

Université de Nantes

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

Année Universitaire 2012/2013

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

présenté par **Aimée Levy**
Née le 15/07/1982

L'accueil d'un patient en Orthophonie : les enjeux des premiers instants de chaque séance.

Président du Jury : Monsieur Jean-Pierre Leloup,
Psychomotricien

Directeur du Mémoire : Madame Claire Vigne-Lebon,
Orthophoniste

Membre du Jury : Madame Cécile Orphelin, Orthophoniste

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
PARTIE THEORIQUE:.....	5
I. L'ORTHOPHONIE, UNE PRATIQUE QUI NE CESSE D'EVOLUER	5
A. L'orthophonie à ses débuts	5
B. Evolution de la profession	8
II. LA RELATION, LA RENCONTRE	13
A. Que signifient ces notions?	13
B. Relation et rencontre en Orthophonie	18
C. L'écoute.....	23
D. La demande, l'investissement	25
E. Le cadre : comment l'établir et quel est son rôle	28
III. LE CORPS, SOURCE D'INDICES ESSENTIELS.....	35
A. La communication non-verbale	35
B. L'attitude du professionnel face à ces indices	41
IV. L'ESPACE ET LE TEMPS.....	44
A. L'espace:	44
B. Le temps:.....	48
PARTIE PRATIQUE:	52
ORGANISATION DE L'ÉTUDE:.....	52
A. Questionnement initial	52
B. Problématique et hypothèses	53
C. Méthodologie	53
I. RENCONTRE, RELATION.....	58
A. Premières minutes : moment de rencontre ?	58
B. Une rencontre particulière.....	63
C. La rencontre n'est pas toujours possible pendant les premières minutes	68
D. Qu'est-ce qui permet la rencontre ?	70
II. CORPS	77
A. Communication non verbale	77
B. Aller chercher l'enfant	78
C. L'installation	83
III. ESPACE:	90
A. Différents espaces	90
B. Le bureau	93
IV. TEMPS:	96
A. Les différents temps du début de séance.....	96
B. Régularité et surprises.....	101
C. La séance dans la journée de l'enfant et de l'orthophoniste:	103

D.	Un temps nécessaire pour l'orthophoniste.....	104
E.	Quelques minutes qui peuvent s'éterniser.....	106
F.	Début de séance ou moment de transition ?	106
V.	MATÉRIEL:	107
A.	Un petit temps sans matériel.....	107
B.	Comment choisit-on les premières activités?	108
C.	Des habitudes, des rituels en lien avec le matériel.....	109
VI.	OBJECTIFS DE LA RÉÉDUCATION	110
A.	A quelle occasion les évoque-t-on ?.....	110
B.	Dans quel but ?.....	114
	DISCUSSION.....	116
A.	Observations générales :	116
B.	Interprétation des résultats.	117
C.	Réponse aux hypothèses de travail.	119
D.	Limites et perspectives de la recherche.	120
	QU'EN DISENT LES PATIENTS ?.....	121
A.	Présentation des résultats	122
B.	Discussion	127
	CONCLUSION	132
	TABLE DES MATIERES	135
	Annexes	141
	QUESTIONNAIRES	142
	REFORMULATIONS.....	143
	ORTHOPHONISTES RENCONTREES	144
	TEMOIGNAGES D'ORTHOPHONISTES	145
	TEMOIGNAGES DE PATIENTS	158

INTRODUCTION

L'origine de cette étude est une simple intuition : « Et si les toutes premières minutes de séance avaient une importance capitale ? ». L'ouvrage que nous proposons ici n'a pas pour objectif de donner des réponses, mais plutôt de poser des questions, et d'amener nos lecteurs à se poser des questions: Comment faire pour installer l'enfant dans la séance? Et dans la prise en charge? Est-il possible, au cours de ces toutes premières minutes de séance, de mettre en place des éléments qui favoriseront le déroulement de la suite?

Notre intention n'est pas d'apporter une recette miracle, mais de relater ce qui, selon une poignée de professionnels, pourrait favoriser une meilleure « installation » de l'enfant dans la séance. Nous souhaitons par ce moyen amener les lecteurs à réfléchir à ce qui pourrait les aider, eux, en fonction de leur personnalité, de celle du patient, de ce qui est amené à un moment « x » de la prise en charge et d'un certain nombre de facteurs influant sur le déroulement des séances.

Le sujet ici concerne les premières minutes de séance. Notre but n'est pas de nous consacrer uniquement à la première rencontre, lors du bilan. Ce thème sera bien sûr abordé, car il fait partie du sujet, mais ne constituera pas le cœur de notre recherche. Il aurait été tout à fait possible de ne se concentrer que sur cet aspect: ce qui se joue lors de la première rencontre ; cela a d'ailleurs déjà été fait, dans le cadre de mémoires de fin d'études. Ce qui nous intéresse ici, ce sont les premières minutes des séances en général, autant au début qu'à des moments plus avancés de la prise en charge.

Nous avons choisi de restreindre nos recherches aux séances menées avec les enfants et adolescents, le choix de la population étant l'une des rares variables qui nous permettait de limiter l'ampleur de notre sujet.

Au moment où nous avons choisi de travailler sur les premières minutes de séance, nous avons été très surprises de constater que chaque personne, orthophoniste ou non, avec qui cette question était abordée proposait des idées tout à fait différentes de celles des autres. Cela nous a fait réaliser à quel point ce sujet était large, et à quel point la sensibilité

de chaque personne influait sur ce qu'elle considérait comme important au cours de ces premières minutes. Ces discussions ont permis de choisir comment aborder ce sujet, quelle méthodologie employer : l'enquête par entretien.

Ainsi nous avons rencontré vingt orthophonistes, nous leurs avons posé cinq questions très larges pour leur permettre de nous exposer ce qu'elles considéraient comme important. Une fois la décision prise de rencontrer des orthophonistes, il nous a paru nécessaire de demander aux autres acteurs de ces rencontres, aux jeunes patients, ce qu'ils pensaient de ce moment. Cette seconde enquête se situe en marge de notre étude.

Ce travail présentera ainsi dans un premier temps les apports théoriques utiles pour bien appréhender les premières minutes de séance. Il se poursuivra par la présentation des entretiens réalisés auprès des orthophonistes, puis par l'analyse de leurs réponses. Il se terminera par la présentation et l'analyse des entretiens réalisés auprès des patients.

Le sujet de notre recherche faisant appel à des notions très diverses, nous avons fait le choix de commencer notre partie théorique par un rappel de l'histoire de l'orthophonie en France, puis d'aborder la relation et la rencontre, le corps et enfin l'espace et le temps.

PARTIE THEORIQUE:

I. L'ORTHOPHONIE, UNE PRATIQUE QUI NE CESSE D'EVOLUER

A. *L'orthophonie à ses débuts*

1. Les prémices

Le terme d'« orthophonie » est apparu en 1829 quand le Dr Marc Colombat (1797-1851) a ouvert l'institut orthophonique de Paris pour les bègues. On y traitait des déficiences purement fonctionnelles : surdité, troubles d'articulation ou bégaiement.

C'est près de cent ans plus tard seulement que, en grande partie grâce   Suzanne Borel-Maissonny, l'orthophonie a commencé   prendre son essor.

Née en 1900, phonéticienne et grammairienne de formation, elle fut appelée, en 1926, par le Dr Victor Veau qui avait entendu parler de ses travaux. Celui-ci opérait les enfants atteints de fentes palatines, et souhaitait savoir s'il était possible de les aider à recouvrer une voix et une articulation meilleures. Elle commença ainsi ses premières rééducations auprès de ces patients. Ses résultats furent publiés dans la Revue de phonétique en 1929.

Suzanne Borel-Maisonny organisa la rééducation des troubles de la parole, de la voix et du langage au sein de l'hôpital. Elle fit ainsi émerger une nouvelle discipline : l'orthophonie. Beaucoup considèrent d'ailleurs sa collaboration avec le Dr Veau comme l'acte de naissance de notre profession.

2. Suzanne Borel-Maisonny et le développement d'après guerre

Le milieu du XXe siècle a offert un contexte favorable au développement de l'orthophonie, qui se situait déjà, à l'époque, au « carrefour », au croisement de plusieurs disciplines déjà reconnues : la médecine, la psychiatrie et la pédagogie.

À la fin de la guerre, le développement de l'« état providence » et la création de la sécurité sociale ont ouvert la voie à l'orthophonie.

Au cours des décennies qui ont suivi la seconde guerre mondiale, on a procédé à une scolarisation massive de la population. En parallèle, le poids des exigences de l'institution scolaire s'est considérablement accru, et un secteur a été créé pour aider les enfants qui ne pouvaient répondre à celles-ci. Le nombre de professionnels intervenant en cas d'échec scolaire s'est multiplié. On a commencé à réellement prendre en compte la souffrance psychique qui s'associait souvent à l'échec scolaire. C'est dans ce contexte que l'orthophonie s'est développée.

Dès 1947, le remboursement partiel des « soins orthophoniques » a été autorisé. Cette décision prise par les pouvoirs publics a inscrit l'orthophonie dans le cadre de la médecine, et a ainsi donné la prééminence à la rééducation médicalisée.

Suzanne Borel-Maisonny, grâce à un travail acharné, a permis à l'orthophonie de devenir une profession reconnue. Entourée d'une équipe de pionnières, équipe qu'elle a

elle-même formée, elle unifia sous le terme d'orthophonie la prise en charge d'une grande variété de troubles, que leur origine soit fonctionnelle, organique, traumatique, ou due à des handicaps divers.

C'est avec son équipe que Suzanne Borel-Maisonny obtint la délivrance des premières *Attestations d'étude d'orthophonie*, en 1955, entraînant ainsi la création des premiers centres de formation. En 1963, avec l'Association des Rééducateurs de la Parole, du Langage Oral et Écrit et de la Voix (l'ARPLOEV) elle créa la revue *Rééducation Orthophonique*.

En 1964, avec la loi du 10 juillet, les conditions d'exercice de la profession ont été réglementées et le diplôme national, le certificat de capacité d'orthophonie, fut institué. C'est ainsi que, presque trente ans après le début des travaux de Suzanne Borel-Maisonny, l'orthophonie fut véritablement reconnue.

Après cela, et jusqu'à la fin de sa vie, elle continua de pratiquer l'orthophonie, de former des futurs collègues et de publier (entre 1929 et 1989 on lui attribue plus de 250 contributions consacrées à des sujets très divers ; pour n'en citer que quelques uns : le retard de parole, les aphasies, le bégaiement, l'articulation, les dyslexies, les dysorthographies.).

3. La place du relationnel à cette époque

Même si l'on trouve très peu d'écrits concernant la place du relationnel dans la pratique orthophonique, force est de constater que celle-ci n'a jamais été inexistante. Ainsi, une orthophoniste témoigne de sa première rencontre avec Suzanne Borel-Maisonny : « *On m'a traînée dans son bureau, je ne la vois pas. Tout d'un coup, j'entends une voix, dans un coin qui me dit : « Entrez, entrez Mademoiselle, entrez donc, entrez. » Elle était à quatre pattes, en train de faire la vache, en train d'établir un contact avec cet enfant [...]. Je ne sais pas si j'ai compris quelque chose, là. Je me suis dit : « C'est assez magique ». Elle était un peu « sorcière » entre guillemets. »¹*

¹ TAIN, L. (2007). *Le métier d'orthophoniste, langage, genre et profession*. Rennes : Editions ENSP. p.83.

Les premières orthophonistes ont témoigné de l'intérêt pour la psychologie, à une époque où l'on donnait beaucoup de place aux théories psychanalytiques. Si certaines professionnelles ont été influencées par ces théories, modifiant ainsi leur pratique (elles évitaient d'utiliser un guide-langue avec leurs patients, par exemple, pour ne pas faire intrusion dans la bouche des enfants, qui était le lieu de l'investissement psychique d'après les conceptions freudiennes), les pionnières de l'orthophonie ont pris leurs distances avec les conceptions psychanalytiques et ont préféré prendre en compte les aspects psychologiques de la relation thérapeutique.

On note également l'intérêt de certains orthophonistes pour l'aspect relationnel de leur métier avec la création, en 1963, du Syndicat National indépendant des orthophonistes, SNIO. Celui-ci, devenu depuis la Fédération des orthophonistes de France, FOF, a mis en avant une conception du soin insistant sur le rôle thérapeutique de la relation.

En dehors de ces quelques informations concernant un intérêt des orthophonistes pour la relation, il a fallu attendre Claude Chassagny et sa création de la Pédagogie Relationnelle du Langage pour que celle-ci soit véritablement abordée.

B. *Évolution de la profession*

1. Évolution en parallèle à celle de la place de l'enfant.

Née pendant la première moitié du XXe siècle, l'orthophonie n'a cessé d'évoluer depuis. En parallèle à cette évolution, au cours des dernières décennies, la place des enfants a profondément changé.

Nous avons évoqué plus tôt le processus de scolarisation massive, qui a eu un impact non seulement sur la vie des enfants mais aussi sur celle de toute la famille (les enfants ne participant plus aux revenus de la famille). On peut aussi mentionner les effets de la commercialisation de la pilule contraceptive. Avoir un enfant était devenu un choix. L'organisation de la famille, ainsi que la place de l'enfant, ont été modifiées par ces progrès.

Dans les lois, les enfants ont commencé à être pris en compte. En 1959, la charte des droits de l'enfant a été adoptée à l'unanimité par l'ONU. C'est trente ans plus tard que cette même organisation adoptera la Convention Internationale des droits de l'enfant.

Ainsi, comme le mentionne **Martine Delfos** dans son livre *De l'écoute au respect, communiquer avec les enfants*, « l'intérêt porté à l'enfant s'est accru. L'attention converge de plus en plus vers l'enfant et l'intérêt pour ses opinions grandit »¹.

Profession « au carrefour » de plusieurs autres disciplines, telles que la médecine, la pédagogie, la psychologie, la psychanalyse et bien d'autres, l'orthophonie évolue et se développe dans ce contexte de changement.

En 1968 et 1981, deux théories de rééducation naissent, fondées toutes les deux sur la dynamique de la relation.

2. Deux théories de rééducation fondées sur la dynamique de la relation

Ces théories s'intitulent la Pédagogie Relationnelle du Langage et la Thérapie du Langage et de la Communication.

a) La Pédagogie Relationnelle du Langage

Claude Chassagny est l'un des grands noms de l'orthophonie en France. Né en 1927 (au moment où Suzanne Borel-Maisonny faisait ses armes à l'hôpital), et mort en 1981, il a créé la Pédagogie Relationnelle du Langage.

Claude Chassagny a été sensibilisé très jeune aux difficultés liées au langage, car il avait lui-même des troubles sévères du langage écrit. Devenu instituteur, il s'est vite intéressé aux enfants en difficulté. Exerçant dans différents établissements et services

¹ **DELFO**, M. (2007). *De l'écoute au respect, communiquer avec les enfants*. Ramonville Saint Agne : Eres p.11.

spécialisés, il a développé des méthodes de rééducation, en travaillant avec des enfants dyslexiques.

En 1958, il a créé l'APRD (Association Pour la Rééducation des enfants Dyslexiques), devenue l'IPERS (Institut Pédagogique d'Enseignement Rééducatif Spécialisé) en 1971. C'est en 1968 qu'il a élaboré la Pédagogie Relationnelle du Langage (P.R.L.).

Inspiré par divers courants (pédagogie, linguistique, psychanalyse...), il a intégré les apports de Freud dans son approche du langage. La P.R.L. envisage celui-ci comme faisant partie de l'humain, indissociable de la construction du sujet. Son objectif est d'accueillir le symptôme, sans que celui-ci ne devienne l'objet central de la rencontre. La Pédagogie Relationnelle du Langage n'a pas été créée pour le seul usage des orthophonistes. Elle s'adresse aussi aux éducateurs, aux psychomotriciens, aux assistants sociaux et aux travailleurs sociaux.

