènes transférentiels qui en résultent portent préjudice à son investissement personnel et professionnel, et donc à la rééducation.

Il arrive parfois que l'orthophoniste propose d'interrompre une prise en charge, pensant que le patient est prêt à cheminer seul, et se heurte à une résistance plus ou moins explicite de la part du patient. Le moment où le patient semble avoir toutes les clefs en main pour poursuivre ses progrès de façon autonome et l'instant où il se sent prêt à voler de ses propres ailes ne coïncident pas toujours. Une orthophoniste témoigne à ce sujet d'une situation déroutante vécue lorsqu'elle a mis fin à la rééducation d'un petit garçon suivi pour des confusions auditives: « Assez rapidement, on ne relevait plus dans ses écrits de substitutions, à part quelquefois quand il était fatigué. J'ai proposé une fin de prise en charge en accord avec l'enseignant, la famille. L'enfant avait très bien compris ce pourquoi il venait, et il avait très bien compris que parce qu'il avait fait beaucoup de progrès, on allait s'arrêter. Mais il aimait beaucoup venir ici. Je me souviens que la maman était revenue me voir pour me dire que c'était vraiment la catastrophe, que presque toutes les confusions de sons étaient revenues. En fait elles n'étaient pas revenues, mais l'enfant se souvenait très bien que le [k] et le [g], le [p] et le [b] allaient ensemble, et il s'est volontairement remis à faire des confusions, sur une courte période. D'ailleurs c'était mignon, car ce n'était pas toujours cohérent, mais on sentait qu'il y avait vraiment une démarche de sa part. Alors on s'est revus, on en a parlé avec la maman, l'enfant, et tout est rentré dans l'ordre assez rapidement. On lui a laissé un peu plus de temps. » (témoignage n°2). Comme le souligne cette orthophoniste, il est important de laisser cheminer ce patient qui

appréhende la fin du suivi. Peut-être craint-il de ne plus réussir quand il sera livré à lui-même ; peut-être se sent-il encore en décalage par rapport au niveau de sa classe, peut-être regrette-t-il ces séances car elles étaient des moments qui n'appartenaient qu'à lui... Quelle que soit la raison de cette inquiétude, il s'agit de rassurer le patient sur ses compétences et ses capacités à voler de ses propres ailes. Au lieu d'interrompre le suivi de façon nette, il est parfois judicieux d'espacer les séances afin de faire le point régulièrement sur son évolution, de le soutenir dans sa quête d'autonomie. Enfin, au moment de mettre fin à la prise en charge, il est essentiel de laisser une porte ouverte au patient. Il faut lui préciser que s'il ressent le besoin de reprendre ce suivi, nous serons disponibles pour l'accueillir. Cet engagement de notre part représente pour le patient un filet de sécurité dans son processus d'autonomisation.

De plus, lorsque l'orthophoniste évoque l'arrêt du suivi, il achoppe parfois sur les craintes de la famille. La présence de l'orthophoniste, même à raison d'une demi-heure par semaine, rassure les parents ou le conjoint qui savent qu'un professionnel encadre les difficultés de leur proche. A l'annonce de l'arrêt, la perspective d'épauler seul le patient peut être génératrice d'angoisse. En témoigne une orthophoniste qui aborde le cas d'une mère anxieuse à l'idée de cheminer seule avec son fils: « Parfois, ce sont les parents qui ne se sentent pas prêts à arrêter. Cela m'est arrivé il y a peu de temps avec un petit garçon en difficulté pour l'acquisition du langage écrit. Petit à petit, il est bien entré dans la lecture, et j'ai proposé à la maman d'interrompre les séances. Elle m'a répondu « Oulala, c'est que je ne suis pas prête ! ». J'ai trouvé cette formule très mignonne, elle me l'a dit avec un grand sourire, très consciente de ce qu'elle était en train de dire. L'enfant était d'accord pour arrêter, et la maman était d'accord pour dire que les progrès avaient été faits. (...) Mais la maman n'était pas prête. Finalement, on a quand même décidé d'arrêter, car à partir du moment où j'ai dit cela, la perspective d'arrêter a cheminé dans l'esprit de la maman. On en a reparlé régulièrement et on a dû arrêter en 4 ou 6 séances, le temps de mener à terme ce qu'on avait entrepris et que la maman s'y prépare. » (témoignage n°2). Dans ces circonstances où c'est la famille qui n'est pas prête à interrompre le suivi commence également un travail d'accompagnement. L'orthophoniste doit rassurer les proches, comme il le ferait pour le patient. Il est question de mettre en avant les progrès effectués par leur proche et la

meilleure connaissance qu'ils ont de son trouble. Encore une fois, il s'agit de laisser une porte ouverte si des doutes surviennent autour des difficultés du patient.

Enfin, c'est parfois l'évolution des troubles qui amène l'orthophoniste à aborder un possible arrêt de la prise en charge. C'est notamment le cas lorsque le patient souffre d'une pathologie dégénérative. La particularité de ces rééducations est qu'elles ne visent pas une amélioration mais un maintien des compétences, notamment communicationnelles, du patient. Qu'il s'agisse de la prise en charge d'un jeune myopathe ou d'un patient adulte souffrant de la maladie d'Alzheimer, l'orthophoniste se retrouve souvent confronté aux limites de sa pratique. Certains thérapeutes prônent un accompagnement du patient et de sa famille jusqu'en fin de vie dans le but de maintenir une communication, parfois non-verbale, et de soutenir les aidants qui voient leur proche décliner. D'autres n'envisagent pas un tel accompagnement, pour des raisons pratiques ou plus personnelles, voire émotionnelles. Un arrêt de prise en charge peut alors être envisagé lorsque l'orthophoniste ne se sent plus capable d'accompagner le patient ou souhaite passer le relais à un autre professionnel de santé. Deux questions très délicates se posent alors. D'une part, à quel moment proposer cet arrêt ? Une orthophoniste exerçant au sein d'un IEM (témoignage n°1) exprime que cet arrêt renvoie le patient comme le professionnel à la notion de mort, à un renoncement face à la progression de la maladie. Dans ces circonstances, existe-t-il un moment approprié pour clore cette prise en charge sans avoir le sentiment d'abandonner le patient et sans que celui-ci soit sans cesse renvoyé à sa propre mort ? D'autre part, cet arrêt de rééducation pourrait être facilité si le relais était passé à un autre thérapeute. Malheureusement, rares sont les orthophonistes spécialisés dans l'accompagnement en fin de vie ou exerçant en unités de soins palliatifs. Ainsi, chaque professionnel suit ses convictions éthiques sur l'accompagnement de ces patients, mais nombre d'entre eux émettent des doutes quant à la pertinence de poursuivre certaines rééducations. La fin de prise en charge des patients souffrant de pathologies dégénérative reste ainsi une question délicate pour les orthophonistes, génératrice de nombreux doutes et parfois de souffrance.

Un partenaire extérieur

La famille

Autour du patient gravite son entourage: ses parents, son conjoint, ou parfois ses enfants. Ces derniers sont partie prenante de la prise en charge: ils accompagnent le patient, le soutiennent dans ses progrès, travaillent avec lui à la maison... Au regard de cette position primordiale, leur demande doit être prise en compte, leurs difficultés entendues et leurs questionnements éclaircis.

En libéral notamment, les séances, parfois pluri-hebdomadaires, peuvent représenter une contrainte d'organisation pour le patient et sa famille. C'est surtout le cas des jeunes patients, puisque leurs parents doivent aménager leur emploi du temps en fonction des séances. Ces contraintes de conduite sont parfois une cause d'abandon de la prise en charge par la famille. Une orthophoniste exerçant en libéral témoigne d'un échec de prise en charge dû à ces difficultés d'organisation: « Daphné avait un gros retard de parole-langage. Quand elle est arrivée en fin de petite section, c'était difficile de la comprendre. L'enseignante était assez paniquée car elle ne voyait jamais les parents, car ils travaillaient beaucoup, donc périscolaire le matin, périscolaire le soir. La séance était de 18h45 à 19h15, pour une si petite c'était limite. Et en fait, après plusieurs séances, les parents m'ont dit qu'ils ne pouvaient plus venir, car dans leur emploi du temps ce n'était plus possible. Il fallait que la mère sorte plus tôt de son travail et roule à toute vitesse. Du coup, on s'est arrêtés à leur demande. C'étaient vraiment un échec, car l'enfant en avait vraiment besoin. » (témoignage n°5). Il est difficile de trouver une solution lorsque ce type de contrainte matérielle entrave le déroulement de la prise en charge. L'orthophoniste peut évidemment tenter d'aménager son planning, mais il n'est pas toujours facile de concilier plusieurs emplois du temps.

Il arrive également que la famille souhaite mettre fin à la prise en charge car elle ne voit pas (ou plus) d'amélioration chez le patient.

Dans certaines situations, c'est effectivement le cas. Le patient peut manquer de maturité pour investir sa prise en charge, ou bien avoir atteint un palier dans sa

progression. Il semble alors judicieux de discuter de cette proposition d'arrêt, et pourquoi pas d'envisager l'aménagement d'une fenêtre thérapeutique afin que le patient puisse continuer sa démarche d'apprentissage de façon autonome. A l'issue de cette pause, si le patient a cheminé activement, il pourra alors être temps d'arrêter « définitivement » la prise en charge, ou de la reprendre de façon plus opérante.

Dans d'autres circonstances, il arrive que le patient utilise en séance les outils et les techniques qui lui sont proposés, mais ne les mette pas à profit à l'extérieur. Si l'orthophoniste constate ces progrès durant les séances, ceux-ci ne sont pas encore visibles pour la famille, d'où un possible découragement. Il semble alors judicieux d'inclure un peu plus l'entourage dans la prise en charge. Il s'agit de lui expliquer comment se déroulent les séances, quelles stratégies sont proposées au patient, dans quelle mesure il les utilise aujourd'hui, et comment il pourra les appliquer en dehors du cabinet. Il peut également être intéressant de proposer à la famille de participer à une séance afin qu'ils constatent d'eux-mêmes comment celle-ci se déroule et de quelle nature sont les progrès de leur proche. L'entourage pourra ainsi réinvestir la prise en charge de façon plus positive.

Dans d'autres cas plus rares, notamment lorsque le patient souffre d'une pathologie dégénérative, il arrive que la famille souligne que depuis que le patient est suivi en orthophonie, il régresse. T. Rousseau cite dans l'un de ses articles la réaction du mari d'une patiente souffrant de démence de type Alzheimer: « J'arrête l'orthophonie, car plus elle en fait, pire c'est ! »⁶⁴. Cette remarque est révélatrice d'une mauvaise connaissance de la pathologie, probablement due à une insuffisante information pré-thérapeutique. Ce constat d'une intervention thérapeutique mal adaptée autour de leur proche peut générer beaucoup d'incompréhension et de souffrance dans la sphère familiale. Il est alors du devoir de l'orthophoniste de prendre le temps de préciser la nature de la maladie et ses répercussions. Ce travail d'accompagnement familial peut se faire en collaboration avec le médecin traitant. Il vise également à expliquer les objectifs de la prise en charge: il ne s'agit pas de restaurer les facultés déficitaires du patient ; ce qui est perdu l'est définitivement. Mais il est encore possible de ralentir la

⁶⁴ Rousseau T. (2007). « Prise en charge des troubles de la communication dans les pathologies neurodégénératives : jusqu'où ? jusqu'à quand ? comment ? » Entretiens d'Orthophonie 2007. Entretiens de Bichat. Expansion Scientifique. p. 149.

dégradation des capacités cognitives et communicationnelles pour assurer au patient un meilleur confort de vie. La prise en charge orthophonique trouve là tout son intérêt.