La P.R.L. n'a rien d'une formation donnant des techniques pour rééduquer ses patients. Il s'agit, selon **Claude Chassagny**, d'une "*réflexion [qui] ne peut être accessible qu'à des professionnels possesseurs d'une technique d'intervention et qui se posent des questions sur le sens de leur profession*"¹. Le thérapeute qui utilise la « Méthode Chassagny » doit en permanence remettre sa pratique en question. Il doit trouver, pour chaque patient, une manière de poser les problèmes, en fonction de ce qui le constitue. Grâce à la P.R.L., le thérapeute accède à une manière d'être en relation qui permet au patient d'être reconnu et donc de s'impliquer peu à peu comme sujet de son dire.

C'est la dimension relationnelle qui constitue la base de la P.R.L.. Le thérapeute cherche, comme le mentionnent **Isabelle Jean** et **Catherine Vannier** dans leur mémoire, à « *aider la personne à trouver un mieux-être général qui passe par un mieux-être dans ses relations aux autres. [...] Il faut alors ré-envisager la dynamique même de la rééducation* »².

Pour que celle-ci soit possible, il faut l'adhésion du sujet. Le thérapeute doit pour cela trouver un équilibre, « *entre prendre en compte le symptôme et en même temps laisser*

¹ **CHASSAGNY, C.** (1977). *La pédagogie relationnelle du langage*. Paris : Presses Universitaires de France p. 57.

² **JEAN I.** et **VANNIER C.**, *L'orthophonie, une histoire, un contexte...* Mémoire d'orthophonie, Nantes, 1985 p.93

à l'enfant les moyens de résoudre ses difficultés, le laisser agir et en même temps le soutenir par des propositions structurantes»¹. Le patient est très impliqué, même s'il ne s'en rend pas toujours compte, dans le déroulement de ses séances. On lui demande systématiquement ce qu'il souhaite faire. Le thérapeute, lui, doit rester disponible pour son patient. Il peut éventuellement l'aider, l'accompagner, mais il n'est pas en position de savoir, au contraire. Il s'agit de respecter le sujet, autant dans ce qu'il est que dans ce qu'il exprime à travers son symptôme. La relation transférentielle est prise en compte dans la P.R.L.. Nous la développerons dans une partie ultérieure de cette étude.

Le patient doit être considéré dans sa globalité. On tient compte de ses mots et on cherche à les associer à son histoire. Il ne s'agit pas de les interpréter, mais d'essayer de comprendre de quelle façon les mots résonnent en lui. D'après **Maëlle Béguin**, « *Le rééducateur a pour rôle d'aider l'enfant à trouver l'usage du code, le désir d'entrer dans le champ symbolique de l'adulte, de la communication socialisée, émergeant de la dynamique de la relation* ».²

C'est au début des années 80 qu'une formation dans le même esprit a été mise en place, à l'initiative du Docteur Geneviève Dubois : la Thérapie du Langage et de la Communication.

b) La Thérapie du Langage et de la Communication

C'est associée à Marc Lindenfeld, psychanalyste, et avec une équipe d'orthophonistes et de phoniatries que Geneviève Dubois, phoniatre, a créé à Bordeaux, en 1981 la Thérapie du Langage et de la Communication, communément appelée T.L.C..

Les professionnels qui ont intégré à leur pratique l'approche de la T.L.C. se revendiquent comme des thérapeutes, non comme des rééducateurs. Selon eux, une rééducation vise à l'éradication d'un trouble, au rétablissement d'une norme par des procédés d'entraînement. Une Thérapie du Langage et de la Communication, elle, a à cœur de recevoir le symptôme et intègre pour cela les outils, les techniques qui leur viennent de leur formation professionnelle, pour les réinvestir « *d'une valeur médiatrice et*

¹ Ibid.

² **BÉGUIN M.**, *Orthophonie et Psychothérapie*, Mémoire d'orthophonie, Nantes, 2002. p.14

symbolique »¹. D'après **Geneviève Dubois**, ce qui met à part la T.L.C., c'est le regard que les thérapeutes portent sur le trouble, ainsi que leur approche thérapeutique. Ils s'inscrivent dans une perspective de soins.

L'intérêt marqué de ces thérapeutes pour le symptôme indique leur rattachement à la sphère de la psychanalyse. **Geneviève Dubois** écrit que « *les troubles présentés par le sujet ont valeur de symptôme, c'est-à-dire qu'ils sont chargés du « discours de l'inconscient* » ».²

Le principe de base de la Thérapie du Langage et de la Communication est que le trouble n'est pas seulement un dysfonctionnement ou un handicap, « *il s'inscrit dans le réseau relationnel et les conflits intrapsychiques du sujet* »³. Il a du sens, c'est pourquoi le sujet a tant de mal à s'en détacher. Le rôle du thérapeute T.L.C. est d'entendre cela, d'utiliser ses techniques comme des médiateurs potentiels, en privilégiant, quoi qu'il arrive, l'écoute du sujet. Cette écoute est fondamentale.

Une des premières étapes de la prise en charge du patient est d'aider celui-ci à s'approprier la démarche de venir voir son thérapeute. Le patient n'est pas considéré comme un objet, mais comme un sujet. Il doit s'investir sinon rien ne sera possible.

La relation thérapeutique qui s'instaure est la rencontre de deux sujets. Elle s'apparente au transfert, qui est repéré par le thérapeute. Le rôle fondamental de la relation est perçu par tous, le patient n'est pas, en effet, une machine qui fonctionne mal, c'est un être humain qui n'a pas pu investir le langage. « *C'est à travers cette relation privilégiée qu'il faut d'abord savoir créer, que le sujet développera son désir d'évolution, son désir d'accepter notre langage comme un langage commun, un langage pour lui.* »⁴

Dès les toutes premières séances, la notion de contrat est abordée avec les patients. Ce contrat, basé sur la parole, donne du sens au travail qui sera accompli. Il permet d'évoquer avec le patient et sa famille les objectifs de la prise en charge, les méthodes utilisées, le cadre de travail et les étapes. Il permet également d'en aborder la fin. Ce contrat est considéré comme essentiel, car il montre dès le départ l'intérêt du professionnel pour le sujet, et permet d'établir la relation thérapeutique.

¹ Lettre de **Geneviève Dubois**, http://ateliersT.L.C..free.fr/index_fichiers/Page370.htm

² Ibid.

³ Ibid.

⁴ **DUBOIS G.** (2001). *L'enfant et son thérapeute du langage*. Paris: Masson. p.12

C'est au travers de nombreuses activités comme le jeu, le dessin, les marionnettes, les contes, la lecture, l'écriture, la narration... que le sujet est amené à créer, en relation avec son thérapeute, « *un espace imaginaire où se rejouent ses conflits intrapsychiques, reconnus, contenus, libérés.* »¹

Une pratique basée sur la Thérapie du Langage et de la Communication suppose, pour le professionnel, de se remettre en question en permanence, en trouvant sa place, à une distance juste du patient. Son rôle est d'écouter son patient, de le guider, l'accompagner, et parfois le rassurer. Comme dans la Pédagogie Relationnelle du Langage, le thérapeute n'est pas en position de savoir, ni de maîtrise, il est celui qui écoute le sujet et le reconnaît.

Ces deux théories de rééducation accordent ainsi un grand intérêt à la dynamique de relation, intérêt qui n'avait jamais été réellement exprimé jusque là dans les textes concernant la pratique orthophonique. Aujourd'hui, même si la proportion d'orthophonistes se revendiquant comme appartenant à l'une ou l'autre de ces théories reste faible, la notion de relation est perçue par tous. Elle est prise en compte dans la pratique des orthophonistes.

Il convient donc de définir les notions de relation, de rencontre, dans le contexte de l'orthophonie.

II. LA RELATION, LA RENCONTRE

A. **Que signifient ces notions?**

1. Définition de la rencontre, de la relation et du relationnel

¹ Op.cit.

Dans le dictionnaire Larousse¹, on peut lire que le terme de rencontre définit non seulement le « *Fait de rencontrer fortuitement quelqu'un* », mais aussi une « *entrevue, conversation organisée entre deux ou plusieurs personnes* ». Cette définition de la rencontre est complétée par celles des verbes « rencontrer » et « se rencontrer ». Celles-ci, pourtant proches, montrent les différentes facettes de la rencontre : le verbe « rencontrer » signifie « *Se trouver en présence de quelqu'un sans l'avoir voulu ; faire la connaissance de quelqu'un, entrer en relation avec lui* ». Le verbe « se rencontrer » n'a pas cette notion de fortuit, de non voulu, il signifie « *Se trouver en même temps au même endroit, faire connaissance* ».

La rencontre, en orthophonie, se rapproche plus de cette dernière définition: nous nous trouvons en même temps et au même endroit avec un patient, il s'agit d'une rencontre prévue, voulue, et nous faisons connaissance. C'est la rencontre qui permet d'instaurer une relation.

Une des définitions de la relation est le « *lien existant entre des choses, des personnes ; le rapport.* ». Relationnel est un adjectif « *Relatif aux relations entre les individus* ». Ces définitions sont succinctes, et ne permettent pas d'appréhender à quel point ces notions sont essentielles en orthophonie.

Deux types de relations sont à étudier pour mieux cerner l'importance du relationnel en orthophonie : la relation d'aide et la relation de soin.

2. La relation d'aide

D'après **Carl Rogers**, la relation d'aide est une « *situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser [...] une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage des ressources* »². La relation d'aide est une catégorie de relations interpersonnelles parmi d'autres (relations parents-enfants, amicales, professionnelles, etc.).

¹ *Le petit Larousse illustré* (2006). Paris : Larousse.

² **ROGERS C.R.** (1970) *La relation d'aide et la psychothérapie*, tome 1. Paris: les Editions Sociales Françaises, p.95

La relation d'aide en orthophonie est particulière. Elle est très différente de la relation parent/enfant, constituée de profonds liens affectifs. Nous ne sommes pas non plus dans le cadre de la relation maître/ élève, relation asymétrique impliquant deux statuts, l'un détenant le savoir, l'autre devant l'acquérir. Et bien qu'étant également dans le cadre thérapeutique, elle se différencie aussi de celle d'un médecin et de son patient : le diagnostic, les prescriptions du médecin ainsi que ses conseils sont respectés, ils font autorité. On pourrait établir d'autres comparaisons, mais on voit grâce à ces quelques exemples le caractère singulier de la relation qui unit l'aidant et l'aidé.

Il est nécessaire, dans notre pratique, d'apprendre à reconnaître tout ce qui caractérise la relation d'aide et de prêter attention aux relations qui se développent entre nos patients et nous.

D'après **Amélie Guéhennec**,¹ quatre points sont *essentiels pour aider véritablement son patient*: l'intérêt authentique que l'on lui porte, l'absence de jugement, les limites de l'espace thérapeutique et l'absence de toute forme de pression.

Pour aider un patient, nous devons l'accepter en tant que personne, et ressentir un réel intérêt à son égard. C'est en exprimant de la chaleur humaine, de l'intérêt, de la sympathie que l'on rend la relation possible. Le thérapeute doit parvenir à s'impliquer affectivement, mais dans une certaine mesure: un lien affectif trop marqué est à éviter, tout comme une réserve trop importante. En restant dans ces limites, le thérapeute peut contrôler ses propres émotions et rester sensible aux besoins de son patient.

La seconde notion essentielle à la relation d'aide est l'absence totale de jugement ou d'attitudes morales. Toutes les paroles, tous les sentiments exprimés par le patient sont acceptés. Qu'il exprime des sentiments, des propos honteux, agressifs ou coupables, il sera entendu, sans que soit émis de jugement de valeur. C'est l'acceptation de ce qui est dit ou exprimé qui donne à la relation d'aide une place inédite : il existe peu de relations où l'on puisse exprimer tout ce que l'on souhaite sans être confronté à un jugement.

Les limites de l'espace thérapeutique constituent la troisième caractéristique de la relation d'aide. Celles-ci sont déterminées à l'avance et permettent de donner un cadre à la prise en charge. Elles existent pour aider le patient, leur absence pourrait être extrêmement anxiogène. Les limites du temps sont exposées lors des tous premiers entretiens: chaque séance dure un temps donné, le plus souvent trente minutes ; quand celui-ci est écoulé, le

¹ **GUEHENNEC A.** *Que faire de l'angoisse en orthophonie*, Mémoire d'orthophonie, Nantes, 2008, p. 101

patient doit accepter la fin de l'entretien. Il arrive qu'il veuille continuer, mais imposer cette règle est nécessaire pour permettre à l'enfant de mettre son temps à profit. Les limites se manifestent de plusieurs autres façons: si le patient est libre d'exprimer tous ses sentiments, en paroles comme en actes, il ne peut nous agresser physiquement, ou détruire tout ce qui l'entoure. On cherche à mettre des mots, du sens sur ce qu'il exprime mais en fixant des limites. Celles-ci sont verbalisées, expliquées sans jugement ni implication excessive. Elles permettront à l'enfant de mieux percevoir les limites en dehors de ce lieu privilégié, dans le cadre de la vie en société, et ainsi d'être mieux armé pour y faire face et s'y adapter.

L'absence de toute forme de pression est la dernière caractéristique de la relation d'aide. Le rôle du thérapeute est d'accueillir la parole du patient, de l'écouter, non d'influencer des choix ou des attitudes. Il s'agit plutôt de l'encourager, au travers d'une attitude positive, à développer une pensée autonome. Cette absence d'attentes, de jugement et de pression permet au patient d'être lui-même. Il n'a pas à tenir compte des ressentis, des émotions de son interlocuteur ou de ce qu'il attend de lui et peut donc s'exprimer plus librement. Pour un enfant, c'est souvent une situation inédite: ni ses relations avec ses enseignants ni celles avec sa famille ne lui laissent une telle liberté. On note qu'une des particularités de la prise en charge orthophonique est l'absence de pression temporelle.

Ces quatre notions sont essentielles. Il est primordial pour un orthophoniste d'en avoir connaissance, et ainsi instaurer la relation adéquate avec leurs patients avec d'autres « armes » que la simple intuition.

3. La relation de soin

La relation de soin est une notion qui, bien que proche de la relation d'aide, en diffère par certains aspects. Moins abordée dans la littérature, elle a été largement évoquée lors d'une conférence tenue à Nantes le 10 décembre 2011 avec pour sujet «La Relation de Soins : Une Rencontre Singulière». **Alain Brice**, Psychanalyste, Enseignant-Chercheur et chargé de cours à l'École d'Orthophonie de Nantes, a fait un exposé intitulé " La rencontre clinique, les à-côtés de la relation".

En guise d'introduction, M. Brice a évoqué l'origine de la notion de relation de soin, en faisant le lien avec la *kliniké* des grecs, qui date de l'Antiquité. Il s'agit d'une posture du

médecin qui doit non seulement s'intéresser au corps du patient mais aussi à ce qu'il dit de sa souffrance. Cet effort du praticien d'entendre son patient ne se limite pas à ce qu'il verbalise, il s'agit ici de l'entendre dans tout ce qu'il exprime (silences, murmures,...). L'écoute du patient est revenue sur le devant de la scène avec **Freud** qui, confronté à la plainte d'une de ses patientes, fonda une nouvelle pratique clinique, reposant entièrement sur la relation de soin centrée sur l'écoute et les effets de la parole. « *Ce sera la naissance d'une nouvelle clinique, la clinique psychanalytique, une nouvelle éthique de la relation de soin qui engage autant le soignant que le soigné.* »¹

Tout comme dans la relation d'aide, la posture clinique dans la relation de soin ne repose pas sur des sentiments. « *La relation de soin est d'abord un effort, un travail physique et psychique qui engage la personne même du thérapeute. Elle est la condition de l'écoute* »². D'après M. Brice, le plus grand risque auquel est confronté le thérapeute est le désir de « communiquer », en particulier de « communiquer trop tôt ». Dans la relation de soin, il ne s'agit pas de comprendre les patients, mais de les entendre.