Enfin, il arrive que la famille souhaite interrompre la prise en charge car elle constate des progrès suffisants à l'extérieur, et notamment à l'école. Il est vrai que les résultats scolaires permettent souvent de jauger la façon dont le jeune automatise et réutilise les stratégies proposées en séances. Des progrès scolaires montrent ainsi qu'il s'est approprié les outils mis à sa disposition. « Souvent, je suis prête à diminuer, voire à arrêter, lorsqu'il y a des résultats vraiment probants au niveau scolaire. » (témoignage n° 6) Néanmoins, les résultats scolaires ne sont pas représentatifs de toutes les sphères de compétences de l'enfant. Il arrive que l'orthophoniste trouve judicieux de poursuivre la prise en charge malgré des progrès à l'école. Une orthophoniste exerçant en libéral (témoignage n°2) évoque le cas d'une petite Amélie, âgée de 5 ans et scolarisée en Grande Section de Maternelle. Lorsque le suivi a démarré en début d'année scolaire, l'enseignante évoquait un niveau scolaire de début de Moyenne Section. Les difficultés d'Amélie sont surtout d'ordre attentionnel. Du fait de son importante distractibilité, elle peine à accomplir les tâches proposées en classe. Son niveau de langage oral est très bon pour son âge, mais semble inadapté aux situations de communication. Amélie est logorrhéique et l'on observe, en parole spontanée comme en situation d'exercice, une impulsivité verbale et de nombreuses fuites d'idées. Quand elle raconte des histoires, elle mélange systématiquement le réel et le fantasmatique. Elle aime aussi transgresser les règles fixées par l'adulte et prend plaisir à faire semblant de se tromper. L'orthophoniste suspecte un Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité, mais les parents semblent réticents à poser une étiquette diagnostique sur les troubles de leur fille. Après plusieurs mois de séances axées sur les difficultés attentionnelles d'Amélie, la maman annonce qu'elle souhaite arrêter la prise en charge car des progrès ont été notés au niveau scolaire. Amélie a rattrapé son retard. L'orthophoniste propose de revoir Amélie jusqu'aux vacances scolaires afin de clore leur travail. Néanmoins, elle regrette cet arrêt: si le travail de l'attention, et notamment de l'inhibition, semble porter ses fruits, Amélie reste très distractible et difficilement canalisable. De plus, cette relation duelle permet à Amélie de se confronter à un adulte qui ne cède jamais à ses nombreuses négociations, chose qui n'est pas toujours possible dans le groupe-classe ou à la maison. Enfin, cette prise en charge permet de maintenir un cadre diagnostique

autour de cette petite fille dont les troubles ont des répercussions importantes à l'école comme à la maison. Cet exemple met en exergue les nombreux facteurs que le professionnel de santé met en relation lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge. Si les résultats scolaires sont significatifs des progrès de l'enfant, ils ne représentent parfois que la partie visible de l'iceberg, laissant des difficultés sous-jacentes de côté. Comme le souligne l'une des orthophonistes rencontrées, il est essentiel de préciser au patient et à sa famille de notre point de vue de professionnel de santé: « Cela devient très compliqué, parce qu'il y a deux points de vue: le point de vue scolaire qui dit que l'enfant est devenu élève, qu'en classe c'est moins difficile ; et puis notre point de vue à nous qui dit que les troubles observés sont toujours là, ou qu'on en a décelé d'autres qui ne sont pas visibles en classe, et que nos objectifs de travail ne sont pas terminés. Parfois, il faut se replacer en tant que professionnel paramédical. » (témoignage n°3).

Un représentant de la société

Le plus souvent, la suggestion d'interrompre la prise en charge émane de l'un des trois partenaires de la relation triangulaire que forment le patient, sa famille et l'orthophoniste. Mais il arrive que ce soit un partenaire extérieur (un autre professionnel de santé, un enseignant...) qui évoque le premier la question de l'arrêt. Souvent, il s'agit de l'école, dont la voix est importante à entendre: elle nous renseigne sur le transfert des compétences constatées en séances, sur l'autonomie de l'enfant, sur sa place dans le groupe...

Une orthophoniste exerçant en libéral (témoignage n°2) évoque la situation de Jules, un garçon de sept ans maintenu en CP et suivi pour des difficultés d'entrée dans le langage écrit. Un jour, la maman entre dans le bureau après la séance de son fils. Cette prise en charge dure alors depuis plusieurs mois, et l'orthophoniste constate des progrès significatifs. La maman annonce qu'elle souhaite régler les séances puisque désormais Jules ne viendra plus. Elle confie à l'orthophoniste que l'enseignant insiste depuis plusieurs semaines pour que son fils interrompe son suivi orthophonique au profit de consultations chez un pédopsychiatre. Au vu de la complexité de la situation familiale (les parents sont divorcés, le papa vit à l'étranger, et Jules évolue dans un

contexte de bilinguisme) et des stéréotypies gestuelles de plus en plus marquées de Jules, ces consultations semblent tout à fait judicieuses. Néanmoins, il est regrettable que cette solution n'ait pas été discutée entre famille et professionnels, et qu'orthophonie et consultation pédopsychiatrique semblent antinomiques.

Tantôt intrusive, tantôt pertinente, cette suggestion d'arrêt faite par un tiers doit être traitée avec précaution. Si elle n'a jusqu'alors pas été évoquée par le patient, sa famille ou l'orthophoniste, cela signifie sans doute que les situations et relations thérapeutiques en place conviennent à ces trois partenaires. Cette proposition d'interruption doit donc susciter une réflexion entre les différents partenaires, mais ne doit pas conditionner la prise de décision. L'orthophoniste se doit également de veiller à ce que patient et famille ne soient pas tiraillés entre deux professionnels auxquels ils font confiance et qui ne tiennent pas le même discours. Là encore, il faut parfois se replacer en tant que thérapeute du langage, compétent dans son domaine d'expertise.

CREATION D'UN OUTIL AIDANT A JUGER DU BIEN-FONDE D'UNE INTERRUPTION DE PRISE EN CHARGE

Cet inventaire de situations créé à partir des témoignages des orthophonistes a mis en évidence une pluralité de circonstances de fin de prise en charge. Ainsi, il nous a permis d'élaborer une réflexion autour des réponses pouvant être apportées à ces diverses situations thérapeutiques. Nous avons souhaité poursuivre ce travail en créant un outil qui permettrait aux professionnels d'approfondir leur réflexion autour du bien-fondé d'une interruption de prise en charge. Les orthophonistes interviewés soulignent le fait que cette problématique a très peu été abordée dans leur formation, et que la Sécurité Sociale ne donne ni consignes ni conseils à ce sujet. L'une des orthophonistes rencontrées regrette ce manque d'indications dans le décret de compétences des orthophonistes⁶⁵: « Dans notre décret de compétences, il y a des éléments sur le début de la prise en charge, mais rien sur la fin, c'est laissé à notre jugement, à celui du médecin. » (témoignage n°3). Tous mettent en avant l'expérience professionnelle, qui leur permet de jauger ces situations toujours différentes. Néanmoins, la plupart des orthophonistes nous ont dit se trouver parfois démunis face à cette question de la pertinence d'un arrêt. Ainsi, quelques uns ont évoqué l'idée de créer un outil qui les aiderait dans leur réflexion.

Pertinence de cet outil

Nous avons donc pensé à la création d'une grille d'axes de réflexion à l'attention des orthophonistes. Cet outil, tel une trame de réflexion, retracera certains des questionnements essentiels lorsque s'amorce l'arrêt d'une rééducation. Il ne pourra être exhaustif, tant chaque situation est unique, mais il abordera, en s'appuyant sur les témoignages recueillis lors des entretiens, autant d'éléments à soulever que possible.

⁶⁵ Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, J.O. Numéro 104 du 4 Mai 2002.

Il nous a semblé peu pertinent de ne créer qu'une seule grille qui permettrait d'apprécier des situations de prises en charge à la fois d'adultes et d'enfants. Ainsi, nous avons dans un premier temps choisi de créer deux outils distincts: le premier pour les patients d'âge scolaire, le second pour les patients adultes. Nous nous sommes alors heurtés au manque considérable de données concernant les patients adultes dans notre corpus. En effet, les orthophonistes ont spontanément évoqué beaucoup plus de situations concernant leurs jeunes patients. C'est pourquoi nous avons dû, faute de contenu suffisant, abandonner l'idée d'une grille spécifique au patient adulte pour n'en élaborer qu'une seule propre aux enfants. Néanmoins, à partir des quelques éléments recueillis dans nos entretiens et de nos expériences personnelles, nous amorcerons dans un second temps une réflexion autour des circonstances de fin de prise en charge des patients adultes.

Grille de réflexion pour le patient d'âge scolaire

Cet outil, présenté sous forme de grille, retrace les questionnements principaux de l'orthophoniste lorsque se pose la question de l'arrêt de la prise en charge. Afin d'être le plus complet possible, il s'appuie à la fois sur nos hypothèses théoriques et sur les éléments de réflexion proposés par les orthophonistes rencontrés. Ainsi, il rappelle l'importance d'être vigilant aux phénomènes inconscients ainsi qu'aux demandes des divers partenaires de la rééducation. Cette grille s'articule d'ailleurs en fonction de ces différents partenaires de la prise en charge: le patient lui-même, sa famille, l'enseignant, le médecin, et éventuellement d'autres professionnels qui interviennent autour de l'enfant. Il s'agit d'axes de réflexion concernant les circonstances initiales et actuelles de prise en charge permettant à l'orthophoniste, en les reprenant un à un, de constater l'évolution des troubles du patient, des demandes des différents partenaires, de la relation thérapeutique... Ainsi, l'objectif de cet outil est de faciliter la réflexion de l'orthophoniste autour du bien-fondé d'une interruption de suivi.

Le patient

Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
La demande du patient	
La demande initiale de prise en charge vient-elle du patient lui-même ?	
Quelles sont les attentes du patient concernant cette prise en charge ?	
La demande d'interruption vient-elle du patient ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
Si la demande ne vient pas de lui, est-il d'accord pour interrompre sa prise en charge ?	
Se dit-il prêt à cheminer sans aide ?	
Les troubles	
Quels sont les troubles observés ?	
Quel est l'écart à la norme ?	
Le patient a-t-il une bonne connaissance de son trouble, de ses difficultés ?	

Le patient est-il suivi par d'autres professionnels ?	
Le patient se sent-il gêné, voire handicapé par ses troubles ? Dans quel(s) domaine(s) ?	
Est-il en difficulté au niveau scolaire ? Dans quel(s) domaine(s) ?	
Que dit-il de son niveau scolaire ?	
Semble-t-il sûr de lui dans ses apprentissages ?	
Le déroulement de la prise en charge	
Depuis quand le patient est-il suivi en orthophonie ? Cette rééducation a-t-elle déjà été interrompue ?	
Le patient est-il investi dans sa prise en charge ?	
Semble-t-il prendre plaisir à venir en séance ?	
Est-il assidu ?	

La progression du patient	
Quels progrès ont été effectués ?	
Les objectifs fixés lors du bilan initial sont-ils atteints ?	
Le patient est-il arrivé à un palier dans sa progression ?	
Une lassitude s'est-elle installée dans la prise en charge ? Des réponses ont-elles été apportées à cette lassitude ? (Révision des objectifs, aménagement d'une pause...)	
L'aspect relationnel	
Quelle relation s'est forgée entre le patient et l'orthophoniste ?	
Quels liens transférentiels se sont établis au sein de cette relation thérapeutique ?	
Cette relation est-elle favorable à la prise en charge ?	
A quoi les troubles du patient font-ils écho chez l'orthophoniste ?	

La famille

Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
La demande de la famille	
La demande initiale de prise en charge vient-elle de la famille ?	
Quelles sont les attentes de la famille concernant cette prise en charge ?	
La demande d'interruption vient-elle de la famille ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
Si la demande ne vient pas de la famille, est-elle d'accord pour interrompre la prise en charge ?	
Se sent-elle prête à interrompre la prise en charge et à prendre le relais pour épauler le patient ?	
Le déroulement de la prise en charge	
La famille est-elle investie dans la prise en charge ?	
Soutient-elle le patient dans la prise en charge ?	
A-t-elle une bonne connaissance du trouble du patient, de ses difficultés ?	

Les exercices proposés en séance sont-ils repris à l'extérieur ?	
Un membre de la fratrie est-il suivi en orthophonie ?	
L'aspect relationnel	
Quelle relation s'est établie entre la famille et l'orthophoniste ?	
Un climat de confiance s'est-il instauré entre la famille et le thérapeute ?	

L'enseignant

Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
La demande de l'enseignant	
Est-ce l'enseignant qui a conseillé une prise en charge orthophonique ?	
Quelles sont les demandes de l'enseignant concernant cette prise en charge ?	
La demande d'interruption vient-elle de l'enseignant ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
Si la demande ne vient pas de l'enseignant, trouve-t-il judicieux d'interrompre le suivi orthophonique ?	

Le déroulement de la prise en charge	
L'enseignant est-il investi dans la prise en charge ?	
Les échanges avec l'enseignant sont-ils réguliers ?	
Le patient, du point de vue scolaire	
Que dit l'enseignant du niveau scolaire du patient ?	
Que dit-il des progrès scolaires du patient depuis le depuis qu'une prise en charge a été mise en place ?	
Que dit-il de l'autonomie du patient dans ses apprentissages ?	
Que dit-il des rapports du patient avec le groupe-classe ?	

Le médecin

Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
La demande du médecin	
Est-ce le médecin qui a adressé le patient vers un orthophoniste ?	
S'agit-il du médecin scolaire, du médecin de la PMI, du médecin traitant ou d'un médecin spécialiste ?	

Quelles sont les demandes du médecin concernant cette prise en charge ?	
La demande d'interruption vient-elle du médecin ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
Si la demande ne vient pas du médecin, trouve-t-il judicieux d'interrompre le suivi orthophonique ?	
Le déroulement de la prise en charge	
Le médecin est-il investi dans la prise en charge ?	
Les échanges avec le médecin sont-ils réguliers ?	
L'état de santé du patient	
Que dit le médecin de l'état de santé du patient ?	

Un autre professionnel

Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
Les demandes de cet autre professionnel	
Est-ce un autre professionnel qui a conseillé une prise en charge orthophonique ?	
Quelles sont les demandes de ce professionnel concernant la prise en charge ?	

La demande d'interruption vient-elle de cet autre professionnel ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
Si la demande ne vient pas de cet autre professionnel, trouve-t-il judicieux d'interrompre le suivi orthophonique ?	
Le déroulement de la prise en charge	
Ce professionnel est-il investi dans la prise en charge ?	
Les échanges avec ce professionnel sont-ils réguliers ?	
Le patient	
Quel travail a été effectué avec ce professionnel ?	
Selon sa spécialité, que dit ce professionnel des progrès du patient ?	

Exploitation de cette grille de réflexion

La création de cette grille a pour vocation d'aider les orthophonistes lorsque se pose la question de la pertinence d'une interruption de prise en charge chez le jeune patient. Cet outil est donc destiné aux thérapeutes souhaitant approfondir leurs interrogations, guidés par une trame permettant d'explorer plus précisément l'évolution des troubles, de la rééducation, des demandes, et des aspects relationnels. Cette grille pourra être utilisée de diverses façons, en fonction des besoins de l'orthophoniste, des problématiques engendrées par la situation thérapeutique, et des attentes des divers

partenaires de la rééducation. Quelques éléments semblent néanmoins importants à soulever.

Tout d'abord, il sera du ressort de l'orthophoniste de compléter cette grille. Cet outil lui étant destiné, c'est à lui de rassembler les informations nécessaires, de juger de leur pertinence en fonction de la problématique actuelle, afin d'organiser sa réflexion autour de ces paramètres et de cheminer dans son questionnement.

De plus, l'utilisation de cette grille nécessitera le concours des divers professionnels encadrant le jeune patient. Plusieurs rubriques leur sont d'ailleurs destinées: celles concernant l'enseignant, le médecin, et éventuellement un autre professionnel (éducateur, enseignant spécialisé, autre paramédical...). Il est essentiel pour l'orthophoniste de recueillir leurs points de vue afin d'affiner sa connaissance du patient, de ses progrès, de ses difficultés résiduelles, de son comportement en dehors du cabinet... En effet, si l'orthophoniste acquiert, grâce à la relation nouée au fil des séances, une certaine connaissance de son patient, cette dernière n'est que partielle. D'une part, les progrès observés en séance ne sont pas forcément transposés à l'extérieur. Dans toute prise en charge, le patient doit automatiser des compétences et des mécanismes nouveaux et les réutiliser dans des contextes extérieurs à la rééducation. Les constats d'autres professionnels, notamment de l'enseignant, peuvent ainsi permettre à l'orthophoniste d'apprécier le degré d'automatisation de ces nouveaux concepts par le patient. D'autre part, le thérapeute observe en séance ce que l'enfant laisse paraître de lui dans cette relation thérapeutique duelle. Il est fort probable que le jeune n'établisse pas les mêmes relations ni ne reproduise les mêmes comportements en famille, avec l'enseignant, ou dans son groupe de camarades. Ainsi, l'œil des divers professionnels et de l'entourage peut éclairer l'orthophoniste sur l'attitude de son patient en collectivité, sa confiance en soi, son degré d'autonomie, son estime de soi, observations très révélatrices lorsque se pose la question de l'arrêt. Si la plupart des orthophonistes trouvent enrichissants les échanges avec d'autres professionnels au sujet de leurs patients, ces contacts restent rares. Ainsi, l'utilisation de cette grille peut fournir une occasion supplémentaire de contacter les professionnels intervenant auprès de l'enfant, afin de croiser différents regards autour de cette question d'arrêt de prise en charge.

Les sections de cette grille concernant le patient et sa famille pourront également être remplies avec ces derniers. Trop souvent, les décisions de fin de prise en charge sont prises entre deux portes, au regret des orthophonistes. La complétion de cette grille pourra alors être l'objet d'un entretien fixé par l'orthophoniste, réunissant le thérapeute, l'enfant et sa famille. Cette rencontre permettra alors de verbaliser la demande de chacun, de mettre en avant les progrès parcourus, de souligner les objectifs qui ne sont pas encore atteints, de jauger le degré d'autonomie du patient... Il s'agira notamment de comparer ensemble les situations initiales et actuelles, tant au niveau de la demande et des objectifs, que des compétences ou de la relation thérapeutique. Cette conversation, échangée de façon plus formelle, pourra alors permettre au patient et à son entourage de réinvestir la prise en charge, ou susciter chez eux une réflexion plus approfondie autour de cette question d'arrêt.

Enfin, cette grille figurant dans le dossier du jeune, elle se devra d'être montrable. D'une part, le patient pourra s'il le souhaite accéder à ce dossier. Ce document, tout en restant fidèle à la situation thérapeutique, devra donc être rempli en termes entendables et acceptables par le jeune et sa famille. D'autre part, cette grille pourra être consultée par un nouvel orthophoniste prenant en charge le patient, et ainsi établir, outre le bilan, un lien entre son suivi et notre précédente rééducation. Dans un cas comme dans l'autre, cet outil peut s'avérer utile, mais il faudra éviter à tout prix que ces axes de réflexion rédigés supplantent un échange interpersonnel entre thérapeute et patient, ou entre professionnels eux-mêmes. A l'inverse, ces deux moyens d'échange devraient être complémentaires et améliorer réflexion et communication autour des problématiques du patient.

Axes de réflexion pour le patient adulte

Lors des entretiens, les orthophonistes ont pour la plupart évoqué les situations de fin de prise en charge de patients adultes comme leur posant très souvent question. Les pathologies neuro-dégénératives et les aphasies sont d'ailleurs les troubles les plus

souvent cités comme problématiques lorsqu'il s'agit de mettre un terme à une rééducation. Ces questionnements, s'ils ont à de multiples reprises été évoqués, ont paradoxalement été très peu développés dans les discours des interviewés.

Pour cette raison, nous n'avons pas souhaité créer une grille spécifique au patient adulte. Cette dernière aurait en effet manqué d'assises cliniques. Néanmoins, en comparant à celles de jeunes patients les situations de fin de prise en charge de patients adultes, certains éléments nous ont semblé caractéristiques de cette population.

La vie professionnelle

Dans le cas de pathologies acquises, le patient adulte avait très probablement, avant l'apparition de son trouble, une activité professionnelle. Lorsque ce trouble n'est pas trop invalidant, le sujet peut poursuivre l'exercice de son métier. Cette activité professionnelle permet, à l'instar de l'école chez le jeune, d'estimer les progrès du patient en dehors du cabinet. Ainsi, un enseignant souffrant d'une dysphonie dysfonctionnelle pourra faire part à son orthophoniste de l'évolution de son confort vocal en classe, où il connaît ses principales difficultés. De même, un patient cérébro-lésé pourra constater l'amélioration de ses capacités d'organisation sur son lieu de travail ou la restauration des capacités d'évocation de son jargon professionnel. Ces exemples mettent en exergue l'importance à donner à la sphère professionnelle du patient, afin d'apprécier sa progression de façon écologique.

Quelquefois, les conséquences des troubles sont trop handicapantes pour que le patient reprenne une activité professionnelle. Bien souvent, son conjoint, lui, continue de travailler, et ses enfants sont scolarisés ou exercent également leur profession. Dans ces circonstances, il arrive que le patient se sente désœuvré ou isolé. Les séances d'orthophonie contribuent alors à rythmer les semaines du patient. Si elles ne suffisent pas à combler le vide laissé par l'arrêt de son activité, elles représentent souvent pour lui un espace comblé, un contact social indispensable. Lorsque se pose la question de l'arrêt des séances, il faut alors s'assurer que le patient envisage de s'illustrer dans des

activités, afin de s'occuper, de se rendre utile, et de maintenir des contacts sociaux en dehors du foyer. Ainsi, les dernières séances de cette prise en charge orthophonique peuvent permettre d'accompagner le patient dans la recherche d'activités où il pourra continuer d'apprendre et de partager son savoir avec autrui, afin d'éviter la naissance d'un sentiment d'isolement.

Les accompagnants

Chez le patient d'âge scolaire, les principaux accompagnants sont les parents. Ce statut de partenaire de la rééducation s'acquiert le plus souvent naturellement, puisque les parents sont les garants de l'éducation, de la santé et du bien-être de leur enfant. Chez le patient adulte, les accompagnants peuvent être le conjoint ou les enfants. Cette position de partenaire de la prise en charge est parfois plus difficile à concevoir pour eux. En effet, s'il est dans l'ordre des choses d'aider son enfant à se construire, il peut être extrêmement douloureux de voir son parent ou son conjoint décliner. Ce constat est d'autant plus prégnant dans des circonstances de pathologies lourdes telles que des maladies dégénératives ou des suites de chirurgies invasives. Il est alors complexe pour la famille de trouver sa juste place d'aidant, sans surinvestir l'aspect médical en devenant des accompagnants-soignants, ni infantiliser le patient, ni se décourager. D'où l'importance pour la sphère médicale et paramédicale d'inclure les proches dans la prise en charge, de leur en expliquer les tenants et aboutissants, de leur proposer des moyens de soutenir le patient, et de les accompagner dans cette quête de leur juste place. Il s'agit d'entendre leur éventuelle détresse, et d'y répondre par une proposition d'accompagnement. Ce rôle incombe d'autant plus à l'orthophoniste qu'il est, contrairement au médecin, un partenaire régulier, qui intervient de façon hebdomadaire, voire pluri-hebdomadaire autour du patient et de sa famille. Ainsi, lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge, il faut veiller également à ce que la famille ne se trouve pas brusquement isolée et démunie face aux troubles du patient.

L'indépendance

Par définition, le patient adulte est indépendant. A l'inverse du jeune patient à qui les parents peuvent imposer les séances d'orthophonie, l'adulte est a priori demandeur de soins et présent de son plein gré. A l'exception près des patients souffrant d'anosognosie qui, jusqu'à ce que celle-ci soit levée, sont inconscients de leurs troubles et manifestent parfois leur incompréhension d'être suivis par un professionnel de santé. Il en résulte, chez les patients conscients de leurs troubles, une motivation accrue. Leur rôle dans la société, tant au niveau familial que professionnel, est bien souvent le moteur de la prise en charge.

De plus, le patient adulte est libre d'entreprendre, de poursuivre ou d'interrompre toute prise en charge. Contrairement au jeune patient, qui peut se voir imposer par ses parents leur volonté d'arrêter ou de poursuivre la prise en charge, l'adulte est le seul décisionnaire lorsque se pose la question de l'interruption de la rééducation. Il ne s'agit pas, bien sûr, d'exclure les demandes des accompagnants, mais de respecter en priorité la volonté du patient. Néanmoins, il arrive, lorsque le patient est atteint d'une pathologie sévère ou dégénérative, qu'il ne soit plus en mesure d'exprimer son désir de poursuivre ou d'interrompre la rééducation, ou d'en modifier les objectifs. L'orthophoniste doit alors se tourner vers l'entourage, afin de juger de la pertinence et de l'efficacité du suivi. La famille, qui côtoie le patient au quotidien, devient alors le partenaire le plus à même d'apprécier le bien-fondé de la prise en charge. La place des partenaires de la rééducation est donc variable selon l'âge et les facultés cognitives ou langagières du patient. S'il est important d'entendre leur demande, il est capital, autant que faire se peut, de permettre au patient d'exprimer la sienne, en tant que Sujet acteur de sa prise en charge.

Le rôle du médecin

Dans de nombreuses pathologies acquises de l'adulte, et notamment les troubles neurologiques et carcinologiques, le médecin généraliste est relayé par un confrère spécialiste. Celui-ci pratique des examens complémentaires, confirme ou infirme les

hypothèses diagnostiques du médecin généraliste, procède éventuellement à un acte chirurgical, et assure le suivi du patient en programmant des visites régulières dans son service. Ce spécialiste devient alors le médecin référent du patient pour ce trouble. Si les contacts entre les paramédicaux libéraux et ce spécialiste ne sont pas plus fréquents qu'avec le généraliste, c'est souvent lui qui demande que soit effectué un bilan orthophonique. Parfois, ce dernier est réalisé directement à l'hôpital, et transmis à l'orthophoniste exerçant en libéral choisi par le patient. Il arrive que les bilans d'évolution soient également exécutés par l'hôpital. Lorsque ce type de suivi est mis en place, le médecin spécialiste et l'orthophoniste de l'hôpital deviennent des partenaires importants de la prise en charge. Familiers des troubles rencontrés par le patient, ils peuvent représenter un appui considérable lorsque se posent pour l'orthophoniste libéral des questions inhérentes à la rééducation. Ainsi, il peut être très constructif de les consulter à l'amorce d'une fin de prise en charge, afin qu'ils étayent notre réflexion en tant que spécialistes de ces troubles.