Chercher à instaurer une communication trop tôt pourrait avoir des effets néfastes sur la relation de soin. C'est ainsi que la notion de rencontre a été introduite. Par rencontre, on s'approche de l'idée de faire la connaissance de quelqu'un: cela suppose de laisser de côté ce que l'on sait pour apprendre des choses du patient. Ce moment, que M. Brice nomme « *moment de perplexité* », est nécessaire et rend la rencontre possible. « *Il est comme un entre-deux, une respiration – un espace psychique – entre le savoir du thérapeute et le savoir du patient. [...] La rencontre serait donc en quelque sorte cette part dans la relation de soin qui laisse la place au discours du patient, de la méconnaissance de lui-même et du sens de son symptôme, seule susceptible de permettre des effets de changements* ».³

La rencontre dans la relation de soin ne repose donc pas sur des connaissances, mais sur une capacité à laisser son savoir de côté, à être dans le doute, dans la recherche. C'est ainsi que l'on peut entendre son patient, le reconnaître en tant que sujet, en tant qu'être singulier. Chaque patient étant unique, la rencontre avec celui-ci le sera également.

Ces notions de rencontre, de relation sont essentielles en orthophonie. La première rencontre est un moment crucial, toujours pris en compte, on y porte une attention

¹ **BRICE A.** Intervention lors de la conférence du 10 décembre 2011 « La relation de soin, une rencontre singulière ».

² Ibid.

³ Ibid.

particulière, mais il ne s'agit pas du seul moment de rencontre de la prise en charge.

B. *Relation et rencontre en Orthophonie*

1. Orthophonie, une relation duelle

La relation qui se crée entre le patient et l'orthophoniste est, la plupart du temps, une relation duelle. Les groupes animés ou co-animés par un orthophoniste sont différents, mais nous avons choisi de ne pas les étudier ici. Comme son nom l'indique, une relation duelle est une relation qui se forme entre deux individus. C'est une relation gratifiante pour le patient.

Un patient reçu chez son orthophoniste bénéficie de toute son attention. Les liens qui se nouent ont non seulement pour but de le faire progresser, mais aussi de lui permettre de s'épanouir. C'est grâce à eux qu'il pourra se confier, et ressentir du plaisir dans un échange avec un adulte.

Un des rôles de l'orthophoniste est de montrer à son patient qu'il a la capacité de décider, de faire les choses lui-même. Il veille à le valoriser, à lui faire constater ses propres progrès. C'est en partie grâce à son aide que l'enfant peut prendre confiance en lui, et se mobiliser pour surmonter ses échecs.

En plus d'être gratifiante, la situation duelle est plus facilement motivante chez le patient, en particulier chez les enfants. Au cours de sa rééducation, le patient n'a pas à se comparer avec les autres, cela peut être très bénéfique. C'est cette situation affectivement sécurisante qui peut aider à faire naître et grandir, chez l'enfant, une réelle appétence à la communication.

C'est dès la première rencontre, après l'entretien avec l'accompagnant, que le patient et l'orthophoniste se retrouvent seuls, en situation duelle.

2. Bilan ou première rencontre

La première rencontre, le jour du bilan, est un moment d'une importance capitale dans l'établissement de la relation patient-orthophoniste. On met en place, au cours de ce

premier rendez-vous, les bases de la rééducation à venir. Bien sûr, une rencontre qui ne se fait pas au cours des premiers rendez-vous n'est pas forcément vouée à l'échec, mais une première rencontre réussie est de bon augure pour la suite.

a) Premières impressions

La première rencontre entre deux individus, que ce soit dans le cadre de l'orthophonie ou ailleurs, n'est pas neutre. Les impressions initiales sont d'une grande importance : on perçoit souvent les autres de la même façon que l'on l'a fait lors de ce tout premier contact. **Léonard Zunin**, psychiatre, et **Nathalie Zunin** ont écrit un ouvrage consacré aux toutes premières minutes d'une rencontre. Lorsqu'ils évoquent le cas des professions libérales, ils écrivent que ces toutes premières minutes passées dans le bureau d'un professionnel « *peuvent exercer une influence déterminante sur la confiance qu'elle aura dans les conseils, les plans ou les traitements que l'on leur proposera.* »¹

Il s'agit donc de prêter attention à la façon dont on reçoit les patients et leur entourage pour la première fois.

b) La situation de bilan

Lors de sa première rencontre avec son patient, avant de devoir faire passer des épreuves de bilan, l'orthophoniste cherche à obtenir des informations autour de plusieurs thèmes : non seulement l'anamnèse qui apporte des éléments importants de l'histoire et du développement de l'enfant, mais aussi l'histoire du trouble, la personnalité de l'enfant et ses relations avec son entourage.

Au cours de cet entretien, l'orthophoniste doit parvenir à concilier écoute, l'écoute attentive de ce que le patient et ses parents révèlent, et recueil d'informations. C'est un équilibre qui n'est pas facile à trouver. Livrer des parties de leur histoire, de celle de leur enfant peut parfois faire naître ou accentuer chez le père ou la mère du patient l'angoisse d'être de mauvais parents. Pour l'orthophoniste, trouver la bonne posture permet d'éviter de créer ou de renforcer un malaise souvent existant chez les parents.

¹ **ZUNIN L. & N.** (1975). *Contact, les quatre premières minutes d'une rencontre*. Montréal : Les éditions de l'homme.

c) Établir un contact

Au-delà de la quête d'informations, la situation de bilan est d'abord une rencontre, un essai de compréhension. Il s'agit de parvenir à un contact personnel et à une réceptivité, une disponibilité qui ont pour effet de mettre les gens à l'aise. On essaie donc créer un climat de confiance, en essayant de comprendre l'enfant et en évitant tant que possible les interprétations trop hâtives.

Avant de commencer quoi que ce soit sur le plan technique, on tente de nouer avec l'enfant un « dialogue », un échange informel qui permet au langage d'exister et de circuler.

Le contact que nous établissons avec le patient lors de la première rencontre est différent de la véritable relation que nous aurons plus tard quand la prise en charge aura commencé. Il s'agit plutôt d'une disponibilité, d'une certaine aptitude à regarder l'autre, et d'une écoute élargie qui sait recevoir et capter non seulement ce qui vient du patient et de son entourage, mais aussi ce qui vient de soi-même.

d) Accueillir le sujet

L'orthophoniste, tout au long de la rééducation -et dès la première rencontre- s'intéresse d'abord au patient et à ce qu'il a à dire. Lors du bilan, on ne le considère pas comme un objet dont on va parler, que l'on va évaluer, mais plutôt et avant tout comme un sujet à qui l'on parle ; on accorde de la valeur à sa parole. S'adresser en premier lieu à l'enfant peut être une façon de le lui faire sentir.

Par des regards, des questions, on exprime de l'intérêt vis-à-vis de lui, et cela pour lui permettre de s'inscrire dans la situation de bilan, et pour ouvrir la possibilité d'une demande de sa part.

D'après **Yves de la Monneraye**, pour « *faire passer cet [enfant] du statut d'objet d'une demande à celui de sujet désirant ou ne désirant pas. Il n'y a qu'une manière,*

délicate : elle consiste à dire à l'enfant de quel discours il est l'objet. »¹

e) Comprendre pour pouvoir s'impliquer

Un des éléments essentiels lors du premier entretien avec le patient est de lui expliquer pourquoi il est là. Les enfants ont le plus souvent une idée de la raison de leur venue, mais celle-ci peut être floue.

Ils appréhendent souvent l'évaluation, en effet il est difficile quel que soit son âge, de se voir observé, objectivé, et jugé dans ses capacités. En leur expliquant qui il est, ce qui va se passer et pour quelles raisons, l'orthophoniste permet à l'enfant d'accepter cette évaluation et de s'y impliquer.

Cette volonté de faire comprendre les choses au patient va au-delà de la situation de bilan. En sortant de ce premier entretien, il doit avoir compris quels sont ses troubles, ce qu'il peut attendre de son orthophoniste, ce en quoi consiste la rééducation et le rôle qu'il aura dans celle-ci. Donner aux enfants et aux adolescents le choix de commencer ou non une rééducation, et leur indiquer que la décision de mettre un terme à celle-ci dépendra d'eux facilite leur implication dans la rééducation, et permet d'instaurer la relation patient-orthophoniste.

f) Accueillir sans juger

L'absence de jugement est l'un des aspects essentiels de la relation d'aide. Le jour du bilan, l'orthophoniste accueille le patient et son entourage avec un respect absolu de ce qu'il est et de ce qu'il dit. Chaque individu est accepté dans sa singularité, soutenu dans sa parole, et non jugé ou influencé de quelque manière que ce soit.

C.R. Rogers, dans son ouvrage *La relation d'aide et la psychothérapie*, le décrit de cette façon : « *Le client part, la situation étant plus nettement définie dans son esprit, les choix possibles clarifiés, et la réassurance réconfortante obtenue que quelqu'un l'a compris et qu'en dépit de ses problèmes et de ses attitudes, ce quelqu'un a été capable de*

¹ **DE LA MONNERAYE Y.** (2005). *La parole rééducatrice*. Paris : Dunod. p.134

l'accepter. Tout cela fait qu'il est beaucoup plus habile à l'égard de la situation, que le client qui quitte l'entretien la tête pleine de conseils mal digérés, irrité par quelques-uns, sentant qu'il s'est trompé dans beaucoup de ses actes, et moins confiant qu'avant en lui-même »¹

La première rencontre permettant de commencer à construire la relation avec le patient et sa famille, il est primordial de faire découvrir à cet enfant la fonction libératrice de la parole et l'atmosphère de non jugement qui permet de s'exprimer.

Comme le dit **Raymond Vallée**, « *reconnu dans son droit à la difficulté, l'enfant acceptera d'en dire plus, sécurisé aussi par le fait qu'il ne se sentira pas jugé, mais accepté dans son rythme, dans son droit de ne pas comprendre d'emblée, dans son droit d'être maladroit dans l'expression de son être. Libéré du jugement de valeur, libéré par la possibilité d'exprimer ses ressentis, il peut alors s'identifier positivement à l'adulte, et faire sa demande d'accès à la culture.* »²

g) Reconnaissance de la parole, de la place de chacun

C'est au cours du bilan que la relation d'aide semble se déterminer, comme le dit **Françoise Martineau**, « *dans la reconnaissance de la parole et de la place de chacun des partenaires* »³ : L'enfant d'abord, bien que dépendant de ses parents, sera entendu. Sa parole et ses choix seront pris en compte. Les parents, reconnus dans leur rôle auprès de leur enfant, seront tenus au courant dans la mesure du possible du déroulement des séances. L'orthophoniste, enfin se positionne en tant que professionnel que l'on est venu consulter pour une aide pour l'enfant. Il donne son avis, avec comme objectif se mettre au service des patients. Il explique qu'il n'est pas celui qui résoudra les problèmes de son patient, mais au contraire qu'il sera celui qui l'accompagnera pour qu'il les résolve lui-même.

L'orthophoniste devra se rendre disponible au cours de cette première rencontre

¹ **ROGERS C.R.** (1970) *La relation d'aide et la psychothérapie*, tome 1. Paris: les Editions Sociales Françaises. p.174

² **VALLEE, R.** (1995). *L'intervention rééducative dans l'espace du langage*. Parempuyre : Editions du Non-Verbal. p.109-110

³ **MARTINEAU F.** *De la relation d'aide, définie au cours du bilan entre l'orthophoniste et les consultants*. Mémoire d'orthophonie, Nantes, 1996. p.94

pour pouvoir établir une relation avec le patient et sa famille, pour recevoir leur parole ainsi que leur demande. Enfin, ce sera son rôle de distinguer les demandes de chacun : celle de l'instituteur, celle des parents, de l'enfant, mais aussi la sienne.

La première rencontre est donc un moment crucial, non seulement dans la construction de la relation avec le patient ainsi qu'avec ses parents, mais aussi dans l'implication de celui-ci dans sa rééducation. L'accueil que l'on réserve à un patient, dès la première rencontre et au cours des suivantes, joue un rôle dans la reconnaissance de ce qu'il est, dans sa valorisation, et « pose les premières pierres » de la construction d'une confiance réciproque.

3. Le renouvellement d'une rencontre

Même si la première rencontre a une importance considérable, elle permet seulement d'initier la relation avec l'enfant et son entourage. Tous les orthophonistes lui prêtent une grande attention, à raison, pourtant la question de l'accueil est loin de se limiter à la première séance, ou même aux toutes premières séances. Il faut du temps pour construire et structurer une relation intersubjective. Celle-ci se construit progressivement au cours de la rééducation du patient, que la première rencontre se soit bien déroulée ou non.

C. **L'écoute**

Au cours de cette étude, l'écoute a été évoquée à plusieurs reprises. Elle apparaît, comme en filigrane, dans la majorité des documents que nous avons étudiés.

D'après le dictionnaire Larousse, écouter quelqu'un signifie « être attentif », « tenir compte » de ce qu'il « dit, exprime, désire ». On remarque dans cette définition qu'avant même d'entre dans la sphère du soin, l'écoute ne s'applique pas uniquement à ce qui est dit, verbalisé, mais aussi à ce qui est « exprimé » - nous verrons plus avant que la communication passe non seulement par ce qui est dit mais aussi par les gestes, les regards,

la posture,... etc. Dans ce terme « exprimé », on perçoit ce principe d'aller au-delà de la communication verbale. On note aussi qu'écouter signifie tenir compte de ce que l'autre « désire ». C'est un élément essentiel qu'il convient de garder à l'esprit.

Dans le domaine du soin, le fait d'accorder de la valeur à l'écoute n'est pas un phénomène récent. On l'a déjà mentionné, **Sigmund Freud** a formulé l'hypothèse que l'écoute du sujet souffrant produit des effets sur sa souffrance elle-même. Le rôle de l'orthophoniste est bien différent de celui de l'analyste, pourtant les effets de l'écoute doivent être pris en compte pour que la relation patient-orthophoniste puisse s'établir. Écouter son patient, le laisser exprimer véritablement ses opinions et ses sentiments, c'est lui apporter une aide effective, c'est aussi un bon moyen de rehausser sa motivation. D'après **Jacques Salomé**, « *écouter signifie être capable de recevoir / recueillir ce que l'autre veut nous dire, au niveau et avec l'intention qui est la sienne de permettre l'émergence de ce qu'il a du mal à dire, de respecter ce qu'il veut peut-être voiler, cacher ou retenir. C'est aussi être capable de reprendre et de résumer ce que l'autre vient de dire* »¹. Ainsi, d'après lui, la reformulation fait partie intégrante de l'acte d'écoute.

Ce sont les thérapeutes du langage qui ont le plus écrit sur l'écoute en orthophonie. D'après **Geneviève Dubois** et **Jean-Pierre Kuntz**, « *écouter, c'est être totalement réceptif à la parole de l'autre, à ses mots, à ses gestes, à ses priorités, à ses hésitations, à ses regards, à ses défenses. [...] C'est se placer dans une position de non-pouvoir et de non-savoir sur l'autre, car l'autre a tout à nous apprendre si nous savons être disponibles, prêts à nous laisser surprendre et étonner.* »² Nous retrouvons ici le « moment de perplexité » évoqué par M. Brice lors de la conférence du 10 décembre 2011 sur la relation de soin.

Pour que l'échange soit possible avec le patient, on doit lui faire sentir qu'il est un interlocuteur valable, et cela est possible grâce à l'écoute. **Roland Vallée** accorde une grande valeur à celle-ci. « *Mon objectif principal, c'est de redonner sens à la parole de l'enfant. Dans mon écoute, l'enfant doit retrouver son droit à la parole, retrouver le goût de vivre une relation, de communiquer.* »³. Selon lui, l'écoute aide aussi le patient à accéder à une parole sur l'histoire de ses difficultés, à mieux comprendre ce qu'il vit, ce qu'il est, ce qui lui permettra de retrouver le désir d'apprendre. L'écoute existe dès le

¹**SALOME J.** (2003). *Relation d'aide et formation à l'entretien*. Villeneuve d'Ascq : Editions septentrion. p.68

²**DUBOIS G., KUNTZ J.-P.** (1999). *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*. Paris : Masson. p.23

³**VALLEE R.** (1995). *L'intervention rééducative dans l'espace du langage*. Parempuyre : Editions du Non-Verbal. p.40

premier instant de la rencontre, et doit être maintenue tout au long du processus thérapeutique.