Cette ébauche de réflexion met en exergue les spécificités de la prise en charge du patient adulte. Si, à elle seule, elle n'est pas représentative de toutes les caractéristiques de la rééducation de l'adulte, ces différences considérables avec la prise en charge d'enfants méritent une attention particulière, afin d'adapter au mieux le suivi et son interruption.

Cette recherche autour des facteurs de réussite d'une fin de la prise en charge, notamment chez l'enfant, nous a permis de corroborer et surtout de compléter nos hypothèses théoriques. Grâce au panel de situations de fin de prise en charge évoquées, les propos des orthophonistes nous ont permis d'élargir notre réflexion autour des facteurs à envisager lors d'une fin de rééducation, afin que celle-ci se déroule avec succès. L'aboutissement de ce travail a été la création d'une grille de réflexion visant à aider les orthophonistes dans leur réflexion autour du bien-fondé d'un arrêt de rééducation. Nous avons tenté d'organiser dans cet outil les nombreux questionnements que fait naître dans l'esprit de l'orthophoniste l'approche d'une fin de prise en charge. C'est finalement en fonction des partenaires de la rééducation que

nous avons agencé nos pistes de réflexion, afin que les divers points de vue et demandes soient facilement identifiables. Enfin, afin d'avoir des retours de professionnels sur la pertinence de cette grille, nous l'avons soumise à quelques orthophonistes afin qu'ils puissent l'utiliser si une situation de fin de prise en charge leur posait question. Ainsi, certains nous ont transmis ces grilles complétées par leurs soins (**Annexe n°5**). Si nous n'avons pu en analyser le contenu, ces retours nous permettent néanmoins d'en envisager une utilisation par des professionnels.

CONCLUSION

Ce questionnement autour de la fin de la prise en charge est né lors de nos stages d'observation. Nous nous sommes confrontés aux limites de notre formation théorique qui aborde très peu l'issue des prises en charge, au profit de leur début. Nombre de situations cliniques nous ont évoqué cette simple question: quels facteurs conditionneraient la fin d'une prise en charge orthophonique ?

Au cours de cette quatrième année, de nombreuses discussions avec des professionnels ainsi que nos hypothèses personnelles nous ont menées vers deux pistes de réflexion: d'une part la relation thérapeutique, et notamment les phénomènes de transfert, et d'autre part les demandes des divers partenaires de la prise en charge. Ces deux facteurs nous ont semblé avoir une importance majeure tout au long de la rééducation et déterminer son issue. Nos recherches théoriques nous ont convaincues qu'une vigilance particulière de l'orthophoniste est nécessaire autour des enjeux inconscients, des déplacements d'affects, et des demandes explicites ou tacites mis en œuvre au cœur de la relation thérapeutique.

Les orthophonistes rencontrés, s'ils ont confirmé l'importance de ces enjeux, ont surtout enrichi nos hypothèses théoriques de leurs nombreuses expériences cliniques. Leurs témoignages ont considérablement étoffé notre réflexion et nous ont permis d'envisager de nouveaux facteurs conditionnant le succès d'une fin de rééducation. Ont été évoqués, entre autres, les ressources personnelles de l'orthophoniste, la connaissance du trouble par le patient et son entourage, la motivation du patient ou au contraire sa lassitude, l'investissement de l'enseignant ou du médecin... C'est ainsi grâce à l'analyse de ces témoignages que nous avons pu construire une grille qui, nous l'espérons, permettra aux orthophonistes d'étayer leur réflexion sur le bien-fondé d'une interruption de prise en charge chez l'enfant.

L'élaboration de ce mémoire nous a permis d'engager une réflexion sur notre future pratique professionnelle. Nous envisageons désormais la situation thérapeutique dans sa globalité, incluant chacun des partenaires de la prise en charge, considérant

mieux les enjeux de la relation, prêtant une oreille plus attentive aux demandes, y compris implicites... Si ces recherches et rencontres ont apporté des réponses à certaines de nos questions, elles en ont surtout fait germer d'autres dans notre esprit, qui nous permettront de renouveler sans cesse notre pratique.

Nous regrettons cependant de n'avoir pas trouvé le temps d'exploiter les grilles de réflexion complétées par les professionnels, afin d'en envisager les points forts et les limites. Si l'analyse de cet outil n'a pas pu trouver sa place dans ce travail, les orthophonistes qui l'utiliseront pourront néanmoins en repérer les défauts et ainsi adapter leur façon de l'exploiter. Cette grille, qui n'est ni figée ni exhaustive, pourra alors s'ajuster à la pratique de chacun des professionnels souhaitant l'utiliser.

Enfin, nous n'avons pas pu construire un tel outil pour le patient adulte, comme nous le souhaitions au départ. Le peu d'assises cliniques dont nous disposions après l'analyse de nos entretiens ne nous l'a pas permis. Néanmoins, nous espérons que nos quelques pistes de réflexion pourront initier une recherche spécifique à la fin de prise en charge du patient adulte. Il semblerait intéressant, au-delà de ce travail, de questionner des orthophonistes plus particulièrement sur leurs expériences d'interruption de suivi avec leur patientèle adulte. Pourquoi pas, alors, créer un outil qui permettrait, comme tente de le faire notre grille concernant le patient d'âge scolaire, de juger de la pertinence de l'arrêt de la prise en charge pour le patient adulte.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages:

- Bernheim H. (1886). *De la suggestion et de ses applications thérapeutiques*. L'Harmattan.
- de Biran M. (1949). *Œuvres*. Tome XIV, Nouveaux essais d'anthropologie. P.U.F.
- Blanchet A. et Gotman A. (2007). *L'enquête et ses méthodes*. L'entretien. Armand Colin.
- Dubois G. (1983). *L'enfant et son thérapeute du langage*. Masson.
- Dubois G. (1990). *Langage et communication*. Masson.
- Dubois G., Kuntz J.P. et coll. (1999) *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*. Masson.
- Ferenczi S. (1968). *Œuvres complètes*. Tome I. Payot.
- Freud A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants*, Rôle du transfert. P.U.F.
- Freud S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse*. Gallimard.
- Freud S., Breuer J. (1895). *Etudes sur l'hystérie*. P.U.F.
- Freud S. (1909). *Cinq psychanalyses*. P.U.F.
- Freud S. (1987). *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Payot.
- Freud S. (1905). *Le mot d'esprit dans ses rapports avec l'inconscient*. Gallimard.
- Freud S. (1984). *Introduction à la psychanalyse*. P.B.P.
- Freud S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Breal.
- Freud S. (1901). *Psychopathologie de la vie quotidienne*. P.B.P.
- Klein M. (1995). *Le transfert et autres écrits*. Les origines du transfert. P.U.F.
- Klein M. (1959). *La psychanalyse des enfants*. P.U.F.
- Lacan J. (1975). *Le séminaire*. Livre I, Les écrits techniques de Freud. Seuil.
- Lacan J. (1986). *Le séminaire*. Livre VII, L'éthique de la psychanalyse. Seuil.
- Lacan J. (2001). *Le séminaire*. Livre VIII, Le transfert. Seuil.
- Lacan J. (1973). *Le séminaire*. Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Seuil.

- Lacan J. (2001). *Autres Ecrits*. Proposition du 9 octobre sur le psychanalyste de l'École. Seuil.
- Mesmer F.A. (1779). *Mémoire sur la découverte du fluide animal*. L'Harmattan.
- Neyrault M. (1974). *Le transfert*. P.U.F.

Dictionnaires et recueils de notions:

- Brin F. « et coll ». (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Ortho Edition.
- Chemama R., Vandermersch B. (1995). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Larousse.
- Laplanche J., Pontalis J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. P.U.F.

Articles:

- Estienne F. (2002). « La demande en orthophonie ». Discours de la méthode. Orthomagazine n°41.
- Thibault M.P. (2007). « La sortie de rééducation, entre mesure et sentiment ». Entretiens d'Orthophonie 2007. Entretiens de Bichat. Expansion Scientifique.
- Rousseau T. (2007). « Prise en charge des troubles de la communication dans les pathologies neurodégénératives : jusqu'où ? jusqu'à quand ? comment ? » Entretiens d'Orthophonie 2007. Entretiens de Bichat. Expansion Scientifique.

Décrets:

- Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, J.O. Numéro 104 du 4 Mai 2002.

ANNEXES

ANNEXE N°1: LA TRAME DE L'ENTRETIEN

A propos de la fin de la prise en charge orthophonique.

Dans votre pratique ...

- Vous est-il déjà arrivé de mettre fin à une prise en charge bien que les objectifs thérapeutiques ne soient pas accomplis ? Dans quelle(s) situation(s) clinique(s) ou relationnelle(s) ?

- Vous est-il déjà arrivé de poursuivre une prise en charge alors que les objectifs semblaient atteints ? Dans quelle(s) situation(s) clinique(s) ou relationnelle(s) ?

- Quelles sont les rééducations pour lesquelles la décision d'une fin de prise en charge vous semble la plus difficile à prendre ?

- Comment anticipez-vous avec vos patients (et leur famille) la fin d'une rééducation ? Projetez-vous longtemps à l'avance la fin de la prise en charge ?

- Avez-vous des astuces concrètes pour matérialiser l'arrêt imminent des séances ?

- En institution, quelle place pour le travail d'équipe dans la prise de décision d'une fin de prise en charge ?

- En libéral, quelle est la place de la collaboration avec médecin traitant dans la prise de décision d'une fin de prise en charge ? Et avec l'enseignant ?

- Hormis les critères objectivables d'une progression (bilans intermédiaires), quels autres critères entrent en jeu dans une décision de fin de rééducation ?

- Quelle place dans cette problématique pour la relation nouée avec le patient ?

- Avez-vous déjà observé des réactions surprenantes du patient ou de sa famille à l'annonce d'une possibilité de fin de prise en charge (surprise, incompréhension, sentiment de trahison...) ?

- Avez-vous déjà été pris(e) de court par la demande du patient ou de sa famille d'interrompre la rééducation ? Quelles ont été vos réactions ? Quelles solutions avez-vous envisagées ?

- Y a-t-il des situations où vous vous êtes senti(e) en difficulté face à une fin de prise en charge ? Dans quelle(s) situation(s) clinique(s) ?

- Ces situations atypiques ont-elles engendré chez vous un questionnement particulier, une réflexion plus approfondie ?

- Vous trouvez-vous assez armé(e) ou ressentez-vous parfois le besoin d'outils ou de formations particuliers pour juger du bien-fondé de l'arrêt des séances ?

ANNEXE N°2: RETRANSCRIPTION DU TEMOIGNAGE N°1

Ce témoignage est celui d'une orthophoniste diplômée en 1998 à l'école de Nantes. Elle a toujours exercé en Institut d'Education Motrice, à l'exception d'une année en Institut d'Education Sensorielle.

- *Avez-vous déjà vécu des situations particulières du point de vue de la fin de la prise en charge ?*
- Effectivement, il y a eu des fins assez tragiques, puisque j'ai eu une fin de prise en charge due au décès d'un jeune. Cette situation n'est pas facile. Sinon, je ne me souviens pas de fin de prise en charge particulière. Mais il y a eu des réflexions difficiles, notamment avec un jeune dont je me souviens. Je sentais qu'on était arrivés au bout de nos possibilités, mais lui ne souhaitait pas s'arrêter, et en même temps sa myopathie ne lui permettait plus d'évolution. Du coup je me suis adaptée à son emploi du temps, à ses demandes, et finalement on s'est arrêtés car je travaillais sur deux lieux différents, et que je n'étais pas au même endroit que lui aux temps où il était disponible. On s'est donc arrêtés comme ça sans que ce soit bien précisé. On s'est revus en fin d'année pour faire le bilan et voir si c'était nécessaire de reprendre, et le fait que la prise en charge se soit arrêtée malgré nous a semblé lui permettre d'accepter cet arrêt.
- *Au sein de l'IEM justement, vous sentez-vous parfois tenue de continuer des prises en charges en sachant qu'il n'y aura plus d'évolution possible ?*
- Cela n'arrive pas si souvent que cela. On parvient la plupart du temps à en discuter. D'ailleurs je trouve le fait de travailler en équipe nous aide. Il arrive que des jeunes ne souhaitent plus venir, ou que le besoin d'orthophonie ne se ressente plus. Ces situations sont claires et on s'arrête d'un commun accord avec le jeune, l'équipe, la famille. D'autres fois, les jeunes ne savent pas trop ce qu'ils veulent, ils n'osent pas se prononcer. Ces situations sont gérées en réunion de synthèse. Mais effectivement il arrive que ce soit compliqué de dire « on arrête », car le jeune s'accroche à quelque chose.
- *Vous me parlez de la place de l'équipe dans ces prises de décisions. Trouvez-vous cela étonnant d'être plusieurs professionnels de santé à réfléchir à ces questions ?*
- Oui, c'est très étonnant. Cela permet parfois de déplacer la demande, qui n'est pas forcément une demande d'orthophonie particulièrement mais une demande de relation individuelle. Les jeunes demandent parfois à suivre une prise en charge orthophonique pour « mieux parler » alors qu'ils n'ont pas de difficultés particulière, ou pour « mieux lire », alors que la lecture a été travaillée pendant des années et que les difficultés cognitives ou d'automatisation empêchent une amélioration. Il faut les aider à passer à autre chose, et cela ne relève plus forcément du champ de l'orthophonie, c'est plus d'ordre psychologique. Mais l'orthophoniste peut malgré tout partir d'un bilan et expliquer au jeune ses difficultés, mettre des mots sur les raisons de ces difficultés. C'est alors plus facile à accepter pour lui.
- *Quelle est la place des parents dans une structure telle que l'IEM dans les prises de décision de début ou de fin de prise en charge ?*
- Il y a plusieurs schémas. Lorsque l'enfant est accueilli, la prise en charge peut être proposée aux parents après un bilan orthophonique. Libre à eux d'accepter ou non, mais

les refus sont assez rares. D'autres fois, la demande vient d'eux. Le plus souvent ce ne sont pas des demandes au niveau scolaire, mais plus par rapport à l'alimentation, au bavage, à l'articulation, au langage oral. Quoi qu'il en soit il y a toujours un échange avec eux. Si on ne voit pas l'utilité d'une prise en charge, on leur explique comme on l'explique aux jeunes. Je pense à une jeune que j'ai suivie pendant très longtemps pour des difficultés d'articulation. Son problème venait de tensions corporelles importantes qui induisaient beaucoup de difficultés à gérer son articulation en situation émotive. On a beaucoup travaillé cela, puis on a arrêté la prise en charge. Et récemment, elle est revenue, apparemment sur demande de sa maman, pour apprendre à lire. J'ai donc revu la jeune, on en a discuté ensemble, et finalement je n'ai pas eu affaire aux parents mais j'ai laissé la porte ouverte. On essaye toujours d'être à l'écoute et d'établir une discussion, un échange.

- *Comment est-ce que vous anticipez la fin de la prise en charge avec les jeunes, avez-vous des astuces pour matérialiser son approche ?*
- Je n'ai pas de petits « trucs » ou astuces. Ici, la fin de l'année scolaire nous aide bien car on clôture une année. Lorsque j'envisage l'arrêt d'une prise en charge, j'y pense déjà en avril-mai parce qu'on envisage l'année d'après, la classe dans laquelle va aller le jeune. Du coup j'aborde l'année qui arrive, j'en discute avec le jeune en faisant un état des lieux de là où il en est, des progrès qui ont été faits. D'ailleurs c'est plus facile quand il y a eu des progrès. Parfois ça n'évolue pas trop, mais on essaie de positiver les choses. Donc c'est à la fin de l'année que j'amorce le fait qu'on a peut-être fait le tour. On peut aussi refaire un bilan. Et puis c'est vu en synthèse car je ne suis pas la seule à en décider. On fait également le lien avec l'enseignant.
- *Pour fixer les objectifs à atteindre avec le jeune, établissez-vous un contrat thérapeutique sur lequel vous appuyer lorsque la question de la fin de la prise en charge se pose ?*
- Il y a toujours un projet écrit. Il n'est pas spécialement adressé à l'enfant, mais plutôt aux parents. Mais on lui fait toujours part de ce qu'on a écrit même si ce n'est pas un document que le jeune signe. On dit ce sur quoi on va travailler, tenter d'améliorer. Et puis on refait le point en fin d'année par rapport à ce projet. C'est cela qui permet de dire que des progrès ont été faits. Autre chose, je ne dis jamais au patient qu'on ne se reverra plus. Il y a quelque chose qui se crée, une relation. Il faut qu'il reste une porte ouverte. Je dis toujours « on s'arrête là, on fait une pause, et si jamais tu as des difficultés dans telle ou telle situation tu peux revenir ». Le patient peut donc revenir pour d'autres raisons. Je lui donne les possibilités de travail ici et je lui dis que s'il a besoin je suis là et qu'on peut retravailler ensemble.
- *Le fait d'être en institution est donc facilitateur pour interrompre une prise en charge ?*
- Oui, la séparation est moins nette. On se croise dans les couloirs. Pour se recontacter il n'y a même pas besoin de prendre le téléphone, de fixer un rendez-vous.
- *Vous parliez de la relation qui se crée durant la rééducation. Est-ce que vous avez déjà eu du mal à quitter un patient avec lequel la relation était très positive ?*
- Par rapport à la question de la relation et du transfert, c'est quelque chose auquel il faut faire attention. On sent bien qu'il y a des jeunes qui font un transfert très fort par rapport à nous. Il faut essayer de garder une juste distance. Si quelque chose se crée, c'est important de le recevoir et d'en faire quelque chose. Il faut aussi que les progrès se transposent à côté des séances. L'avantage, c'est que nous sommes plusieurs orthophonistes, et qu'on peut se passer le relais si la relation prend des proportions

difficiles à gérer. J'ai par exemple suivi une jeune l'année dernière avec qui le démarrage a été très difficile. Elle faisait des crises d'épilepsie sous forme d'absences. On ne savait pas trop où elle en était en classe. Elle pouvait aussi faire semblant d'avoir des absences quand on lui demandait un travail qu'elle n'avait pas envie de faire. Avec moi c'était difficile au départ car j'étais la nouvelle orthophoniste. Et au bout d'un trimestre, c'est le temps qu'il lui fallait pour se mettre en confiance, je n'ai plus jamais vu ces absences-là. Et un transfert très positif et important s'est mis en place, et cela a vraiment facilité le travail. Mais lors des synthèses avec les autres professionnels, j'entendais « elle ne travaille que quand elle veut », alors que je n'observais pas du tout cela en séance. Je pouvais renvoyer une autre image d'elle à l'équipe et préciser qu'elle avait des compétences qu'elle ne montrait pas en classe. Finalement elle a changé de groupe, et notre prise en charge s'est arrêtée. Ça a été un peu compliqué pour elle. Elle travaille avec ma collègue depuis. Et elle éprouve régulièrement le besoin de revenir me voir pour me dire « aujourd'hui, j'ai fait ça », « tu te souviens, on avait fait ça ensemble, il faudra que tu montres à ma nouvelle orthophoniste »... Il y a toujours quelque chose de particulier et fort entre nous. Finalement c'est bien que notre travail se soit arrêté de cette façon. Je pense que si on avait continué j'aurais su garder cette distance, mais cela aurait été plus difficile, cela va très vite. Ce transfert peut avoir des bons côtés, il favorise parfois le travail. Mais il faut être vigilant à ne pas se faire happer par cette relation. Je trouve que le plus difficile, c'est le cas des jeunes myopathes. Souvent, ils progressent pendant un certain temps, puis cela s'arrête, et leur état physique se dégrade. Ils s'accrochent souvent à la vie par autre chose que le fait de courir par exemple. Alors, souvent, l'écrit et tout ce qui est intellectuel va être très investi. J'éprouve du mal à arrêter avec ces jeunes-là car cela revient à dire « on laisse tomber, c'est fini ». Cela renvoie à la mort et j'ai donc beaucoup plus de mal à arrêter. Et je vois bien que je ne suis pas la seule dans ce cas. C'est quelque chose qui se discute entre professionnels, mais ce type de handicap reste celui qui me pose le plus de soucis.

- *Est-ce que vous ressentez le besoin de formations, de temps de réflexion par rapport à ce type de situations où vous appréhendez le côté fataliste, défaitiste d'un arrêt ?*
- C'est beaucoup parlé au sein de l'équipe, notamment dans les temps d'analyse de pratique. Je l'ai souvent évoqué car c'est compliqué. Je ne sais pas si une formation pourrait résoudre cette problématique. On peut se former pour rééduquer par exemple la dysorthographe, mais ce rapport aux gens est assez personnel, il n'y a pas de réponse toute faite, de solution miracle. C'est vraiment un travail sur soi et en équipe, avec le médecin notamment et la famille. On peut aussi estimer qu'il y a d'autres priorités que l'orthophonie. Cette question pose souci pour beaucoup de professionnels.

ANNEXE N°3: RETRANSCRIPTION DU TEMOIGNAGE N°3

Ce témoignage est celui d'une orthophoniste diplômée en 2000 à l'école de Tours. Elle travaille actuellement en libéral et a auparavant exercé en centre de rééducation fonctionnelle. Elle s'est particulièrement formée à la rééducation des troubles logico-mathématiques.

- *Avez-vous déjà été confrontée à des situations de fin de prise en charge qui vous ont posé question ?*
- En centre de rééducation fonctionnelle non, parce que à partir du moment où les patients marchaient on les faisait sortir. Donc l'orthophonie n'avait pas d'impact sur la décision d'arrêt. En libéral, oui, cela m'est arrivé. Ce n'est pas le plus fréquent mais cela m'est arrivé.
- *Y a-t-il une patientèle, une pathologie particulière qui fait émerger chez vous plus de questionnements ?*
- Je dirais que je me pose le plus de questions avec des enfants, principalement pour des soucis de régularité des séances. Mais cela m'est arrivé aussi avec des adultes qui avaient des maladies dégénératives. Il y a un moment où je me suis demandé « qu'est-ce que je peux lui apporter ? ». C'était vraiment dans les cas où je voyais que le patient ne désirait plus ou était lassé de venir. Je me suis également questionnée pour quelques cas d'aphasies avec des patients très âgés, pour lesquels l'aphasie datait de plusieurs années et pour lesquels on arrivait à un plafond depuis déjà longtemps.
- *Est-ce qu'il vous est déjà arrivé suite à ces situations particulières d'arrêter une prise en charge alors que les objectifs thérapeutiques n'étaient pas atteints ?*
- Cela m'est arrivé, mais assez rarement. Principalement à cause de soucis de régularité. Dans ces situations j'ai rencontré les parents une fois, deux fois, trois fois, et puis quand vraiment il n'y avait pas de changements j'ai dû arrêter.
- *Et est-ce que, à l'inverse, il vous est arrivé de continuer une prise en charge bien que les objectifs thérapeutiques semblent largement atteints ?*
- Non, pas quand les objectifs étaient complètement remplis. Cela m'arrive de poursuivre une prise en charge même si je pense que la rééducation orthophonique n'est pas prioritaire, et qu'il y a besoin d'autre chose, mais que les parents ne sont pas prêts. Ou bien lorsque le rendez-vous chez le psychologue ou le psychomotricien n'est pas encore pris, on poursuit pour être sûr que la famille fasse la démarche jusqu'au bout. Il n'empêche qu'au niveau orthophonique il y aurait toujours à faire, mais je sais qu'il y a des choses qui bloquent pour qu'on avance comme on le voudrait. De nombreux patients que je suis ont besoin d'être très accompagnés, et je sais que la démarche risque d'être abandonnée si je ne leur rappelle pas régulièrement ce qu'on avait prévu ensemble. Lorsque ce rendez-vous est pris, je peux faire le relais avec l'autre professionnel, puis j'interromps la prise en charge.
- *Comment préparez-vous avec le patient et sa famille l'approche de la fin de la prise en charge ?*