D. ***La demande, l'investissement***

Nous allons maintenant nous intéresser aux notions de demande et d'investissement. Pour qu'une prise en charge puisse fonctionner, pour qu'elle puisse avoir des répercussions positives sur le patient, on a besoin de l'investissement de tous les acteurs de cette relation : le patient bien sûr, mais aussi l'entourage de celui-ci et l'orthophoniste.

Or, l'investissement dépend de plusieurs facteurs : les plus importants sont l'appropriation de la demande par le patient que nous allons évoquer ici, ainsi que la confiance, qui sera abordée dans un chapitre ultérieur.

1. La demande

Le dictionnaire Larousse définit le terme « demande » comme « *l'action de demander quelque chose, de faire savoir ce que l'on souhaite, ce que l'on désire* »¹. La demande ne naît pas au moment du premier entretien, elle existait avant cela, c'est elle qui a incité les parents du patient à prendre rendez-vous avec l'orthophoniste. Elle n'est pas fixe et est amenée à évoluer.

La demande est liée à la plainte. Lors du premier rendez-vous, le patient ou l'adulte qui l'accompagne exprime une plainte. S'ils viennent consulter un professionnel, c'est qu'un problème, une gêne existent, ressentis ou non par le patient. La plainte est formulée, et sous-entend une demande : « Voici ce qui ne va pas, vous serait-il possible de nous aider ? ». Lors de la première rencontre, l'orthophoniste doit s'intéresser à cette plainte, et chercher à savoir si c'est la même pour tout le monde, et qui l'a formulée. L'indication vient-elle de la maîtresse, de l'école, de la famille ?

Une autre question est essentielle : le patient est-il gêné, ressent-il le besoin d'être aidé ? Désire-t-il une prise en charge ? S'il n'éprouve pas ce désir, ce besoin, comment

¹ *Le petit Larousse illustré* (2006). Paris : Larousse.

pourrait-il s'investir dans la rééducation ?

2. L'investissement

« S'investir » signifie, d'après le dictionnaire Larousse, « *mettre toute son énergie dans une action, une activité.* », c'est aussi « *accorder beaucoup d'importance à [quelque chose], s'impliquer* »¹.

a) Comment favoriser l'investissement du patient

Pour que l'investissement du patient soit possible, il doit s'être approprié la demande de soin. C'est un patient placé en « position d'objet » par son entourage qui arrive pour la première fois face à l'orthophoniste. Le rendez-vous a été pris car la maîtresse, ou l'un des parents a remarqué que l'enfant ou l'adolescent pourrait avoir besoin de l'aide d'une orthophoniste. Si ceux-ci l'ont réalisé, l'enfant, lui, n'a pas forcément pris conscience de ses difficultés, il vient à leur demande, il est en position d'objet. Celle-ci est passive ; le patient qui restera dans cette position ne pourra vraiment s'impliquer dans la rééducation. Pour qu'il le puisse, l'orthophoniste va devoir l'aider à devenir sujet. Il va l'accueillir, lui, en tant que personne à part entière dont la parole a de la valeur. Il va exprimer de l'intérêt pour ce que l'enfant souhaite, ce qu'il désire. C'est de cette façon, en se rendant disponible pour le patient, que le thérapeute lui permettra de s'approprier la demande et de s'investir dans la rééducation.

Aider l'enfant à devenir sujet est donc une condition nécessaire pour que la prise en charge soit investie par le patient. Il ne s'agit pas néanmoins de la seule condition.

b) L'investissement des parents

¹ Ibid.

L'orthophoniste doit tenir compte des parents : leur avis a une influence réelle sur l'investissement de leur enfant dans la rééducation. En effet, si ceux-ci ne croient pas que la prise en charge peut aider leur enfant, s'ils ne sont pas motivés et voient le fait de l'emmenner comme un fardeau, il ne se sentira pas autorisé à s'investir dans la prise en charge. Ce sont les parents qui laissent à leur enfant la liberté d'évoluer hors de leur champ d'influence. S'ils ne le lui permettent pas, l'enfant ne pourra s'en dégager seul.

Une alliance doit être établie, les parents doivent être impliqués. Un équilibre doit être trouvé entre la préservation d'un espace consacré uniquement au patient et l'implication de son entourage.

Les patients adolescents diffèrent des enfants en ce qui concerne l'implication de leurs parents : celle-ci a tendance à les gêner, car les séances d'orthophonie sont vécues comme un temps qui leur est personnel. L'orthophoniste doit donc trouver l'approche adéquate entre le respect de leurs désirs et la relation de confiance établie avec les parents.

L'investissement de l'entourage des patients est perceptible tout au long de la rééducation : les parents qui s'investissent ont à cœur d'amener leur enfant à l'heure et de prévenir le thérapeute des absences éventuelles. En revanche, on peut deviner chez les patients qui arrivent fréquemment en retard, qui ne viennent pas en séance, ou qui arrêtent brutalement de venir, un désinvestissement de leurs parents. Ceux-ci n'ont d'ailleurs pas forcément pleinement conscience de ce désinvestissement.

Ainsi, pour que la rééducation du patient se déroule au mieux, il est indispensable qu'une liaison soit établie entre l'orthophoniste et la famille de celui-ci.

c) *Le rôle du thérapeute*

Nous avons évoqué certains aspects du rôle du thérapeute pour permettre au patient de s'approprier la demande et de s'investir dans la rééducation.

Son rôle ne s'arrête pas là. En plus du lien qu'il aura établi avec la famille du patient, l'orthophoniste qui sera en contact avec l'école du patient, qui aura interagi avec son enseignant aura plus de « clefs » pour favoriser l'investissement du patient dans sa

prise en charge. Il peut aussi être utile d'apporter conseils et informations aux enseignants, qui souhaitent souvent en recevoir afin d'être à même de mieux soutenir leurs élèves.

L'investissement de l'orthophoniste sera donc nécessaire. Il devra par ailleurs prendre conscience de son désir par rapport au patient, et avoir réfléchi au transfert et au contre-transfert. Ce phénomène sera étudié un peu plus loin dans ce chapitre.

Le thérapeute devra prendre suffisamment de recul par rapport à ses désirs pour écouter ceux du patient et l'accompagner. Il devra aussi comprendre qu'il est là en priorité pour être un soutien au désir d'apprendre, et non un soutien aux apprentissages. Son aide permettra au patient de se poser des questions, et pas seulement de répondre à celles des autres.

Ainsi, même si l'investissement du patient dans sa prise en charge dépend en grande partie de lui-même, il peut être favorisé par des dispositions prises par son thérapeute. Le rôle de celui-ci est aussi d'instaurer le cadre de la rééducation.

E. *Le cadre : comment l'établir et quel est son rôle*

1. Que signifie ce terme ?

Le terme de cadre, souvent utilisé, est loin d'être simple à définir quand il s'agit de rééducation orthophonique. D'après la définition du dictionnaire, « cadre » peut signifier « *le contexte d'une action quelconque (le cadre d'un exposé...)* », mais aussi « *l'ensemble des limites et des interdits dont dispose toute personne pour mener une action (exemple : cadre éducatif)* ».

Dans le contexte de l'orthophonie, il n'existe pas « un » cadre défini. Le cadre dépend de chaque patient, il n'y a pas de « mode d'emploi » immuable car chaque situation est unique. Le cadre est donc mis en place non seulement en fonction de l'environnement, du temps et des circonstances, mais aussi en fonction du thérapeute et du patient qu'il rencontre.

2. Établir le cadre

L'élément le plus évident du cadre est l'endroit où l'on accueille les patients. La configuration de la pièce, que ce soit en cabinet ou dans un centre, joue un rôle important ; nous le développerons dans le chapitre consacré à l'espace.

Un autre point nécessaire à la mise en place du cadre est l'énonciation de règles, qui seront essentielles pour le bon déroulement de la rééducation. On explique à l'enfant ce que les patients ont le droit de faire et ne pas faire au cours des séances, l'endroit où celles-ci vont se dérouler, quel matériel sera à sa disposition. On lui explique pourquoi ce matériel ne pourra être ramené à la maison, et qu'il ne pourra être ni cassé ni volé. On peut énoncer aussi en place une règle simple mais non négociable : ni le patient ni l'orthophoniste ne peut faire de mal à l'autre ou se faire mal.

Le cadre n'est pas une suite de règles imposées aux patients de façon arbitraire, il s'agit au contraire de respect mutuel : dans le cas des horaires par exemple, ceux-ci seront respectés dans la mesure du possible par le patient et par l'orthophoniste, et on veillera à prévenir en cas d'annulations.

Établir un cadre signifie donc poser des limites claires et faire comprendre au patient et à son entourage les règles et les places de chacun dans la relation, en veillant à ce que cela ne soit pas perçu comme de l'autoritarisme, mais comme le moyen de favoriser autant que possible la rééducation.

Une autre règle doit être mentionnée dès le début d'une prise en charge, puis dès que le besoin s'en fait sentir : la règle de la confidentialité.

3. Secret et Confiance

Il est primordial que le patient comprenne, le plus tôt possible, que tout ce qui sera dit ou fait au cours des séances restera entre l'orthophoniste et lui.

L'orthophoniste, comme c'est le cas pour beaucoup d'autres professions liées à la santé, est soumis au secret professionnel. Même lorsqu'il travaille en équipe, il veillera à garder confidentiel ce qui se déroulera au cours de séances.

Avant même que la décision de démarrer une rééducation soit prise, le patient devra

comprendre que le bureau de l'orthophoniste sera un lieu où sa parole sera protégée d'effets dans la réalité : le thérapeute restera en contact avec la famille et pourra se mettre en relation avec l'école, mais en aucun cas il ne divulguera à ceux-ci les paroles de l'enfant sans son accord. C'est essentiel pour établir un rapport de confiance avec le patient, quel que soit son âge.

C'est grâce à cette confiance que pourront émerger les demandes, les désirs de l'enfant, mais aussi sa curiosité.

Au cours de la rééducation, l'orthophoniste y prête une grande attention : il veillera non seulement à maintenir la relation de confiance établie entre le patient et lui, mais fera également son possible pour favoriser la confiance en soi de son patient.

On cherche ainsi à établir un cadre permanent et fiable, à créer un environnement contenant pour que le patient se sente en sécurité. C'est grâce à ce sentiment de sécurité qu'il pourra se détendre, la détente étant un facteur important pour qu'il soit disponible pour la rééducation.

4. Spécificités et rôle du cadre

En dehors de l'évocation de ces règles spécifiques, d'autres facteurs contribuent à la mise en place du cadre.

La position de chacun, lors de la rééducation, est importante. L'orthophoniste doit se positionner en retrait par rapport à son patient. Il a un rôle de guide, d'accompagnateur, que le patient peut solliciter s'il en éprouve le besoin. Comme l'a expliqué **Yann Leroux** dans son mémoire, « *Le patient doit se sentir autonome et indépendant à l'intérieur du cadre. Cet espace lui appartient, à lui seul. C'est lui qui décide de s'en saisir ou non. Mais permettre à un patient de se retrouver dans une telle situation c'est à la fois le soutenir mais également lui permettre d'aller à son rythme.* »¹. On note qu'il arrive avec certains patients que cette volonté de retrait ne soit pas adaptée. Des patients trop inhibés, par exemple, pourraient avoir besoin que leur orthophoniste fasse

¹ **LEROUX, Y.** *Le patient et ses performances, un investissement différé*, Mémoire d'orthophonie, Nantes, 2007.p.24

des propositions et prenne plus de place.

Une fois qu'il est établi, le cadre permet au patient de se sentir « protégé », dans « lieu sécurisant fiable et stable ».¹ **Didier Anzieu**, dans son livre *Le Moi-Peau*, a comparé le cadre à un « contenant maternel » : dans cette enveloppe protectrice, élaborée et garantie par le thérapeute qui a, dans ses termes, le rôle « d'une seconde peau psychique, les pensées du sujet peuvent se déployer ».²

Un autre élément qui fait partie du cadre sans qu'il soit utile de le mentionner au patient est le transfert. Celui-ci, ainsi que le contre-transfert, ne doit pas être négligé car il influe sur la relation entre le patient et l'orthophoniste.

5. Transfert et Contre transfert

Révélé par la psychanalyse, le transfert « correspond au report des sentiments que le sujet a éprouvés dans l'enfance à l'égard de ses parents, sur la personnalité de l'analyste »³. Il s'agit d'un lien affectif intense instauré de façon automatique, incontournable et indépendante de tout contexte de réalité.

De son côté, l'analyste doit être conscient de ce qui se joue entre lui et son patient. On apprend dans le dictionnaire de psychologie que « ses réactions inconscientes, liées d'une part à sa personnalité, et d'autre part au processus inconscient que le transfert du sujet induit chez lui, sont appelées le contre-transfert ».⁴

Au cours des séances, le patient fait vivre quelque chose à son thérapeute, qui amène ce dernier à réfléchir. On pourrait le comparer à un message qu'il faudrait décrypter. En réfléchissant à ce qui se joue avec son patient, en en parlant à un tiers, il essaiera de trouver ce qui, dans la situation présente, fait écho en lui. Cela lui permettra de mieux comprendre ce que l'enfant essaie de mettre en jeu, de symboliser à ce moment là de sa prise en charge.

Le travail sur le contre-transfert permet ainsi de ne pas se tromper de sujet:

¹ Ibid.

² **ANZIEU, D.** (1985). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod.

³ *Dictionnaire d'orthophonie* (2004). Isbergues : Ortho Edition.

⁴ *Dictionnaire de psychologie* (1991). Paris : Puf

lorsqu'une situation, en séance, amène le thérapeute à penser, c'est lui qui est l'auteur, le sujet de cette pensée, pas le patient.

Il est nécessaire, avant toute intervention, de se repérer dans le transfert. Le risque, si on ne le fait pas, est d'entrer dans le jeu du sujet, et ainsi sans s'en rendre compte de devenir « *le partenaire de la structure dans laquelle il est enfermé* ». ¹

Ainsi, le transfert et le contre-transfert sont des éléments essentiels de la psychanalyse. L'analyse, l'interprétation, et la proposition de résolution de ces deux phénomènes rendent le travail possible. Toutefois ces deux notions n'existent pas uniquement en psychanalyse. En effet, transfert et contre-transfert sont présents partout dans les relations interhumaines. On peut d'ailleurs lire, dans le Dictionnaire d'orthophonie, que « *ces phénomènes de transfert 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* ». ²

Notre rôle n'est donc pas d'analyser le transfert, **G. Dubois**, dans son livre *Langage et communication*, propose plutôt de lui reconnaître une place. ³ D'après **Freud**, « *Il transmet partout l'influence thérapeutique et il agit avec d'autant plus de force que l'on se doute moins de son existence* ». ⁴ Il convient donc d'y faire attention, et de se repérer par rapport à lui, car quoi que l'on fasse il fera partie intégrante de la relation avec le patient.

C'est pour mieux comprendre ce qui peut se jouer dans toute relation de soin que Freud et d'autres psychanalystes ont dégagé ce concept de transfert. Dans une lettre, **Freud** a écrit « *que le transfert est certes un amour imaginaire mais qu'il n'en est pas moins un amour véritable* » ⁵. Selon **Lacan**, « *il est artifice puisqu'il se porte inconsciemment vers un objet qui en reflète un autre* ». ⁶

Le transfert est donc une rencontre d'amour, inévitable, immanquable. Immanquable car elle ne peut manquer d'arriver, et car on ne doit pas la manquer, on est tenu de réfléchir aux effets qu'elle a sur soi.

¹ **DE LA MONNERAYE, Y.** (2005). *La parole rééducatrice*. Paris : Dunod. p.209

² *Dictionnaire d'orthophonie*, Ortho Edition, 2004.

³ **DUBOIS G.** (1990). *Langage et communication*. Paris : Masson.

⁴ **FREUD, S.** (1987). *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Paris : Payot. pp. 61-62.

⁵ **BRICE A.** Intervention lors de la conférence du 10 décembre 2011 « La relation de soin, une rencontre singulière ».

⁶ **SCHAUDER, C.** (dir) (2005). *Françoise Dolto et le transfert*, dans le travail avec les enfants. Ramonville Saint-Agne : Eres, coll. « Actualité de la psychanalyse ». p.76

Le terme de contre-transfert n'est pas utilisé par tous les psychanalystes. **Françoise Dolto** l'appelle simplement son propre transfert; **Lacan**, quant à lui, préfère le terme de “*désir de l'analyste*”.

D'après **Eva-Marie Golder**, « *Il y a, chez l'analyste, un transfert spécifique car il a foi dans l'être humain son interlocuteur, être unique en son genre, sujet de la fonction symbolique, sujet inconscient de l'histoire qui est la sienne, sujet désirant se signifier [...]* »¹. Cela correspond également à l'orthophoniste : le patient que nous accompagnons n'est pas seulement un trouble à rééduquer, il s'agit d'une personne, d'un sujet qu'il nous importe d'accueillir. C'est particulièrement remarquable lors des premières minutes de séance.

La notion de foi, une foi tout à fait différente de la foi religieuse, existe également en orthophonie. Nous avons foi dans le sujet, et foi dans les progrès qu'il peut faire. Cette croyance est profondément ancrée dans la profession, même si elle n'est pas toujours consciente. Cette foi peut, chez certains professionnels, influencer toute leur façon d'envisager le métier et de recevoir leurs patients. Ainsi au cours d'un entretien, une orthophoniste nous a expliqué qu'elle ne recevait presque jamais de patients atteints de pathologies neuro-dégénératives, car ce qui lui permettait de travailler était la foi qu'elle avait dans les capacités de progrès de ses patients.

L'orthophoniste doit ainsi mettre en place un cadre privilégié et instaurer une relation de confiance avec son patient, relation qui s'établit dans la durée, afin de recevoir son transfert, d'y réfléchir, et être à même d'identifier ce qui vient du patient et ce qui vient de ses propres émotions, de ses propres ressentis.

6. Cadre et premières minutes de séance

Nous avons mentionné le caractère stable, fiable du cadre établi. Les habitudes font partie de celui-ci. Les toutes premières minutes de séance commencent souvent de la même façon : salutations, phrases d'accueil, ... On remarque fréquemment des rituels qui, s'ils sont implicites, ont un rôle dans la relation construite entre patient et orthophoniste.

Le moment des salutations, des premiers échanges « pose » le cadre. C'est là que patient et orthophoniste entrent dans une relation qui est singulière, qui a ses propres codes.

¹ Ibid, p.95

On le développera dans la partie pratique de ce travail, ce moment ne se réduit pas à un seul « bonjour » : l'orthophoniste le dit d'abord dans la salle d'attente, lorsqu'il va chercher le patient, puis recommence cette phase de salutations une fois dans le bureau, et lui demande comment il va. A ce moment, c'est beaucoup plus personnalisé, on s'adresse au patient en tant qu'individu à part entière, cela l'inscrit dans une relation privilégiée, particulière avec l'orthophoniste. Le patient sait que le temps qui va suivre lui sera consacré. On peut mettre en lien cette entrée en contact avec le cadre instauré.

Le cadre, dans le contexte de l'orthophonie, est donc un élément essentiel dans la rééducation. Régi par des règles explicites et implicites, il est nécessaire dans la création d'un espace sécurisant pour le patient. Il tient non seulement du rapport à la loi, avec des règles à respecter, mais aussi de l'enveloppe protectrice grâce à son côté contenant.

On peut donc voir que la relation et la rencontre en orthophonie sont loin d'être des phénomènes purement instinctifs, intuitifs. Si elles diffèrent, selon l'orthophoniste, pour chaque patient, ce n'est pas seulement à cause de l'histoire, de la personnalité et de la motivation des acteurs de cette relation. Comme on a pu le remarquer, une relation s'établit au fur et à mesure des rencontres. L'orthophoniste doit pour cela veiller à être à l'écoute du patient, de sa demande, il doit faire son possible pour favoriser son implication dans la prise en charge, ainsi que l'investissement de ses parents. Il doit enfin instaurer un cadre, des règles de conduite qui seront sécurisantes pour l'enfant.

Tout au long de ce chapitre consacré à la relation et la rencontre, nous avons parlé de la disponibilité du thérapeute, de l'importance de sa capacité à écouter le patient. L'écoute ne se réduit pas à entendre ce qui est dit, il y a une dimension non verbale qu'il convient de prendre en compte. Comme l'a écrit **Françoise Dolto**, « *Le corps est, dans ses désordres ou son ordre, bien avant la parole verbale, dire de vérité dans ses fonctionnements de santé ou de maladie* ». ¹ Il convient donc ici de s'intéresser à ce que les orthophonistes, mais aussi les patients, peuvent discerner grâce à ce qu'ils perçoivent du corps de leur interlocuteur.

¹ **DOLTO F.** (2006) – Préface, In **VAN DEN BROUCK J.** *Manuel à l'usage des enfants qui ont des parents difficiles*. Paris : Editions du Seuil, collection Points. p.27

III. LE CORPS, SOURCE D'INDICES ESSENTIELS

« Nous parlons grâce à nos organes phonatoires, mais nous conversons par notre corps entier ; la conversation dépasse largement un simple échange de mots »¹
Abercrombie, 1972

A. *La communication non-verbale*

La communication non-verbale fonctionne au travers de plusieurs canaux: visuels (essentiellement), auditifs, tactiles, olfactifs et thermiques. Nous allons ici nous intéresser de plus près à la modalité visuelle. Elle comprend deux types de comportements: certains sont manifestes, « macroscopes » : l'aspect extérieur, les comportements de relation spatiale avec les autres (que nous étudierons dans un chapitre ultérieur) et les mouvements du corps (tête, épaules et mains). D'autres sont plus fugaces, moins évidents, par exemple les regards, les contacts visuels, les expressions faciales, et les intonations vocales. **Birdwhistel** a appelé kinésique l'étude des mouvements communicatifs.

On estime que seulement 30% des messages passent par leur contenu, les 70% restants passent par le relationnel (par la forme et les indicateurs non verbaux). On comprend donc mieux pourquoi **Abercrombie** a affirmé, en 1972: « *Quiconque qui s'intéresse professionnellement à la langue parlée a de fortes chances d'être obligé, tôt ou tard, de s'intéresser au paralangage* ». ²

En tant qu'orthophonistes, nous nous devons d'être sensibles aux signes qui « trahissent » la condition physique et mentale de nos patients. Nous devons en permanence nous ajuster à eux, trouver un moyen d'obtenir les renseignements précieux tout en les mettant à l'aise, et nous concentrer sur eux en tant que personnes. Pour cela nous devons être particulièrement réceptifs.

1. Spécificités de la communication non-verbale

¹ **PAVELIN, B.** (2002). *Le geste à la parole*. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail. p.23

² Ibid. p.20

La communication non verbale a trois fonctions principales: Une fonction d'information sur l'émetteur, une fonction d'étalement du langage (ponctuer, renforcer et confirmer l'émission orale) et une fonction linguistique, quand il s'agit de gestes qui peuvent être traduits par des mots. La fonction d'information sur l'émetteur est la plus importante: elle apporte des indices précieux sur l'état émotionnel de l'émetteur, sur ses motivations, ainsi que sur son attitude par rapport à la situation et à son interlocuteur.

On remarque que l'on peut souvent se faire une image de l'autre à partir d'éléments apportés par le comportement non-verbal: les mimiques, la posture nous donnent des informations précieuses sur l'état physique, l'état d'esprit du sujet, ainsi que sur le type de relation qu'il est prêt à engager.

Il convient de garder à l'esprit que le comportement non verbal peut être conscient ou inconscient, il peut nous renseigner aussi bien sur l'être que sur le paraître. Comme il est moins maîtrisé, il apporte des informations très utiles dans l'interaction. S'il peut être inconscient pour l'émetteur, il peut l'être aussi pour le récepteur, ou être considéré comme de l'intuition, ou comme une bonne connaissance de son interlocuteur. En effet, la communication non verbale est immédiate, elle est fugace, car on ne dispose d'un système de mémorisation adapté, comme nous en avons pour le langage. On peut ainsi remarquer quelque chose en particulier, et faute d'avoir un souvenir précis, le considérer comme une intuition, ou une impression.

La communication non verbale permet d'exprimer des émotions, des sentiments car on a intériorisé moins de règles, de codes de conduites pour celle-ci que pour le langage. Ainsi, s'il est attentif à ces signaux, l'interlocuteur est à même de percevoir et de comprendre l'intensité affective du message.

On remarque que lorsque l'on reçoit de jeunes enfants, moins orientés sur la communication verbale et moins à même de formuler leurs idées ou leurs sentiments, il est très important de pouvoir s'exprimer de manière non verbale, par le langage du corps, ou en utilisant des objets et des dessins.

On note enfin qu'une cohérence, une harmonie entre expression verbale et non verbale sont nécessaires. Si l'image qui est envoyée aux patients, en particulier aux jeunes enfants, ne correspond pas aux paroles du professionnel, celles-ci ne seront pas ou peu prises en compte.

Ainsi pour réellement écouter l'autre, nous devons non seulement entendre ce qu'il dit, mais aussi l'observer et tenter de comprendre les signes non verbaux qui accompagnent son discours.

2. Le rôle du visage : regard et expressions

« Dans toute interaction directe, la perception du visage de l'autre est immédiate et souvent essentielle dans le décodage de sa motivation à communiquer. »¹

a) Le regard

Le regard est considéré comme essentiel, si ce n'est indispensable, pour entrer en communication avec quelqu'un. C'est grâce à lui que l'on établit une relation. Initiateur de l'échange communicationnel, il permet d'exprimer une attention, un intérêt, voire une implication dans la relation. C'est essentiellement par les regards que l'on signale sa disponibilité (ou son manque de disponibilité) vis-à-vis d'autrui.

Regarder une personne dans les yeux n'est pas perçu de la même façon selon les cultures. Dans les cultures occidentales, le fait d'éviter le regard est souvent interprété comme un signe de crainte, de dérobade ou de manque de respect, alors que dans d'autres cultures ce serait au contraire faire preuve de manque de respect que de regarder un adulte dans les yeux.

En situation d'interaction, dans notre culture, un regard détourné indique un refus d'échange. Il engendre une gêne réelle, et peut constituer un frein à l'implication. « *Communiquer, c'est d'abord regarder.* »² Il serait tentant d'imposer le regard, mais il est préférable de chercher à comprendre pourquoi cet échange ne se fait pas : s'agit-il d'un signe négatif (gêne ou l'absence de motivation) ou au contraire d'un signe positif ? En effet, regarder ailleurs, fixer un point devant soi peut être une façon de se concentrer, de réfléchir.

C. Goodwin, en 1981, a fait une étude sur le rôle du regard, en particulier dans « l'organisation conversationnelle ». D'après lui, celui qui parle a besoin du regard de son

¹ **ABRIC J.-C.** (2003). *Psychologie de la communication*. Paris : Armand Colin, p.63

² Ibid. p.63

interlocuteur. Le regard permet aussi de marquer l'engagement et le désengagement.

Jean-Claude Abric affirme que « *dans les situations claires, le regard aide à la communication et facilite la relation. Par contre, si la situation est ambiguë (quelle qu'en soit la raison), le regard provoque alors de la gêne ou de la fuite* »¹. Cette remarque, si on l'applique aux séances d'orthophonie, pourrait nous donner des indices pour mieux comprendre pourquoi parfois le regard est mal supporté par le patient.

Le regard est donc un élément nécessaire, voire primordial pour établir un bon climat relationnel, mais il n'est pas le seul. Les expressions du visage, dont les sourires ont aussi une réelle importance.

b) Mimiques, expressions faciales et sourires

Un climat relationnel agréable étant le socle d'une communication réussie, on note l'importance des sourires. Ceux-ci sont essentiels pour instaurer un bon climat, et témoignent d'une écoute active. Ils montrent à notre interlocuteur que nous sommes dans une volonté d'échange, dans une acceptation de l'Autre.

Il a été prouvé que les enfants sont capables, dès l'âge de cinq ans, d'identifier à quelles émotions correspondent certaines expressions faciales. Ils peuvent aussi décrire des expériences émotionnelles vécues, non seulement par eux-mêmes mais aussi par d'autres.² Ils sont ainsi capables de percevoir, au moins globalement, dans quel état émotionnel se trouve leur interlocuteur. Cela est d'ailleurs remarquable en orthophonie: les patients, dès un très jeune âge, sont à même de percevoir si leur orthophoniste est moins en forme, moins disponible que d'ordinaire. Non seulement sont-ils capables de repérer cela, mais en plus, souvent, le cours de la séance en est modifié.

La perception de l'autre, de son état, de sa disponibilité passe par la communication non-verbale. En orthophonie, tout comme ailleurs, elle agit dans les deux sens: non seulement le professionnel est-il à même de saisir l'état physique, émotionnel du patient ainsi que sa disponibilité au moment de la séance, mais le patient peut également saisir les mêmes éléments de son orthophoniste.

¹ Ibid. p.64

² **BROSSARD A.** (1992). *La psychologie du regard*. Paris : Delachaux et Niestlé p.237

Si l'on estime que les mimiques faciales sont les supports privilégiés pour exprimer les émotions, celles-ci n'en montrent que la "qualité". Ce sont les autres indices corporels, gestes, postures qui révéleraient l'intensité émotionnelle, ou les affects toniques (aspect figé du déprimé, expressif de l'excité, etc.).

3. Les postures et les gestes dans la communication.

On nomme posture la position et l'orientation du corps au cours d'une interaction.

a) Les postures

Il existe quatre postures fondamentales, que l'on peut mettre en lien avec le type de relation que le locuteur souhaite établir, de façon consciente ou non. Trois d'entre elles, la posture en expansion (haut du corps en extension), la posture de rejet (corps détourné) et la posture de contraction (tête fléchie, épaules tombantes) constituent des obstacles à la communication. Elles entraînent, chez l'interlocuteur, des « *mécanismes de défense, de blocage ou de démotivation à l'expression* »¹. La posture d'approche, elle, permet d'établir un bon climat relationnel positif. Le buste et la tête sont penchés en direction de la personne à qui l'on s'adresse, les bras et les mains restent ouverts. Cette posture indique une volonté d'accueil, d'écoute de l'autre. On montre que l'on est prêt à se centrer sur lui.

La posture d'une personne donnant des indices sur ses attitudes et motivations, il est intéressant d'observer les changements de postures lors d'une interaction. Ainsi, au cours des premières minutes de séance d'orthophonie, on remarque parfois des enfants qui, au départ avachis sur leur chaise, se redressent progressivement, s'ancrent dans le sol et se montrent prêts à travailler, à s'impliquer dans la séance. On verra dans le chapitre suivant l'intérêt de mettre des mots sur cela.

Tout comme les postures, les gestes nous donnent des informations précieuses.

¹ **ABRIC J.-C.** (2003). Psychologie de la communication. Paris : Armand Colin, p.65

b) Les gestes, le toucher

Les gestes

Ces informations portent sur les attitudes et les motivations d'une personne, ainsi que sur le type de relation qu'elle est disposée à établir. Les gestes ne sont pas toujours conscients, ni contrôlés, et nous renseignent ainsi, si nous y prêtons attention, sur le vécu et les attitudes réelles de la personne. La vérité transparaît plus facilement par les gestes, qui sont beaucoup moins maîtrisés que le langage verbal.