- On prévoit un entretien avec les parents et l'enfant. De toute façon, on n'envisage pas la fin de la prise en charge tant que tout le monde n'a pas dit « on est d'accord ». Il est très rare que l'enfant dise « moi je veux continuer », ce qui est normal. Et si les parents ne sont pas prêts on en discute, je leur donne mon point de vue et les raisons pour lesquelles je pense qu'il faudrait arrêter ou changer de prise en charge. Il y a aussi la possibilité parfois de changer d'orthophoniste, notamment pour les aphasiques qui sont suivis depuis longtemps. Cela peut redonner un peu d'entrain à tout le monde : changer de manière de faire, de personne, redonne un peu d'énergie. Souvent, on obtient une évolution à nouveau, même si cela stagne après. Tout cela s'expose, s'explique, et en général le refus n'existe plus après.
- *Avez-vous des astuces concrètes pour matérialiser l'arrêt de la prise en charge ?*
- Lorsqu'on arrête car les troubles ont disparu, on peut montrer au patient ses bilans, lui expliquer qu'il a progressé dans tous les domaines, qu'il a rattrapé son retard. On arrête la prise en charge et c'est très clair. Mais dans le cas d'une fin de prise en charge qui ne correspond pas à l'arrêt des troubles, lorsqu'il reste des troubles mais qu'on ne peut pas continuer pour telle ou telle raison, je fais en sorte de toujours laisser la porte ouverte. L'interruption est plus envisagée comme une pause que comme un arrêt. Je veux qu'ils se disent « ce n'est pas parce que je n'en ai plus besoin » et « elle ne me rejette pas ». Car il y a des enfants qui le vivent comme ça. Pour beaucoup, c'est un espace agréable, où ils viennent partager un moment. Pour certains qui se sentent en échec, repoussés, rejetés, c'est parfois difficile de s'entendre dire que l'on arrête.
- *Cela vous arrive-t-il fréquemment que le patient ou la famille se sentent rejetés, ne comprennent pas votre proposition ?*
- Des parents parfois, parce que rien d'autre n'est encore mis en place. Souvent ils ont choisi l'orthophonie car c'est la première démarche à laquelle pense l'enseignant, et ce sont les premiers troubles qui se voient. Mais s'ils viennent là, cela ne veut pas forcément dire que c'est ce qu'il faut en premier. Donc c'est à nous de les aiguiller. Parfois ils se sentent rejetés car ils sont arrivés là avec un vrai problème, qu'ils ne savaient pas quoi faire en tant que parents, et pensent que l'orthophonie est la solution. Et puis nous, de notre côté on leur dit « ce n'est pas cela qu'il faut, on vous remet sur le marché sans vous avoir aidé ». Il faut accompagner et expliquer qu'on ne les rejette pas, mais qu'on les adresse vers quelqu'un qui correspond plus aux troubles de leur enfant et qu'on se reverra après, lorsque ce sera résolu. Les parents le comprennent, et les enfants aussi, une fois que c'est expliqué. Je leur dis toujours que ce n'est pas parce qu'on ne se voit plus en rééducation qu'ils ne peuvent pas passer dire bonjour, et que bien sûr on se reverra. Je leur explique que leurs parents connaissent leurs troubles, et qu'ils seront assez attentifs pour sentir le moment où il faudra qu'ils reviennent. Ce n'est jamais une réelle fin, mais une porte ouverte pour dire « lorsque ce sera plus facile, tu reviendras vers moi ».
- *Est-ce qu'à l'inverse vous avez déjà été surprise par la demande du patient ou de la famille d'interrompre la prise en charge ?*
- Oui. La majeure partie des fois où c'est arrivé, c'est que l'enseignant du réseau d'aide avait jugé que ce n'était plus nécessaire. Et là les parents se retrouvent tiraillés entre deux professionnels à qui ils ont fait confiance, et qui ne tiennent pas le même discours. Cela devient très compliqué, parce qu'il y a deux points de vue : le point de vue scolaire qui dit que l'enfant est devenu élève, qu'en classe c'est moins difficile ; et puis notre point de vue à nous qui dit que les troubles observés sont toujours là, ou qu'on en a décelé d'autres qui ne sont pas visibles en classe, et que nos objectifs de travail ne sont pas terminés. Parfois, il faut se replacer en tant que professionnel paramédical. Cela se

rattrape si on arrive à revoir les parents, mais cela m'est arrivé que certains ne viennent plus, et en rappelant me disent qu'ils ont arrêté car ce n'était plus nécessaire. Je propose toujours qu'on se voie une dernière fois, je leur explique que je voudrais dire au revoir à l'enfant et lui rendre certaines choses qui sont dans son dossier et qu'il voudrait récupérer. A ce moment, même si leur décision est prise, je leur explique mon point de vue.

- *En dehors de ce qui est objectivé au moment du bilan final, quels autres facteurs entrent en jeu dans votre proposition de fin de prise en charge ?*
- Je tiens compte de ce qui se passe en classe, parce que, dans un sens ou dans l'autre, cela ne correspond pas toujours à ce que nous observons. Je tiens compte de la motivation de l'enfant, de sa lassitude ou au contraire de son envie. Et je tiens compte du discours des parents et de leurs attentes, parce que parfois on voit des enfants qui ne nous semblent pas avoir de gros déficits, mais qui se retrouvent en handicap dans leur classe car le niveau est très élevé. Ces situations sont toujours très compliquées. On a parfois d'une école à l'autre de grosses différences de niveau et d'attentes. Un enfant peut se retrouver très en difficulté en classe alors que nous observons des déficits, certes, mais qui ne sont pas majeurs. Dans ce cas-là, j'ai parfois suivi l'enfant, parfois pas. Mais d'une manière générale, à partir du moment où je vois qu'il est en échec, en détresse, je lui donne un petit coup de pouce. Parce qu'il y a handicap : par rapport au milieu dans lequel il se trouve, il est en décalage. Comme un enfant avec des troubles importants dans une autre classe, il vit l'échec. Si l'on faisait une hiérarchie par rapport aux autres enfants, on se dirait qu'on ne va pas le prendre en priorité, mais il est en détresse et comme d'autres il le vit mal. Les parents aussi d'ailleurs.
- *Quelle est la place du médecin traitant et de l'enseignant dans ces questions de début et de fin de prise en charge ?*
- J'ai des contacts téléphoniques, assez rares, avec le médecin, mais jamais pour cela. Ou alors dans ma décision d'adresser les parents ailleurs, pour lui demander son avis, ou pour le prévenir que j'ai demandé une ordonnance pour faire faire un bilan soit psychologique, soit psychomoteur, soit orthoptique. Avec les enseignants, oui beaucoup plus. Je contacte les enseignants au moins deux fois par année scolaire, et plus si besoin. Je me tiens informée des difficultés en classe, de ce qui pose le plus problème. Si je trouve que c'est mieux, mais que l'enseignant me dit que c'est encore difficile, j'y réfléchis, quitte à faire une pause et à reprendre un peu plus tard. Il y a un impact de l'avis de l'enseignant sur mes réflexions. A l'inverse, s'il me dit que tout va bien mais que je juge nécessaire de poursuivre, je lui explique aussi pourquoi. Cela va dans les deux sens. En général on en tire des choses positives, et on travaille en accord l'un avec l'autre.
- *Quel poids a la relation nouée avec le patient dans une proposition de fin de prise en charge ?*
- Elle a un impact certain. C'est indéniable. Mais pas de façon objective. On ne peut pas l'objectiver, c'est quelque chose que l'on vit. Il y a des patients avec qui cela colle plus ou moins. On sait qu'il ne faut pas que cela joue dans la prise en charge, mais malgré tout cela a un impact. Cela m'arrive parfois de me faire violence, quand avec un enfant c'est très difficile parce que son comportement n'est pas adapté, parce qu'il ne vient pas régulièrement, parce que notre relation est mal installée, parce qu'il est dans l'opposition... Je me fais violence pour refaire la part des choses entre ma difficulté à travailler avec lui et la nécessité d'arrêter ou pas. Ensuite, pour ceux avec qui cela se passe vraiment bien, ce n'est pas un obstacle pour arrêter, parce qu'au contraire c'est plus facile de leur dire « tu vois, entre nous cela se passe très bien, donc si j'arrête c'est

qu'on a des raisons objectives de le faire». Soit parce que l'enfant a besoin d'autre chose, soit parce qu'il n'y a plus de troubles, soit parce qu'on souhaite voir comment il se débrouille seul et qu'on reprendra après. C'est plus facile d'être clair et de dire « ce n'est pas notre relation qui est en jeu, je ne te rejette pas, tu n'as pas mal investi les choses, au contraire ». L'explication est ailleurs, et elle est plus facile à donner que « je ne m'en sors pas avec toi, c'est difficile ». Néanmoins, c'est le discours que je tiens aux parents. Quand je ne m'en sors pas avec le comportement d'un enfant, avec son opposition face à la rééducation et face aux apprentissages, je l'explique aux parents. Je leur dis que je ne m'en sors pas, qu'en libéral pour moi ce n'est pas possible, que je me remets en question, mais que je n'y arrive pas. Soit parce qu'il y aurait besoin d'autre chose, soit parce que moi je ne conviens pas.

- *Est-ce qu'à l'inverse vous sentez que cette relation joue sur la façon dont le patient investit la rééducation ? Est-ce qu'elle influe parfois sur sa volonté de poursuivre ou d'arrêter ?*
- Je pense que cela joue. Cela a dû arriver, mais je n'ai pas en tête d'enfant qui refusait de venir à cause de notre relation. C'était le plus souvent parce qu'il se lassait, parce que ce que je lui proposais ne lui convenait plus, parce qu'il avait d'autres choses en tête et que ce temps-là était trop pour lui. C'était plutôt pour des raisons matérielles que relationnelles. Maintenant, ce sont peut-être des choses que je n'ai pas senties et que j'aurais dû percevoir.
- *Et est-ce qu'une relation très positive a déjà influé sur le choix d'un patient d'interrompre la prise en charge ?*
- Non, cela ne m'est jamais arrivé. A la fin d'une prise en charge, soit c'est la fin parce que tout va mieux, et même si cela se passe bien entre nous c'est une chose très positive que d'arrêter, et c'est cela qu'ils retiennent. Soit on arrête parce qu'il y a besoin d'une autre prise en charge, et c'est parfois un peu difficile pour l'enfant à ce moment-là, mais le faire de lui dire qu'il revient quand il veut lui permet de passer assez facilement à autre chose. C'est donc rare, hormis chez des enfants qui sont dans une psychologie particulière et qui créent un lien vraiment très fort, qui investissent énormément la relation. Là j'y mettrais plus les formes. Je pense à une petite fille que je suis actuellement, qui est en maison d'accueil, et que je vois depuis plusieurs années. Je sais que le jour où l'on arrêtera, cela ne se préparera pas la veille. Parce que cela met en jeu chez elle un rejet qui correspond à bien d'autres choses. Donc cela se préparera avec sa famille d'accueil, la psychologue qui la suit, l'assistante sociale... Cela s'anticipera beaucoup. Mais c'est un cas assez exceptionnel. Les autres enfants assument assez bien un arrêt. Ce qui est difficile, c'est lorsqu'il y a un souci de régularité, car ce n'est pas l'enfant qui est en jeu, ce sont les parents. Il faut arriver à dire les choses sans remettre en cause les parents devant l'enfant. J'essaie autant que possible de tourner les choses en disant : « En ce moment c'est difficile d'organiser cette prise en charge régulière. Je ne veux pas continuer à te suivre car ne pas te voir régulièrement t'empêche de faire des progrès suffisants et tu vas être très vite déçu de venir pour rien. A un autre moment ce sera peut-être possible, mais pour l'instant, au vu de l'organisation, du travail, de l'investissement de la famille, ce n'est pas possible ». Là, c'est un peu plus difficile pour l'enfant car il n'y est vraiment pour rien. Mais il reste accompagné par ses parents qui ont un impact important.
- *Est-ce que toutes ces situations de fin de prise en charge particulières vous posent régulièrement question ?*
- Je n'ai pas de routine mise en place pour les fins de prise en charge car chaque situation est différente. J'ai beaucoup d'enfants ici porteurs de gros troubles. L'interruption de

prise en charge est donc rarement décidée par l'arrêt des troubles. C'est un cas un peu particulier. Souvent, ce qui décide, c'est l'absence d'évolution depuis trop longtemps, qui indique soit une lassitude, soit la nécessité d'une autre prise en charge. Ou bien lorsque l'évolution est continue, mais que l'enfant en a assez. Souvent les parents nous disent « cela fait deux mercredis qu'il rechigne à venir ». Dans ce cas-là on envisage une pause. Parfois cela m'arrive d'arrêter lorsque les troubles sont très importants mais que ce qui posait le plus problème est réglé. Alors on laisse les choses voguer un peu d'elles-mêmes sans aide. Les enfants ont aussi, je trouve, besoin d'être un peu plus en autonomie. Certains, à partir du moment où ils sont pris en charge par l'orthophoniste, travaillent moins à l'école, parce qu'il y a une aide. Parfois c'est aussi le cas des parents, qui proposent moins leur aide à leur enfant car ils savent qu'à l'extérieur il y a quelque chose de fait, que c'est pris en charge par quelqu'un d'autre.