Il n'est pas toujours aisé d'analyser, d'interpréter ces gestes. Mais d'après **E. Sapir**, linguiste et anthropologue, « *En dépit des difficultés d'analyse consciente, nous répondons aux gestes avec une extrême sensibilité et pourrait-on dire selon un code qui n'est écrit nulle part, connu de personne, mais compris par tous.* »¹.

Comme pour les postures, il existe des gestes qui facilitent la communication, et d'autres qui la rendent difficile. Parmi les gestes positifs, on trouve les gestes ouverts, synonymes d'accueil, les gestes extravertis, les gestes de ponctuation et enfin les gestes révélateurs, qui révèlent l'état et les pensées réels d'une personne.

Dans le cadre de l'orthophonie, deux types de gestes sont à prendre en compte. Du côté du thérapeute, les gestes ouverts sont primordiaux, en particulier lors des toutes premières minutes de séance. On souhaite accueillir le patient de la meilleure façon qui soit pour commencer la séance, et les gestes, accompagnés du sourire et des premières phrases d'accueil, nous permettent d'exprimer ce désir.

On tient également compte des gestes révélateurs. Il en existe deux types: les auto-contacts désignent les gestes centrés sur soi (grattage, auto-contacts,..). Ils permettent de repérer les difficultés du locuteur, ainsi que son état émotionnel. En effectuant ces gestes, celui-ci libère son stress et se rassure. Les gestes de dérivation sont également révélateurs: la personne prend un objet, quel qu'il soit, et le manipule. Ces gestes mettent en évidence une tension et aident à réduire le stress, à évacuer l'énergie qu'ils ont en eux, ainsi qu'à se

¹ **COSNIER J.** (1977). « Communication non verbale et langage », *Psychologie médicale*, vol.9, n°11, (pp 2033-2049). Paris. p.14

donner une contenance. On remarque souvent ces gestes au cours des toutes premières minutes de séance : il peut être malaisé d'interagir avec son orthophoniste sans aucun matériel pour faire rempart, pour se protéger. Là ces gestes de dérivation constituent une aide: attraper un crayon, ou quoi que ce soit à sa portée et commencer à le manipuler permet de focaliser son attention sur quelque chose, d'y déverser son stress, tout en continuant à parler.

Le toucher

Au cours des premières minutes de séance, on peut observer les techniques de prise de contact et d'ouverture de l'interaction, le toucher en fait partie: bisous, poignées de main ou aucun contact physique ; ces gestes ne sont pas anodins, et ont souvent été réfléchis par les orthophonistes au début de leur pratique, on pourra l'observer plus avant dans les témoignages des orthophonistes que nous avons rencontré.

Le toucher constitue aussi un signe indicateur spécial, qui peut manifester l'intimité de la relation. C'est la raison pour laquelle beaucoup d'orthophonistes préfèrent serrer la main de leurs patients, ou ne pas initier de contact, pour rester hors de la sphère de l'intime.

Ainsi le regard, les expressions, les mouvements du corps, la posture, les gestes et parfois même le toucher permettent d'instaurer, puis de maintenir l'aspect relationnel d'une interaction. On doit donc penser à tenir compte de ces éléments de communication non verbale lors de nos prises en charge, et en particulier au début des séances, moment où on reçoit la personne et où on installe la relation.

B. *L'attitude du professionnel face à ces indices*

L'étude de tous les facteurs de la communication verbale nous apporte un certain nombre d'indices. Nous savons quels sont les éléments à observer chez nos patients, ainsi que ceux dont nous devons tenir compte de leur part comme de la nôtre.

L'attitude de chaque professionnel est propre à sa personnalité, à son histoire, ainsi qu'à un certain nombre d'autres facteurs. Nous pouvons tout de même dégager quelques

éléments qu'il convient de ne pas négliger pour accueillir au mieux nos patients : veiller à mettre les patients à l'aise, se mettre à leur hauteur, alterner des regards et une absence de regard et ne pas hésiter, lorsque cela semble nécessaire, à mettre des mots sur ce que l'on a perçu.

1. Veiller à mettre l'enfant à l'aise

Mettre un patient à l'aise peut avoir plusieurs significations: le confort physique d'une part, retirer son manteau, son écharpe, être libre de ses mouvements ; la détente psychique d'autre part. Celle-ci peut naître grâce au comportement du professionnel, basé sur la cordialité, le respect et la sincérité ; grâce à une attention, un intérêt portés à l'enfant et à son vécu, à ses goûts, à ce qui l'intéresse réellement. Ces toutes premières minutes pendant lesquelles un orthophoniste demande à l'enfant « Quoi de neuf ? », « As-tu quelque chose à me raconter aujourd'hui? » témoignent de cet intérêt, de cet espace laissé à l'enfant pour qu'il raconte, s'il le souhaite, ce qui lui tient à cœur.

Le sentiment de sécurité est également un moyen de mettre à l'aise les patients, quel que soit leur âge. C'est en instaurant un cadre permanent et fiable, en créant un environnement contenant que l'orthophoniste peut aider l'enfant ou l'adolescent à se sentir en sécurité dans son bureau.

2. Se mettre à hauteur

Lorsque l'on est face à un enfant, une des conditions nécessaire à la communication est de se mettre à la même hauteur que lui. La différence de taille, qui peut être importante si l'enfant est jeune, influence la communication. On apprend dans l'ouvrage de Martine Delfos que la taille « *est une donnée biologique qui influe sur le respect, conduisant à considérer que le plus grand est également le plus fort et le plus puissant* »¹. Ainsi il est nécessaire de nous mettre à leur hauteur pour échanger au mieux avec eux, pour instaurer, autant que la relation patient-orthophoniste le permet, un échange d'égal à égal.

Les bureaux des orthophonistes sont souvent prévus à cet effet, et disposent de

¹ ABRIC J.-C. (2003). Psychologie de la communication. Paris: Armand Colin. p.68

meubles au niveau de leurs patients : des petites tables entourées de chaises, des jeux à leur hauteur, des maisons de poupées ou des dinettes installées à leur niveau sont présentes chez un grand nombre d'orthophonistes. Afin de se mettre à la hauteur des petits, les séances se déroulent aussi souvent par terre. On cherche autant que possible à s'adapter aux patients.

3. Alternier échange et absence de regards

Nous avons abordé le rôle du regard dans la relation. L'échange de regards est donc nécessaire pour établir une relation, il n'est pourtant pas toujours souhaitable. Regarder son interlocuteur dans les yeux permet de remarquer un certain nombre d'indices sur son état du moment, cela permet aussi d'établir la relation. Pourtant, il est parfois plus facile, plus agréable pour l'enfant de ne pas être soumis au regard de l'autre.

Un regard peut être perçu comme intrusif, voire gênant, lorsque l'on parle d'un sujet difficile, ou lorsque l'on cherche ses mots. Il est parfois plus malaisé de réfléchir lorsque l'on est face au regard de son interlocuteur, en particulier pour un enfant. Ainsi, si l'échange de regards est nécessaire, il faut l'articuler avec des moments sans regards.

En ouverture de séance, ces moments d'absence de regards sont le plus souvent ceux de l'ouverture et de la lecture du dossier.

4. Observer l'enfant et mettre des mots sur ce que l'on perçoit

L'observation du patient - son aspect, ses expressions, ses gestes, sa posture – nous donne des indices sur ce qu'il éprouve. C'est particulièrement remarquable chez les jeunes enfants. Il arrive que l'on garde ces impressions pour soi, que l'on écoute l'enfant et que l'on passe à autre chose, mais il peut être utile de mettre des mots sur ce que l'on a remarqué, sur ce que l'on croit percevoir de leur ressenti. Cela peut permettre de débloquent des choses, d'amener le patient à parler de ce qui le perturbe, s'il le souhaite.

On l'a vu, l'attention prêtée au corps peut être utile pendant les premières minutes

de séance. On peut également s'intéresser à l'espace et au temps.

IV. L'ESPACE ET LE TEMPS

A. *L'espace:*

Recevoir des patients dans un cabinet, tout comme dans un centre, implique des interactions dans un ou plusieurs espaces donnés. Ces espaces – accueil, salle d'attente, couloirs, bureau- ne sont pas sans effets sur les individus et leurs interactions. Avant de nous intéresser à l'organisation de l'espace, nous allons étudier une notion introduite par E.T. Hall, anthropologue américain: la proxémie.

1. La notion de proxémie

On appelle proxémie - ou proxémique - l'étude des conditions spatiales de la communication. Comme nous l'apprend **E.T. Hall**¹, la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction n'est pas due au hasard, elle dépend de la nature de la relation de ces personnes, de la communication désirée, de l'espace dans laquelle elles se trouvent et enfin de leur culture.

La proxémique, tout comme la kinésique, fait partie de la communication non verbale.

D'après E.T. Hall, chaque relation peut se développer dans quatre zones distinctes:

1. la zone intime (40cm) constitue une sorte de bulle qui entoure l'individu et le protège. Cet espace constitue réellement une partie de l'identité de l'individu sauf dans certains cas (relation amoureuse, confiance), l'intrusion d'une personne dans l'espace intime de l'individu est source de gêne, de malaise ou même être perçue comme un contact physique menaçant.
2. la zone personnelle (de 45cm à 1,25m). C'est la zone de l'échange personnalisé, de la rencontre entre deux personnes proches. C'est dans cette zone que se déroulent le

¹ Ibid., p.68

plus souvent les séances d'orthophonie.

3. la zone sociale (de 1,20m à 2,40m) permet elle aussi un échange direct et personnalisé, mais peu impliqué. Dans cette zone, l'intimité est préservée. Elle correspond à des interactions entre des étrangers.
4. la zone publique (au delà de 2,40m) est celle d'une interaction dans un groupe ou face à une audience. Chaque personne présente peut percevoir toute communication. La relation est ici moins naturelle, moins directe.

D'après **Jean Claude Abric**, « à chaque espace correspond un type de communication adapté. La réussite d'une communication dépend du choix d'un espace approprié à l'objectif et à la nature de la communication. »¹ Cette distance peut varier au cours d'un échange. En s'éloignant ou en se rapprochant de son interlocuteur, on peut faciliter l'échange. On adapte ainsi la distance qui nous sépare de notre interlocuteur en fonction de nos relations et du type de communication adopté. À l'inverse, quand des contraintes proxémiques sont imposées, cela peut entraîner une modification de la forme et parfois même de la nature de la communication.

La distance interpersonnelle est ainsi liée aux relations entre les individus et au type de communication adopté. Elle est également déterminée par le contexte: la taille de l'espace dans lequel on se trouve joue sur la distance que l'on place entre son interlocuteur et soi. Plus cet espace est vaste, plus cette distance diminue. On se tiendra donc plus près de son interlocuteur dans une grande pièce que dans une petite.

La distance séparant deux interlocuteurs (ou plus) joue donc un rôle dans la communication, la façon dont l'espace dans lequel se déroule l'interaction est organisé également. On peut, au travers de l'espace, des distances, faire passer des messages. L'organisation de l'espace a donc un sens, elle indique le type de relation recherchée avec son interlocuteur.

¹ Ibid., p.68

2. Organisation de l'espace

a) *Réflexions sur cette organisation*

Grâce à l'étude des systèmes proxémiques, la structure de nos comportements inconscients a été mise en lumière. Cela nous a donné des éléments à prendre en compte pour améliorer la conception de nos unités de travail. Nous devons, pour organiser notre espace de travail, envisager l'individu et les « bulles », les zones qui l'entourent et qui jouent sur toutes ses interactions.

Nous avons mentionné les effets de la taille de la pièce sur la distance entre les interlocuteurs. On remarque aussi qu'une pièce trop vaste ou impressionnante ne favorisera pas l'intimité, et qu'une pièce trop exiguë risque de créer une impression d'étouffement.

L'environnement matériel influence nos comportements. L'espace, tout en étant une entité extérieure à l'individu, a du sens pour celui-ci ; il est interprété en fonction de sa culture, de son éducation, de son âge... Il est donc nécessaire de réfléchir à l'aménagement de son bureau en fonction de ses patients lorsque l'on s'installe. L'ameublement, l'organisation des lieux ainsi que la décoration sont loin d'être anodins.

La façon dont un espace donné est vécu dépend de ce que l'on peut y faire. On peut souvent, dans un cabinet d'orthophonie comme ailleurs, construire des espaces, des « coins » (coin lecture par exemple). On doit essayer autant que possible d'offrir à l'enfant un espace contenant où il puisse s'enraciner. Pendant les premières minutes de séance, l'espace est investi de manière rituelle et sécurisante : les patients, parfois guidés par leur orthophoniste, vont toujours s'installer au même endroit: le bureau. C'est là que vont se dérouler les premiers échanges dans la confidentialité de ce lieu. Certains enfants ont besoin d'un temps pour s'accoutumer à la rencontre, et essaient d'aller directement vers le matériel, ou regardent ailleurs, avant que la relation puisse se renouer.

b) *Un lieu accueillant, humain*

L'état du bureau, ou du cabinet d'orthophonie ne dépend pas toujours du

professionnel qui y exerce, pourtant il est utile, si ce n'est essentiel, de recevoir les patients, en particulier les enfants, dans un lieu accueillant, confortable. Au moment de son installation, il convient de porter attention au local, à la position des chaises, des fauteuils. Il s'agit de favoriser le dialogue, l'écoute. L'agencement, la disposition matérielle des lieux peut favoriser la coopération des patients. Un espace agréable, une température adaptée sont autant d'éléments qui permettent au patient de s'installer, de se détendre et ainsi d'être à même de s'investir dans la séance.

Ce lieu doit pouvoir être investi par l'enfant, et signer la présence du rééducateur. Un lieu excessivement neutre, même s'il ne risque pas de distraire le patient, manque de chaleur. Certains enfants ont besoin de laisser une trace de leur passage, c'est une manière d'investir la pièce. L'acceptation ou non dépend du rééducateur et des limites qu'il a établi.

Du point de vue du professionnel, la satisfaction vis-à-vis des locaux tient une place non négligeable. Ainsi avoir à cœur d'humaniser les lieux a une influence positive sur tous les acteurs de cette relation.

c) *Un lieu confidentiel*

Le bureau dans lequel se déroulent les séances d'orthophonie doit jouir d'une certaine intimité : il est essentiel que ce qui se dit en séance ne puisse pas être entendu par des tiers. La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale a élaboré un document qui aborde l'organisation et l'aménagement de divers espaces dans des Centres Médico-Psychologiques¹. La confidentialité y est mentionnée à plusieurs reprises. On y prévoit de « *tout particulièrement veiller à la qualité de l'insonorisation* », et de regrouper certaines pièces « *à distance de la salle d'attente car les activités qu'elles abritent sont parfois sonores* ». Ce qui se passe dans les bureaux ne doit pas être entendu dans la salle d'attente. Cette précaution, évoquée par le M.N.A.S.M., est tout aussi valable dans les autres structures, tout comme dans les cabinets libéraux.

¹ Document téléchargeable sur internet :
http://www.mnasm.com/files/uploads/new_Version%20impression.pdf

d) La salle d'attente.

« L'entrée, par ses volumes et sa décoration, doit d'emblée signifier que l'espace est dédié (petite enfance, enfance ou adolescence). Elle doit être rassurante et contenante (et éviter les sorties sur rue). ». L'aménagement des locaux varie selon la structure, ainsi l'entrée et la salle d'attente peuvent ne faire qu'un. Dans le document de la MNASM on propose de coupler salle d'attente et accueil, pour que les enfants seuls ne soient pas laissés sans surveillance.

La salle d'attente doit être suffisamment grande pour accueillir les patients, leurs familles, les éventuelles poussettes. C'est particulièrement visible juste avant les séances de groupes. Cette pièce doit être chaleureuse, pourvue non seulement d'un espace jeux mais aussi d'un espace d'informations pour les parents. C'est un véritable lieu d'accueil, souvent siège des toutes premières interactions de chaque séance.