- *Est-ce que vous ressentez le besoin de formations, de temps de réflexion sur la pratique, au sujet de l'approche de la fin de la prise en charge ?*
- Pour le bilan initial, on a une formation claire, avec des tests étalonnés : à tant d'écart-types il y a trouble, et on prend en charge. Pour la fin, on n'a rien. On sait que dans la réalité, il est rare d'arrêter une rééducation parce que le patient a la moyenne ou +1 écart-type partout. C'est au jugement de chacun, et parfois ce n'est pas très objectif. D'un autre côté, encore une fois, le handicap va être vécu différemment d'une famille à une autre, d'une école à une autre, d'un enfant à un autre. C'est aussi pour cela qu'on n'a pas de matériel technique et objectif. Mais parfois, je sens qu'on est à notre propre jugement, et forcément il y a des facteurs subjectifs, dont la relation, qui rentrent en jeu. Et notre jugement est parfois faussé. Il y a énormément de choses dont il faut tenir compte. J'aimerais qu'on me dise « La sécurité sociale reconnaît que, même si l'enfant n'a pas la moyenne partout, mais que tel et tel aspect vont bien, et qu'à l'école cela se passe mieux, alors vous pouvez arrêter. ». Mais cela n'existe pas, et cela n'existera jamais. Parce qu'on ne peut pas mettre tout le monde dans le même panier. Les décisions de fin de prise en charge, à part quand elles viennent des parents ou qu'elles correspondent à l'arrêt des troubles, sont difficiles à prendre. Parfois lorsque je dis au revoir à un enfant, je me mets en question : est-ce que j'ai bien fait de le laisser partir dans la nature ? est-ce qu'il va revenir s'il en a encore besoin ? est-ce que ce n'est pas trop tôt ? est-ce que ce n'est pas trop tard ? Très souvent on se dit « Je l'ai fait, il a fallu que je prenne une décision, mais je ne suis pas sûre que ce soit la bonne. ».
- *Est-ce que vous pensez à des outils qui pourraient vous aider, vous aiguiller lors de ces réflexions ?*
- Encore une fois, j'aimerais que cela existe, mais je ne vois pas du tout comment un tel outil pourrait être construit. A part s'il reprend toutes ces choses non objectivables qui sont du ressenti du patient à l'école, dans sa famille, et des projets de chacun. On ne va pas embêter un enfant avec une fréquence de séances importante par semaine ou avec des choses compliquées au niveau de la grammaire si l'objectif est de passer en SEGPA. On va peut-être fixer des objectifs plus atteignables pour positiver et sortir un peu de l'échec. Il y a tellement de choses dont il faut tenir compte que je ne vois pas comment pourrait être construit un outil qui correspondrait à tout le monde. Une liste non exhaustive serait plus possible qu'une liste exhaustive. Cela peut aussi être quelque chose qui reprend tous ces paramètres pour qu'on en tienne compte. Car peut-être que la relation avec un enfant nous fait parfois oublier certains paramètres. Ce serait bien d'avoir, pas forcément quelque chose à cocher, mais quelque chose dont il faut tenir compte. Des axes de réflexion. Après, le travail d'une référence avec les attentes de la Sécurité Sociale n'a jamais été fait. Il serait peut-être bien de le faire. Dans notre décret de compétences, il y a des éléments sur le début de la prise en charge, mais rien sur la

fin, c'est laissé à notre jugement, à celui du médecin. Et les médecins nous répondent toujours « C'est à vous de savoir », ce qui est tout à fait normal. Quelque chose qui correspondrait au bilan initial ne me semble pas possible. Quelque chose qui reprendrait tous les paramètres dont il faut tenir compte, oui.

- *Souhaitez-vous ajouter quelque chose avant de conclure ?*
- Il y a un gros impact de l'échange avec les parents et l'enfant, et de ce qu'il se passe entre eux : ce qui se dit de l'orthophonie à la maison, des progrès ou de l'absence de progrès, de comment chacun le vit. Parfois, des progrès que nous objectivons et qui nous semblent positifs ne vont pas avoir d'intérêt pour les parents. A l'inverse, eux vont observer à la maison des choses que l'on n'avait pas vues. Tout cela peut aussi être à la base d'une prise de décision d'arrêt. Pour conclure, ce n'est pas quelque chose qui se décide du jour au lendemain, mais qui se prépare et se fait d'un commun accord avec tout le monde. Je préviens par exemple toujours l'enseignant que je ne suis plus l'enfant. Parce que certaines familles oublient de le faire, et que je trouve cela important qu'il sache qu'il n'y a plus de prise en charge. Notamment pour qu'il soit attentif aux difficultés de l'enfant et propose de le faire revenir si besoin. Car l'enseignant est un intermédiaire important pour les parents.

ANNEXE N°4: LA GRILLE DE REFLEXION AUTOUR DE L'ARRET DE LA PRISE EN

CHARGE

Se dit-il prêt à cheminer sans aide ?	
Les troubles	
Quels sont les troubles observés ?	
Quel est l'écart à la norme ?	
Le patient a-t-il une bonne connaissance de son trouble, de ses difficultés ?	
Le patient est-il suivi par d'autres professionnels ?	
Le patient se sent-il gêné, voire handicapé par ses troubles ? Dans quel(s) domaine(s) ?	
Est-il en difficulté au niveau scolaire ? Dans quel(s) domaine(s) ?	

Le patient

Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
La demande du patient	
La demande initiale de prise en charge vient-elle du patient lui-même ?	
Quelles sont les attentes du patient concernant cette prise en charge ?	
La demande d'interruption vient-elle du patient ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
Si la demande ne vient pas de lui ? Est-il d'accord pour interrompre sa prise en charge ?	

Que dit-il de son niveau scolaire ?	
Semble-t-il sûr de lui dans ses apprentissages ?	
Le déroulement de la prise en charge	
Depuis quand le patient est-il suivi en orthophonie ? Cette rééducation a-t-elle déjà été interrompue ?	
Le patient est-il investi dans sa prise en charge ?	
Semble-t-il prendre plaisir à venir en séance ?	
Est-il assidu ?	
La progression du patient	
Quels progrès ont été effectués ?	

Les objectifs fixés lors du bilan initial sont-ils atteints ?	
Le patient est-il arrivé à un palier dans sa progression ?	
Une lassitude s'est-elle installée dans la prise en charge ? Des réponses ont-elles été apportées à cette lassitude ? (Révision des objectifs, aménagement d'une pause...)	
L'aspect relationnel	
Quelle relation s'est forgée entre le patient et l'orthophoniste ?	
Quels liens transférentiels se sont établis au sein de cette relation thérapeutique ?	
Cette relation est-elle favorable à la prise en charge ?	
A quoi les troubles du patient font-ils écho chez l'orthophoniste ?	

La famille

Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
La demande de la famille	
La demande initiale de prise en charge vient-elle de la famille ?	
Quelles sont les attentes de la famille concernant cette prise en charge ?	
La demande d'interruption vient-elle de la famille ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
Si la demande ne vient pas de la famille, est-elle d'accord pour interrompre la prise en charge ?	
Se sent-elle prête à interrompre la prise en charge et à prendre le relais pour épauler le patient ?	

Le déroulement de la prise en charge	
La famille est-elle investie dans la prise en charge ?	
Soutient-elle le patient dans la prise en charge ?	
A-t-elle une bonne connaissance du trouble du patient, de ses difficultés ?	
Les exercices proposés en séance sont-ils repris à l'extérieur ?	
Un membre de la fratrie est-il suivi en orthophonie ?	
L'aspect relationnel	
Quelle relation s'est établie entre la famille et l'orthophoniste ?	
Un climat de confiance s'est-il instauré entre la famille et le thérapeute ?	

L'enseignant

Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
La demande de l'enseignant	
Est-ce l'enseignant qui a conseillé une prise en charge orthophonique ?	
Quelles sont les demandes de l'enseignant concernant cette	
La demande d'interruption vient-elle de l'enseignant ? Quelles	
Si la demande ne vient pas de l'enseignant, trouve-t-il judicieux	
Le déroulement de la prise en charge	
L'enseignant est-il investi dans la prise en charge ?	

Les échanges avec l'enseignant sont-ils réguliers ?	
Le patient, du point de vue scolaire	
Que dit l'enseignant du niveau scolaire du patient ?	
Que dit-il des progrès scolaires du patient depuis le début qu'une prise en charge a été mise en place ?	
Que dit-il de l'autonomie du patient dans ses apprentissages ?	
Que dit-il des rapports du patient avec le groupe-classe ?	

Le médecin

Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
La demande du médecin	
Est-ce le médecin qui a adressé le patient vers un orthophoniste?	
S'agit-il du médecin scolaire, du médecin de la PMI, du médecin traitant ou d'un médecin spécialiste ?	
Quelles sont les demandes du médecin concernant cette prise en charge ?	
La demande d'interruption vient-elle du médecin ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
Si la demande ne vient pas du médecin, trouve-t-il judicieux d'interrompre le suivi orthophonique ?	

Le déroulement de la prise en charge	
Le médecin est-il investi dans la prise en charge ?	
Les échanges avec le médecin sont-ils réguliers ?	
L'état de santé du patient	
Que dit le médecin de l'état de santé du patient ?	

Un autre professionnel

Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
Les demandes de cet autre professionnel	
Est-ce un autre professionnel qui a conseillé une prise en charge orthophonique ?	
Quelles sont les demandes de ce professionnel concernant la prise en charge?	
La demande d'interruption vient-elle de cet autre professionnel ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
Si la demande ne vient pas de cet autre professionnel, trouve-t-il judicieux d'interrompre le suivi orthophonique ?	
Le déroulement de la prise en charge	
Ce professionnel est-il investi dans la prise en charge ?	

Les échanges avec ce professionnel sont-ils réguliers ?	
Le patient	
Quel travail a été effectué avec ce professionnel ?	
Selon sa spécialité, que dit ce professionnel des progrès du patient ?	

ANNEXE N°5: EXEMPLES DE GRILLES DE REFLEXION COMPLETEES PAR DES ORTHOPHONISTES

Se dit-il prêt à cheminer sans aide ?		oui.	
Les troubles			
Quels sont les troubles observés ?		Troubles légers mathématiques : Séparation et compréhension des notions, classification, Déficient de classification	
Quel est l'écart à la norme ?			
Le patient a-t-il une bonne connaissance de son trouble, de ses difficultés ?			
non.			
Le patient est-il suivi par d'autres professionnels ?			
		Bilan réalisé par le psychologue scolaire	
Le patient se sent-il handicapé par ses troubles ? Dans quel(s) domaine(s) ?			
Peu d'expression personnelle. Difficile d'accéder aux infos. H ne dit pas qu'elle est en difficulté scolaire.			
Est-il en difficulté au niveau scolaire ? Dans quel(s) domaine(s) ?			
		Oui, très. Niveau faible alors que ses capacités sont élevées. Niveau beaucoup trop faible pour un CM2	

Le patient H., 10 ans, CM2	
Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
La demande du patient	
La demande initiale de prise en charge vient-elle du patient lui-même ?	
non, de la maîtresse et la mère	
Quelles sont les attentes du patient concernant cette prise en charge ?	
aide en maths	idem
La demande d'interruption vient-elle du patient ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
oui : " parce que la maîtresse dit que j'ai arrivé mieux en maths "	
Si la demande ne vient pas de lui, est-il d'accord pour interrompre sa prise en charge ?	

Que dit-il de son niveau scolaire ?	Des difficultés en math, mais cela va mieux.
Semblerait-il sûr de lui dans ses apprentissages ?	Non.
Le déroulement de la prise en charge	Non. M. ne montre toujours pas qu'elle n'a pas compris.
Depuis quand le patient est-il suivi en orthophonie ? Cette rééducation a-t-elle déjà été interrompue ?	Depuis 2005 pour troubles du langage oral puis de l'acquisition du langage écrit.
Le patient est-il investi dans sa prise en charge ?	Peu, passive.
Semblerait-il prendre plaisir à venir en séance ?	Non.
Est-il assidu ?	Oui.
La progression du patient	Quelques progrès ont été effectués.
Quels progrès ont été effectués ?	"J'arrive mieux à faire les multiplications et les problèmes".
Les objectifs fixés lors du bilan initial sont-ils atteints ?	Non.
Le patient est-il arrivé à un palier dans sa progression ?	Non.
Une lassitude s'est-elle installée dans la prise en charge ? Des réponses ont-elles été apportées à cette lassitude ? (Révision des objectifs, aménagement d'une pause...)	"J'en peux plus". Un entretien avec M. et sa mère a eu lieu pour remonter M. Mais il lui a été impossible d'exprimer sa demande.
L'aspect relationnel	Quelle relation s'est forgée entre le patient et l'orthophoniste ?
Quels liens transférentiels se sont établis au sein de cette relation thérapeutique ?	Fugitive, inaccessible. Passive. Pas de relation possible car M. ne se permet pas.
Cette relation est-elle favorable à la prise en charge ?	De ma part : fatigue et lassitude face à cette grande passivité et inhibition.

Que dit-il de son niveau scolaire ?	Des difficultés en math, mais cela va mieux.
Semblerait-il sûr de lui dans ses apprentissages ?	Non.
Le déroulement de la prise en charge	Non. M. ne montre toujours pas qu'elle n'a pas compris.
Depuis quand le patient est-il suivi en orthophonie ? Cette rééducation a-t-elle déjà été interrompue ?	Depuis 2005 pour troubles du langage oral puis de l'acquisition du langage écrit.
Le patient est-il investi dans sa prise en charge ?	Peu, passive.
Semblerait-il prendre plaisir à venir en séance ?	Non.
Est-il assidu ?	Oui.
La progression du patient	Quelques progrès ont été effectués.
Quels progrès ont été effectués ?	"J'arrive mieux à faire les multiplications et les problèmes".

La famille

Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
La demande de la famille	
La demande initiale de prise en charge vient-elle de la famille ?	
oui + de l'init.	
Quelles sont les attentes de la famille concernant cette prise en charge ?	
A médiation globale du niveau scolaire.	
La demande d'interruption vient-elle de la famille ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
non.	
Si la demande ne vient pas de la famille, est-elle d'accord pour interrompre la prise en charge ?	
oui.	
Se sent-elle prête à interrompre la prise en charge et à prendre le relais pour épauler le patient ?	
à interrompre oui mais je sais que la relation ne sera pas faite.	