B. Le temps:

1. Temporalité et orthophonie

La temporalité est une notion essentielle à notre travail. Le temps de la rencontre, nous l'avons compris, dépasse largement le temps de l'évaluation, du premier entretien. Au cours des premiers rendez-vous, la relation commence à se construire. L'orthophoniste est à même d'observer la façon dont le patient se saisit du temps qui lui est donné, comment il se projette dans les rendez-vous, comment il les anticipe. L'écoute et la sollicitude de l'adulte, l'intérêt qu'il montre envers ses dires sont particulièrement importantes au cours de ces premiers rendez-vous.

La plupart des orthophonistes ont à cœur de fixer les rendez-vous à un moment fixe dans la semaine. Ceux-ci ont lieu le même jour, à la même heure chaque semaine, de cette façon le patient sait quand aura lieu sa prochaine séance. Il ne s'agit pas seulement d'un moyen de fixer le moment des rendez-vous en mémoire pour le patient, l'unicité de temps (prise en charge à un rythme régulier) tout comme l'unicité de lieu peuvent aider à installer le patient dans la prise en charge.

Lorsque l'on s'intéresse au temps des séances, on remarque que le temps qui se déroule entre les séances a lui aussi de l'importance. La coupure entre deux séances apporte un certain recul. En parlant avec les patients, on remarque le lien que certains enfants font le lien entre les différentes séances.

Le moment de la journée auquel se déroule le rendez-vous n'est pas sans effets sur le déroulement de celui-ci, non seulement pour le patient mais aussi pour l'orthophoniste. La disponibilité que l'on peut attendre de chacun des acteurs de cette relation est différente selon le moment de la journée, de la semaine où le rendez-vous est prévu, nous développerons cette idée dans un chapitre ultérieur.

La ponctualité, enfin, dépasse le principe de politesse ou de respect. Lorsque l'on donne un rendez-vous à un patient et que l'on respecte cette heure, on montre que l'on reconnaît son autonomie. Cela est aussi vrai pour celui-ci. Le patient et l'orthophoniste se préparent pour ce rendez-vous, et s'appêtent à rencontrer leur interlocuteur. La ponctualité fait partie des règles énoncées au moment de l'instauration du cadre ; les orthophonistes, comme les autres professionnels du soin, lui accordent de la valeur.

La notion de temps ne se réduit donc pas pour l'orthophoniste à la durée des séances. Comme dans tous les métiers paramédicaux impliquant une relation intersubjective, le temps (moment du rendez-vous dans la semaine, dans la journée, ponctualité,...) a une influence notable sur le déroulement des séances. Les rythmes sont également à prendre en compte. Nous ne nous intéresserons pas ici aux rythmes dans leur ensemble, mais au concept de micro-rythmes et de macro-rythme.

2. Micro-rythmes et Macro-rythme

Les notions de macro-rythme et de micro-rythmes ne sont pas directement liées au contexte de l'orthophonie, pourtant elles nous renseignent sur les effets de la répétition et de la surprise sur le développement des enfants.

Le terme « macro-rythme » concerne tout ce qui est répétitif dans les activités quotidiennes de l'enfant : le lever, le repas, la toilette, la promenade, le bain, le coucher... Il s'agit d'activités de soins qui restent plus ou moins fixes d'une journée à l'autre. Elles sont nécessaires au bien-être du bébé, et se produisent quand il les attend. Ces anticipations confirmées lui donnent peu à peu un sentiment de toute-puissance et l'illusion de créer le monde... Par la même occasion, ses besoins primaires sont satisfaits, et il se trouve apaisé. C'est grâce à ce temps répétitif et stable que le bébé peut « construire » la continuité de son narcissisme : ce qui est attendu advient, et l'attente confirmée calme et apaise.

Les micro-rythmes sont les petits moments de jeu, de surprise, de provocation, ou même de tromperie que la mère met en place avec son enfant. Ces interactions ludiques durent très peu de temps, jamais plus de quelques minutes. Elles semblent inutiles : elles ne sont pas nécessaires au bébé, ne font pas partie des soins qui doivent lui être prodigués ; mais elles peuvent procurer à la mère et à l'enfant du plaisir, des rires. Ces micro-rythmes aléatoires et incertains permettent au bébé d' « investir » l'incertitude : ce qui est attendu n'est jamais sûr, et l'attente est excitante.

Surprise et répétition apparaissent donc comme indispensables pour que le psychisme puisse naître, croître et se développer.

Ces notions de macro-rythme et de micro-rythmes seront évoquées dans la partie pratique de ce travail : au cours de son entretien, une orthophoniste a établi un lien entre elles et les premiers instants de la séance. Les habitudes, les routines et phrases rituelles constitueraient pour elle les macro-rythmes nécessaires, alors que faire tout autre chose de temps à autre, comme par exemple passer directement aux activités sans discuter au préalable correspondrait plus à la notion de micro-rythmes.

La notion de temps en orthophonie nous fait enfin évoquer le sujet même de notre étude : les premières minutes des séances.

3. Les premières minutes

Les premières minutes de rencontre ont été très peu étudiées dans la littérature, encore moins dans le contexte de l'orthophonie. Quand, de plus, on ne s'intéresse pas aux premières minutes de la première rencontre mais à celles de rencontres répétées, les

sources deviennent extrêmement rares.

Dans leur livre *Contact, les quatre premières minutes d'une rencontre*, le seul qui corresponde à nos critères, **Léonard et Nathalie Zunin**¹ ont estimé que le court laps de temps durant le contact humain initial s'établit ou se renoue dure quatre minutes. Ils ont évoqué les premières minutes des rencontres qui se renouvellent et ont insisté sur l'importance de ce court moment pour la suite de la rencontre.

Les différents temps des débuts de séance seront étudiés dans un chapitre ultérieur.

Nous voyons donc que le temps fait partie intégrante des rééducations orthophoniques par bien des aspects - rythme, moment du rendez-vous, ponctualité, et bien sûr durée des séances. Mais c'est sur ces premières minutes de séance, sujet rarement étudié, que nous avons choisi de centrer notre propos.

Cette partie théorique touche à sa fin. Suite à une description de l'histoire de l'orthophonie, nous avons étudié les thèmes principaux concernant les premières minutes de séance : rencontre et relation, corps, espace et temps. De nombreux ouvrages ont été consultés pour pouvoir relier dans cette étude des thèmes qui, bien que très différents, ont tous été abordés lors des entretiens conduits auprès de vingt orthophonistes. Ce sont ces entretiens, ainsi que les témoignages de dix-neuf jeunes patients, que nous allons maintenant étudier pour savoir ce que sont, d'après eux, les enjeux des premiers instants de chaque séance.

¹ **ZUNIN, L. & N.** (1975). *Contact, les quatre premières minutes d'une rencontre*. Montréal : Les Editions de l'homme. p.14

PARTIE PRATIQUE:

ORGANISATION DE L'ÉTUDE:

A. Questionnement initial.

L'origine de notre étude est une simple idée, une intuition. Nous nous sommes demandées un jour « Et si les toutes premières minutes de séance avaient une importance capitale ? ». Nous avons eu l'intuition qu'il pouvait être intéressant d'approfondir cette idée furtive.

Des rencontres avec des orthophonistes et d'autres professionnels du soin, des discussions avec notre entourage et une réflexion personnelle nous ont permis de réunir un certain nombre d'idées en lien avec les premières minutes d'une séance.

La plupart des personnes que nous rencontrions montraient de l'intérêt pour notre sujet et faisaient une remarque sur le fait qu'elles n'y avaient jamais vraiment réfléchi ou n'avaient jamais lu quoi que ce soit sur ce sujet. Suite à cela, chacun disait spontanément ce qui lui paraissait intéressant dans les premières minutes de séance. Ce qui était frappant, c'était que ces idées étaient toutes radicalement différentes. C'est là que nous avons saisi l'ampleur de notre sujet.

Nous avons ainsi progressivement amassé des idées sur ce qui pouvait être remarqué pendant les premières minutes de séances d'orthophonie, sur ce qui comptait et sur ce qui pouvait se jouer. Ces idées ont été articulées ensemble dans un tableau, et nous avons réfléchi en parallèle à la problématique qui découlait de notre questionnement initial, et à nos hypothèses.

B. Problématique et hypothèses

Si l'idée de départ est venue naturellement, la problématique a été plus difficile à formuler, car elle devait correspondre aux exigences d'un mémoire de recherche en orthophonie. Au final, nous nous sommes fixées sur cette problématique :

Qu'est-ce qui se joue pendant les toutes premières minutes de séance?

Les éléments que nous avons amassés au cours de nos premières semaines de recherche ont été utiles dans la formulation des hypothèses.

- **Les premières minutes de séance sont cruciales.**
- **Avant l'entrée dans le bureau, la séance commence dans la salle d'attente.**
- **Ce moment est une phase de transition qui permet d'entrer dans le travail, autant pour l'orthophoniste que pour le patient. Il s'agit d'un moment de réajustement des deux acteurs de cette relation**
- **Ces premières minutes sont un moment de rencontre, elles permettent d'installer la relation.**
- **L'annonce des objectifs de la séance et ceux de la rééducation n'est pas forcément au centre de ces premières minutes.**

C. Méthodologie

1. Choix de la méthodologie : une enquête par entretien

L'enquête par entretien est une décision qui s'est imposée naturellement. Notre objectif était d'en apprendre le plus possible sur ce qui se joue pendant les premiers instants de séance, il était donc nécessaire d'interroger les acteurs de cette relation, au lieu de chercher à les observer. On remarque aussi que l'avantage de l'information que l'on obtient au cours d'un entretien, par rapport à celle que l'on observe sur le vif, est dans le fait que l'interviewé a eu le temps de l'assimiler. De plus la situation d'entretien, contrairement aux enquêtes par questionnaire cette fois, permet aux témoins de livrer non seulement leur vécu, mais aussi leurs opinions, leurs ressentis.

L'entretien s'impose de lui-même lorsque l'on cherche à obtenir des témoignages

conséquents et que l'on souhaite s'intéresser à des groupes restreints, ce qui était le cas pour notre étude. En ce qui concerne les résultats, il ne vise pas à établir des statistiques, à établir des liens de causalité entre des caractéristiques descriptives et des comportements, contrairement au questionnaire.

Ce type d'enquête suppose un travail préalable conséquent : Les hypothèses doivent avoir été dégagées et mises en forme, et les questions prévues sont élaborées pour que les données obtenues puissent être confrontées aux hypothèses de départ. Enfin, la structure du questionnaire doit avoir été réfléchie.

2. Population de l'étude :

Lorsque l'on est en position de choisir la population de son étude, il convient de se demander qui est à même de répondre aux questions que l'on se pose. Notre objectif étant d'obtenir des informations sur les premières minutes de séance, nous avons fait le choix de rencontrer non seulement des orthophonistes mais aussi leurs patients pour les interroger.

Nous avons donc choisi d'élaborer deux questionnaires, l'un adressé aux orthophonistes, contenant cinq questions, et l'autre prévu pour les patients, qui en contient trois.

a) *Recueil de témoignages d'orthophonistes*

Nous nous sommes fixées comme objectif le même nombre de témoignages de professionnels que de patients, soit vingt témoignages d'orthophonistes. Il n'y a eu, dans le choix des professionnelles rencontrées, aucun critère d'exclusion.

Nous avons contacté les orthophonistes que nous connaissions, le plus souvent celles qui nous avaient reçue en stage. Plus de la moitié de nos témoignages de professionnels ont été obtenus de cette façon. La question de la neutralité s'est posée au moment de choisir le mode d'accès aux orthophonistes. Nous nous sommes demandées s'il était plus pertinent pour notre étude de ne rencontrer que des professionnels avec lesquels nous n'avions établi aucun contact. Il a été décidé que, comme ce que nous voulions proposer était une réflexion sur les premières minutes de séances et non un protocole strict

sur un sujet précis, il n'était pas nécessaire d'exclure les professionnelles de notre entourage.

Trouver les orthophonistes manquantes s'est fait naturellement, par bouche à oreille. Certaines des orthophonistes qui nous avaient reçues ont proposé d'elles-mêmes de contacter leurs collègues ou amies exerçant le même métier pour voir si elles accepteraient de répondre à nos questions. Les rares personnes qui ont refusé de nous rencontrer l'ont fait par manque de temps.

Nous avons eu à cœur de rencontrer des professionnelles travaillant en libéral et / ou en Centre, dans diverses structures, par exemple dans un Centre Médico-Psychologique, un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce ou au sein d'une Association pour Adultes et Jeunes Handicapés.

Les orthophonistes qui ont accepté de témoigner exercent depuis quelques mois à 37 ans. Nous avons inclus les témoignages de deux orthophonistes exerçant depuis moins d'un an : la première car elle avait beaucoup réfléchi à l'importance des premières minutes de séance, la seconde car le mémoire qu'elle avait écrit faisait écho à celui-ci.

Par le fait du hasard et des rencontres, nous nous sommes uniquement entretenues avec des orthophonistes de sexe féminin. Il ne s'agissait évidemment en rien d'un caractère d'exclusion. Ce point est néanmoins important à préciser pour que le lecteur ait toutes les informations nécessaires quant à la recherche.

b) Recueil de témoignages d'enfants

Nous avons choisi de n'inclure dans notre étude que les enfants et les adolescents. Le choix de la population à observer était l'une des rares variables qui permettait de réduire l'ampleur de ce sujet. Ce choix a donc été motivé par le désir de limiter les risques de s'égarer. En ce qui concerne la partie pratique, nous avons rencontré des enfants et adolescents étant à même, d'un point de vue langagier, de donner leur avis. Il aurait été intéressant de recueillir les témoignages des parents de très jeunes enfants qui les accompagnent en début de séance, mais là encore nous avons préféré limiter notre étude et nous concentrer sur les orthophonistes ainsi que sur les patients enfants et adolescents.

Les enfants à qui nous avons demandé s'ils acceptaient de répondre à nos questions étaient des patients de nos maîtres de stages. La capacité de témoigner par eux-mêmes étant, en dehors de l'âge maximum de 18 ans – qui correspond au passage à l'âge adulte -

notre seule limite, nous n'avons pas effectué de sélection par rapport à l'âge, au sexe ou à l'appartenance à un quelconque niveau socioprofessionnel.

Nous avons ainsi recueilli les réponses de dix-neuf enfants. Vingt enfants ont été sollicités, un seul a refusé de répondre à notre questionnaire. Ce refus nous a semblé avoir du sens, c'est la raison pour laquelle il fait partie de nos témoignages.

3. Méthode de recueil des données

a) Questionnaires :

Nous avons posé cinq questions aux orthophonistes : nous avons fait le choix de poser une question sur chaque domaine qui semblait ressortir de nos recherches initiales : le corps, l'espace, la rencontre et la relation, les objectifs de la rééducation. Enfin une question plus large venait conclure l'entretien¹. Ces questions ont été formulées avec l'objectif d'obtenir le maximum d'informations possible, tout en restant suffisamment vastes pour éviter que la personne interrogée se sente orientée ou cloisonnée dans ses réponses. Ceci afin de limiter les risques de biais.

On peut faire remarquer que les quatre premières questions de notre questionnaire constituent un biais : nous orientons les réponses des orthophonistes dans une direction précise. Nous avons tenu compte de ce risque mais fait le choix de le prendre, dans le but d'obtenir un maximum d'informations au cours des entretiens.

Trois questions ont été posées aux enfants et aux adolescents. Nous cherchions à en savoir plus sur la façon dont ils envisageaient les premières minutes de séances. Il s'agissait pour eux aussi de poser des questions claires, au niveau de langue aussi bien adapté aux jeunes enfants qu'aux adolescents, en limitant au maximum les biais. La première question concerne le déroulement de ces débuts de séance : « Raconte-moi comment ça se passe quand tu arrives chez ton orthophoniste ». La seconde est à propos de leur ressenti : « Qu'est-ce que tu en penses ? ». Avec la troisième question, nous avons cherché à savoir s'ils comprenaient bien la raison pour laquelle ils venaient : « Pourquoi tu viens chez l'orthophoniste ? ».