Le déroulement de la prise en charge

La famille est-elle investie dans la prise en charge ?	
	selon ses dires oui...
Soutient-elle le patient dans la prise en charge ?	
oui.	oui mais accepte l'idée d'un arrêt sans problème
A-t-elle une bonne connaissance du trouble du patient, de ses difficultés ?	
non.	
Les exercices proposés en séance sont-ils repris à l'extérieur ?	
non.	
Un membre de la fratrie est-il suivi en orthophonie ?	
non.	
L'aspect relationnel	
Quelle relation s'est établie entre la famille et l'orthophoniste ?	
A l'écoute de nos entretiens mais étonnamment peu inquiète des difficultés de M.	
Un climat de confiance s'est-il instauré entre la famille et le thérapeute ?	
oui.	

L'enseignant

Lors du bilan initial et Des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin De la prise en charge
La demande de l'enseignant	
Est-ce l'enseignant qui a adressé le patient vers un orthophoniste ?	
oui.	
Quelles sont les demandes de l'enseignant concernant cette prise en charge ?	
Aide globale = compréhension surtout, raisonnablement.	
La demande d'interruption vient-elle de l'enseignant ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
non.	
Si la demande ne vient pas de l'enseignant, trouve-t-il judicieux d'interrompre le suivi orthophonique ?	
non demandé encore.	
Le déroulement de la prise en charge	
L'enseignant est-il investi dans la prise en charge ?	
oui.	

Les échanges avec l'enseignant sont-ils réguliers ?	
Contacts réguliers	Régulièrement : équipe éducative.
Le patient, du point de vue scolaire	
Que dit l'enseignant du niveau scolaire du patient ?	
	* Démunie face aux difficultés scolaires de M. : Passivité en classe.
Que dit-il des progrès scolaires du patient depuis le début qu'une prise en charge a été mise en place ?	
Progrès mais pas assez importants.	
Que dit-il de l'autonomie du patient dans ses apprentissages ?	
Faibles.	Ne montre pas son incompréhension.
Que dit-il des rapports du patient avec le groupe-classe ?	
DAS.	

Le médecin

Lors du bilan initial et Des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin De la prise en charge
La demande du médecin	
Est-ce le médecin qui a adressé le patient vers un orthophoniste ?	
non.	
S'agit-il du médecin scolaire, du médecin de la PMI, du médecin traitant ou d'un médecin spécialiste ?	
traitant.	
Quelles sont les demandes du médecin concernant cette prise en charge ?	
La demande d'interruption vient-elle du médecin ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
non.	
Si la demande ne vient pas du médecin, trouve-t-il judicieux d'interrompre le suivi orthophonique ?	
pas de contact.	

Le déroulement de la prise en charge

Le médecin est-il investi dans la prise en charge ?	
non.	
Les échanges avec le médecin sont-ils réguliers ?	
un contact tél. au sujet du bilan psg. mais pas plus d'informations.	
L'état de santé du patient	
Que dit le médecin de l'état de santé du patient ?	
PAS -	

Un autre professionnel *RASED + psy scolaire*

Lors du bilan initial et	Lorsque se pose la question de la fin
Des premières séances	De la prise en charge
Les demandes de cet autre professionnel	
Est-ce un autre professionnel qui a adressé le patient vers un orthophoniste ? Lequel ?	
<i>non</i>	
Quelles sont les demandes de ce professionnel concernant la prise en charge ?	
<i>/</i>	
La demande d'interruption vient-elle de cet autre professionnel ?	
Quelles sont les raisons évoquées ?	
<i>non</i>	
Si la demande ne vient pas de cet autre professionnel, trouve-t-il judicieux d'interrompre le suivi orthophonique ?	
<i>pas de contact</i>	
Le déroulement de la prise en charge	
Ce professionnel est-il investi dans la prise en charge ?	
<i>Oui, observe de grosses difficultés et des stratégies de contournement.</i>	

Les échanges avec ce professionnel sont-ils réguliers ?

	<i>Equipe éducative récemment.</i>
Le patient	
Quel travail a été effectué avec ce professionnel ?	
Selon sa spécialité, que dit ce professionnel des progrès du patient ?	
<i>RASED : M. fait en sorte de gagner du temps. Ne dit pas qu'elle n'a pas compris. S'oblige à pas être consciente de ses difficultés.</i>	
<i>Psy scolaire : 22 ans de décalage avec son âge. Inhibition massive, ne cherche pas si elle ne sait pas. Besoin d'être rassurée. Rapi sur elle même.</i>	

Le patient F - 15 ans - GS Classe 3

Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge	
La demande du patient		
La demande initiale de prise en charge vient-elle du patient lui-même ?	non, mais lors du bilan F est demandeuse d'aide.	
Quelles sont les attentes du patient concernant cette prise en charge ?	opérations + calcul mental elle ne pas avoir de difficulté en résolution de problème	
La demande d'interruption vient-elle du patient ? Quelles sont les raisons évoquées ?	oui - l'agende et meilleurs résultats scolaires	
Si la demande ne vient pas de lui, est-il d'accord pour interrompre sa prise en charge ?	-	

Se dit-il prêt à cheminer sans aide ?	"besoin encore d'un peu d'aide" paradoxal car elle souhaite éviter	
Les troubles		
Quels sont les troubles observés ?	- plaque les stratégies de résolution - ne peut pas toujours se fier à la mémoire - difficulté de compréhension du langage mathématique - plaque souvent les stratégies de résolution - ne maîtrise pas l'inclusion	- ne peut pas toujours se fier à la mémoire - plaque souvent les stratégies de résolution
Le patient a-t-il une bonne connaissance de son trouble, de ses difficultés ?	F est consciente qu'elle a des difficultés mais ne sait pas les préciser.	
Le patient est-il suivi par d'autres professionnels ?	psychomotricien diplômé + maître éducateur	
Le patient se sent-il handicapé par ses troubles ? Dans quel(s) domaine(s) ?	"un petit peu en classe"	
Est-il en difficulté au niveau scolaire ? Dans quel(s) domaine(s) ?	matières compréhension le	idem, même s'il y a des progrès

Que dit-il de son niveau scolaire ?	
Ben a put les maths "un petit peu difficile"	
Semble-t-il sûr de lui dans ses apprentissages ?	
Non, besoin du regard de l'adulte ++ (en classe comme en orthophonie)	
Le déroulement de la prise en charge	
Depuis quand le patient est-il suivi en orthophonie ? Cette rééducation a-t-elle déjà été interrompue ?	
depuis février 2010 - Sans interruption	
Le patient est-il investi dans sa prise en charge ?	
oui	
Semble-t-il prendre plaisir à venir en séance ?	
F. rechigne à travailler au début de séance mais retrouve le sourire dès qu'elle réunit.	
Est-il assidu ?	
oui	
La progression du patient	
Quels progrès ont été effectués ?	
- meilleure maîtrise d'une situation de problème - meilleure chose de l'opération adéquate (+ ou -) - meilleure maîtrise de la classification.	

Les objectifs fixés lors du bilan initial sont-ils atteints ?	
a les subtils, mais n'a pas encore automatisé les procédures.	
Le patient est-il arrivé à un palier dans sa progression ?	
non.	
Une lassitude s'est-elle installée dans la prise en charge ? Des réponses ont-elles été apportées à cette lassitude ? (Révision des objectifs, aménagement d'une pause...)	
F. est un peu lassée de la répétition de problèmes, mais en comprend l'utilité.	
L'aspect relationnel	
Quelle relation s'est forgée entre le patient et l'orthophoniste ?	
sentiment de confiance moins d'embarras dans la relation patient / orthophoniste	
Quels liens transférentiels se sont établis au sein de cette relation thérapeutique ?	
-	
Cette relation est-elle favorable à la prise en charge ?	
+/- oui	

La famille

Lors du bilan initial et des premières séances de la demande de la famille	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
La demande initiale de prise en charge vient-elle de la famille ?	
non	
Quelles sont les attentes de la famille concernant cette prise en charge ?	
nous n'en avons pas connaissance	
La demande d'interruption vient-elle de la famille ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
non	
Si la demande ne vient pas de la famille, est-elle d'accord pour interrompre la prise en charge ?	
famille pas encore consultée	
Se sent-elle prête à interrompre la prise en charge et à prendre le relais pour épauler le patient ?	
idem	

Le déroulement de la prise en charge	
La famille est-elle investie dans la prise en charge ?	
	non
Soutient-elle le patient dans la prise en charge ?	
	non
A-t-elle une bonne connaissance du trouble du patient, de ses difficultés ?	
	nous n'en avons pas connaissance
Les exercices proposés en séance sont-ils repris à l'extérieur ?	
	non
Un membre de la fratrie est-il suivi en orthophonie ?	
	non
L'aspect relationnel	
Quelle relation s'est établie entre la famille et l'orthophoniste ?	
	aucune
Un climat de confiance s'est-il instauré entre la famille et le thérapeute ?	
	non

L'enseignant

Lors du bilan initial et des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin de la prise en charge
La demande de l'enseignant	
Est-ce l'enseignant qui a adressé le patient vers un orthophoniste ?	
oui, car difficultés en mathématiques	
Quelles sont les demandes de l'enseignant concernant cette prise en charge ?	
Compréhension de l'information ségrégation analyse	
La demande d'interruption vient-elle de l'enseignant ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
non	
Si la demande ne vient pas de l'enseignant, trouve-t-il judicieux d'interrompre le suivi orthophonique ?	
F.a encore des besoins. Ce serait dommage d'arrêter maintenant.	
Le déroulement de la prise en charge	
L'enseignant est-il investi dans la prise en charge ?	
oui	

Les échanges avec l'enseignant sont-ils réguliers ?	
oui	
Le patient, du point de vue scolaire	
Que dit l'enseignant du niveau scolaire du patient ?	
encore des difficultés en compréhension	
Que dit-il des progrès scolaires du patient depuis le début qu'une prise en charge a été mise en place ?	
Analyse plus pertinente meilleure démarche réflexive F. semble un peu plus sûre d'elle.	
Que dit-il de l'autonomie du patient dans ses apprentissages ?	
difficile - réfléchit pour elle-même - beaucoup mieux depuis 1 mois - prend acte de ses	
Que dit-il des rapports du patient avec le groupe-classe ?	
+	

Le médecin

Lors du bilan initial et Des premières séances	Lorsque se pose la question de la fin De la prise en charge
La demande du médecin	
Est-ce le médecin qui a adressé le patient vers un orthophoniste ?	
non	
S'agit-il du médecin scolaire, du médecin de la PMI, du médecin traitant ou d'un médecin spécialiste ?	
-	
Quelles sont les demandes du médecin concernant cette prise en charge ?	
-	
La demande d'interruption vient-elle du médecin ? Quelles sont les raisons évoquées ?	
non	
Si la demande ne vient pas du médecin, trouve-t-il judicieux d'interrompre le suivi orthophonique ?	
pas encore consulté	

Le déroulement de la prise en charge	
Le médecin est-il investi dans la prise en charge ?	
non	
Les échanges avec le médecin sont-ils réguliers ?	
non	
L'état de santé du patient	
Que dit le médecin de l'état de santé du patient ?	
RAS	

Résumé:

Tout au long de la prise en charge orthophonique se pose, de façon latente, la question de son arrêt. Il s'agit, dans cet ouvrage, de mettre en avant les facteurs qui conditionneraient le succès d'une fin de rééducation. Ainsi, nous développerons d'une part nos hypothèses théoriques : Il s'agit pour le thérapeute d'être vigilant aux phénomènes de transfert et à l'écoute des demandes des divers partenaires de la rééducation, ce tout au long du suivi. D'autre part, nous évoquerons, en nous appuyant sur des témoignages d'orthophonistes, la pluralité de situations de fin de prises en charge et les questionnements qui en découlent chez le thérapeute. Cette étude nous permettra enfin de proposer une grille de réflexion aidant l'orthophoniste à juger du bien-fondé d'une interruption de prise en charge chez l'enfant.

Summary:

During the speech therapy process, one wonders when treatment should be put to an end. In this work are put forth the factors that should allow the successful end of rehabilitation. In so doing, we will develop, on the one hand, theoretical assumptions: a therapist must, at all times, pay attention to the transference phenomenon and must have an ear out for the multiple demands from the rehabilitation partners. On the other hand, based on speech therapists' testimonial, will be mentioned diverse situations in which therapy was ended, and the questions that it led to. Thanks to a reflection grid, this study will aid speech therapists in the evaluation of the need to end a child's rehabilitation.

Mots clefs:

Orthophonie – Fin de prise en charge – Transfert – Demande – Enfant – Grille de réflexion