¹ Le questionnaire est inclus dans les annexes

b) Matériel

Les témoignages d'orthophonistes ont été enregistrés avec un dictaphone numérique. Cinq questions leur étaient posées, reformulées si elles le demandaient ou si nous ressentions un besoin d'éclaircissement lors de l'entretien¹. Ces questions ne leur avaient pas été présentées à l'avance, elles n'avaient pu y réfléchir, et ne connaissaient que le thème de notre étude. Ces questions n'étaient pas visibles pour elles lors de l'entretien ; elles leur étaient lues à haute voix.

Les témoignages d'enfants étant plus brefs, ils n'ont pas été enregistrés, nous avons écrit leurs réponses.

Tous les témoignages ont ensuite été retranscrits dans leur intégralité. Un tableau a été fait avec ceux des patients², regroupant leurs réponses. Le contenu des réponses des orthophonistes étant conséquent, nous en avons extrait ce qui nous semblait important et avons assemblé tous ces points dans un document à part. Une fois structuré, c'est ce document, regroupant de nombreuses déclarations de professionnelles, qui a servi de base à notre partie pratique.

Nous avons fait le choix de ne pas mettre en annexe la totalité des transcriptions d'entretiens. Cela aurait été trop long. Les trois entretiens qui nous ont paru représenter au mieux les réponses que nous avons reçues ont été choisis comme exemples et placés en annexe. Nous y avons ajouté un entretien plus atypique, qui diffère des autres mais ne manque pas d'intérêt.

¹ Les reformulations sont incluses en annexe

² Ce tableau est inclus en annexe

I. RENCONTRE, RELATION

A. **Premières minutes : moment de rencontre ?**

Une des questions posées aux orthophonistes que nous avons rencontrées à propos des premières minutes de séance était « Est-ce un moment de rencontre ? ». Dix sept d'entre elles ont répondu par l'affirmative. Au mot « rencontre » ont été ajoutés les termes de « *moment d'échange* » (C.O.), « *premier contact* » (V.R.), « *accordage* » (G.G.B.), « *retrouvailles* ». Ce dernier a été employé à plusieurs reprises (G.G.B., F.R., H.O.).

Plusieurs orthophonistes ont témoigné de l'importance d'établir le contact, à chaque fois. Deux d'entre elles ont établi une comparaison entre ce moment et le reste de la séance : « *C'est un peu à l'image de la séance qui va suivre.* (M.D.) », « *Toutes les séances sont des moments de rencontre, encore plus le début* (C.O.) ». Une autre a indiqué « *c'est une rencontre mais il y a besoin de plein d'autres choses pour que la rencontre s'installe.* (V.R.) ». Enfin ce moment de rencontre fut qualifié de « *capital* » (L.C.).

Quatre personnes ont donné une réponse plus nuancée. Y.G. a répondu « *oui* », à notre question, et a précisé « *De rencontre ou de non-rencontre, mais ça c'est beaucoup plus rare.* ». Une orthophoniste exerçant depuis de nombreuses années a déclaré : « *Je ne sais pas si on peut qualifier les premières minutes de rencontre. Je pense qu'à partir du moment où l'enfant nous regarde on est dans la rencontre.* (C.Ma.) ». L'importance du regard sera développée dans un chapitre ultérieur.

Une professionnelle n'a pas répondu directement à cette question, et a préféré aborder différents éclairages (psychanalytique, cognitif, systémique) grâce auxquels on peut réfléchir à tous les aspects de la rencontre. Enfin, une orthophoniste dont la pratique est inspirée par la Pédagogie Relationnelle du Langage a donné un avis mitigé : « *Est-ce que ça se joue pendant les premières minutes, cette rencontre, j'en suis pas sûre. [...] Il y a quelque chose de l'ordre de se tourner autour pendant les premières minutes. Mais ce n'est pas forcément la rencontre. La rencontre, elle se fait autrement, elle se fait dans la médiation, elle se fait pendant la séance, elle se fait au cours du temps. Elle se fait même autour de la semaine, quand les enfants ne sont pas là et disent « J'ai parlé de toi à ma maîtresse ». Là pour moi c'est le mot même de rencontre.* » Elle ajoute « *C'est pas forcément dans les premières minutes. Il y a des premières minutes qui sont foirées, c'est*

pas grave. ». Cette rencontre qui ne se fait pas sera elle aussi abordée plus avant dans notre étude.

Nous avons ainsi obtenu des pistes intéressantes pour répondre à notre question. Pour mieux appréhender ce que signifie réellement ce moment de rencontre, nous nous attarderons sur quatre aspects des premières minutes de séance : l'accueil des patients, l'échange de nouvelles, l'écoute et enfin le fait de s'adapter aux personnes que l'on reçoit.

1. Bien accueillir

Les professionnelles considèrent comme primordial d'offrir un bon accueil à leurs patients. Le principe d'être « *sympa, disponible, souriant* » fut évoqué par L.C.. Une orthophoniste a fait remarquer qu'il était utile, dans le cadre de cet accueil, de nommer le patient : « *Le fait de dire son prénom aussi. Il y a le regard et le fait d'être nommé aussi quand je l'accueille* » (F.R.). Une autre, C.O., qui accorde une grande valeur à l'accueil de ses patients, a proposé, dans l'hypothèse qu'elle ne soit pas capable d'accueillir ses patients comme elle le souhaiterait, « *avec bonne humeur, sourire* » d'en parler avec eux. Enfin, une remarque faite par Y.G. à la toute fin de son entretien a retenu notre attention : « *La réussite ou pas de la séance se joue dans les premières minutes. C'est comme pour un dîner, si on n'accueille pas bien le gens, après ça se passe moins bien* ».

2. Échanger des nouvelles

Le moment des premières minutes où l'on reprend contact avec les patients sera développé dans le chapitre consacré au temps. Cette notion est proche de celle de l'échange de nouvelles, pourtant elle s'en distingue.

Demander des nouvelles tient du rituel en séance d'orthophonie. Chaque professionnelle a sa question de prédilection, que ce soit « *Quoi de neuf ?* », « *Est-ce que tu as quelque chose à me raconter aujourd'hui ?* », « *Est-ce que tu as envie de me raconter quelque chose ?* » pour n'en citer que quelques unes. Selon leurs envies, les patients répondent de façon plus ou moins détaillée, ou parfois préfèrent ne pas répondre. L'orthophoniste reçoit ces réponses et continue à partir de là, mais quoi qu'il arrive la phase d'échange est, pour la majorité des professionnelles rencontrées, toujours proposée.

Ce moment est apprécié des orthophonistes, ainsi C.M. témoigne : « *On s'est quittés une semaine, il y a forcément des expériences qui se sont faites d'un côté et de l'autre, et je trouve ça toujours intéressant d'essayer de les partager en début de séance, si chacun en a envie bien sûr.* ». H.O. a un avis similaire : « *J'aime bien quand ils me disent un petit peu ce qui s'est passé pendant la semaine, quand ils peuvent me transmettre l'ambiance du jour ou des derniers jours, ce qu'ils ont fait un peu, s'il y a quelque chose qui leur a fait plaisir pendant le weekend... J'aime bien quand il y a un petit propos personnel dans ces premières minutes.* ».

En dehors du côté agréable de l'échange, c'est aussi le moyen de donner une place particulière à l'enfant, d'accueillir tout ce qu'il peut avoir à dire : M.D. fait remarquer qu'« *il y a peut être des choses qui peuvent paraître anodines, mais tu te dis que s'il les dit, c'est qu'il y a un sens derrière.* ». On laisse au patient un espace pour déposer ce qu'il souhaite : il s'agit, d'après C.O., d'un « *moment où on peut lâcher, à la fois ce qui s'est passé dans la journée, raconter ce qui s'est passé, ou ce qui s'est passé d'important dans la semaine.* ». M.J ajoute qu'à ce moment, elle a à cœur de « *leur demander comment ils vont, prendre en compte ce qu'ils sont, ce qu'ils sont aussi dans la vie de tous les jours.* ».

Deux orthophonistes font remarquer qu'elles profitent de ce moment pour recueillir des indices utiles pour la rééducation en tant que telle : Pour C.M., « *demander ce qui s'est passé dans la semaine, c'est toujours intéressant, et puis je trouve ça toujours intéressant de voir comment ils sont capables de raconter ce qui n'est pas sous mes yeux. C'est d'ailleurs souvent très difficile pour les enfants qui ont des troubles.* » . L.C. fait une remarque similaire : « *Et ça permet de voir au niveau du langage clairement tout ce qu'il sait, tout ce qu'il sait pas, après les jeux vont viser à travailler ces choses que l'on a pu observer, on va dire là et là il y a un souci, on ferait bien de travailler de ce côté là ou de ce côté là.* ».

Enfin, F.R. donne une réponse qui témoigne de sa démarche de valorisation des patients : « *J'essaie de solliciter quelque chose de positif de la part de l'enfant. « Qu'est-ce qui s'est passé de bien aujourd'hui pour toi? » ».*

On voit ainsi l'intérêt que les orthophonistes accordent à l'échange de nouvelles. La notion d'écoute a souvent été évoquée au cours des entretiens.

3. Être à l'écoute, accepter le silence

Lorsqu'un orthophoniste accueille un patient en séance, il instaure un climat d'écoute : une écoute « *bienveillante* », « *amicale* ». Y.G. apporte une précision : elle évoque une « *écoute amicale, confortable mais qui reste quand même un aspect rééducatif, médical entre guillemets* ». Il n'est pas seulement à l'écoute de ce qui est dit : Pour M.D., l'orthophoniste doit « *Être à l'écoute de ce qu'il va te dire, être à l'écoute de ce que tu vas voir* », *de ce qu'il amène.* »

D'après elle, il faut aussi rester vigilant : « *prendre le temps de faire attention à ne pas trop parler, et le laisser lui amener ce qu'il veut.* ».

La notion de silence est évoquée par les deux orthophonistes que nous venons de citer. Pour Y.G., au cours des premières minutes, on peut « *rigoler, parler, refuser de parler, c'est pas grave.* ». M.D. parle de « *La place du silence aussi. Le laisser parler, le laisser élaborer et penser.* » et mentionne la difficulté d'accorder cette place, dans le temps relativement limité des séances.

Bien accueillir les patients, les écouter, échanger des nouvelles avec eux implique une certaine routine, pourtant il y a, selon les personnes, selon les moments, des différences importantes. Ainsi l'orthophoniste doit être capable de s'adapter.

4. S'adapter au patient

Le fait d'être capable de s'adapter au patient a été évoqué à de nombreuses reprises par les orthophonistes que nous avons rencontrés. Il ne s'agit pas d'ailleurs de s'adapter seulement au patient, mais de s'adapter à lui à un moment « x ». I.B. l'explique de cette façon : « *c'est pas toi t'es toujours toi pareil, et tu viens aujourd'hui comme tu viens les autres fois. C'est toi aujourd'hui comment tu vas? Comment t'es, bien ou pas? [...] Tu prends toujours en compte cet état de fait, quand tu arrives, c'est jamais les mêmes, ils sont toujours dans un état émotionnel différent en fait. Et ça tu en tiens compte toujours de cet état, ce qui fait que c'est jamais pareil.* » On développera dans un chapitre ultérieur la

séance dans la journée de l'enfant et de l'orthophoniste.

Douze orthophonistes ont parlé de la nécessité de s'adapter à ceux qu'elles reçoivent. D'après A.B., « *L'enfant nous emmène là où il veut nous emmener, on balise le chemin* ». C.M. le décrit de cette façon : « *C'est très improvisé les premières minutes, autant ça l'est moins quelquefois après: par rapport à la présentation de l'enfant, comment l'enfant est à ce moment là. Comment je le sens à ce moment là. Suivant ses états, suivant aussi comment ça s'est passé quand je suis allé le chercher dans la salle d'attente, si la famille m'a parlé... ça induit forcément le début de la séance. [...] C'est fonction de l'âge, de la pathologie, de l'état du moment... c'est fonction de plein de choses. À nous de nous adapter, ça fait partie de notre boulot.* ».

De nombreuses professionnelles décident du déroulement des séances en tenant compte de ce qu'elles perçoivent de leurs patients. Si elles sentent que ce qu'elles avaient prévu au départ ne correspond pas à l'état actuel du patient, elles s'adaptent : « *Le choix de ce que l'on va faire, le déroulement de la séance sera orienté par ce qu'elle perçoit de l'enfant, de l'ado au début, à son intuition.* » explique I.G.

Des exemples de ce principe d'adaptation ont été donnés par une jeune orthophoniste, A.D. « *Il y a des enfants, pour leur permettre de s'installer dans la séance, il faut les laisser gérer.* », « *Il y en a [...] qui ont besoin que l'on leur dise ce que l'on va faire, sinon ce serait insécurisant, [pendant] les temps de transition surtout.* ». Elle ajoute « *Pour les enfants qui ont du mal à dire, qui ont du mal à s'engager il faut un peu les tirer, ça va être un peu dans l'autre sens du coup, ça va être plus prendre en charge et lâcher petit à petit, mais ne pas trop lâcher d'un coup parce que là c'est insécurisant dans l'autre sens.* », on voit ainsi que s'adapter ne veut pas dire aller dans le sens du patient. Quand celui-ci a une baisse de forme, on peut insuffler plus d'énergie que d'habitude, à l'inverse on peut parler doucement, posément à un patient survolté.

Cette orthophoniste, au final, définit ce que pour elle signifie l'adaptation aux patients dans notre métier : « *essayer de suivre l'enfant, autant que possible, d'essayer de respecter son rythme, de ne pas être trop dans nos objectifs. C'est vraiment important de pouvoir se dire qu'aujourd'hui il en est là, il ne peut pas aller plus vite que la musique, et que c'est pas moi en essayant d'aller trop vite qui vais réussir à l'emmener.* »

L'observation des réponses des orthophonistes au sujet de l'accueil, de l'échange

des nouvelles, de l'écoute et de l'adaptation aux patients nous a ainsi permis d'avoir des informations plus approfondies sur la troisième question de notre questionnaire : « Est-ce un moment de rencontre ? ». Nous allons maintenant étudier en quoi cette rencontre est particulière.

B. Une rencontre particulière

Progressivement, au fil des rencontres, une relation se crée entre patient et orthophoniste. Il s'agit d'une relation d'aide. Y.G. l'évoque au cours de son témoignage : « *Tu te positionnes comme quelqu'un « Je vais t'aider », et tu as en face quelqu'un qui vient pour avoir de l'aide. C'est un peu particulier, un peu faussé quand même.* »

1. Relation privilégiée

Revenons un instant sur les rencontres qui se font entre le patient et l'orthophoniste au cours des premières minutes de séance, qui, d'après les professionnelles que nous avons rencontrées, ont un rôle dans cette relation : D'après H.O., « *Ce n'est pas une rencontre comme si je voyais pour la première fois la personne, mais oui il y a plaisir de se retrouver. Même avec des patients plus difficiles, je pense qu'il y a toujours ce moment où on a plaisir à se revoir, à se retrouver, tout en ayant dans la tête, dans les premières minutes, « je veux faire une bonne séance, je veux que ça se passe bien, je veux qu'il prenne plaisir à travailler* ». ». C.M. estime la rencontre nécessaire : « *Il y a besoin qu'il y ait cette rencontre là, même si à chaque fois on ne reprend pas tout de zéro, forcément.* ». I.G. rejoint ces professionnelles dans ce principe de rencontre qui se reproduit : « *Après il y en a, depuis le temps que je les connais, avec qui la rencontre est presque routinière, mais c'est toutes les semaines l'occasion de dire « bonjour, on va passer un moment ensemble.* ».

La relation qui se crée entre un patient et son orthophoniste est dans la majorité des cas une relation duelle. A-S. A-L. et E.T. l'ont mentionné au cours de leurs entretiens.

Cette dernière a également abordé un principe fondamental de la relation d'aide : l'absence de jugement : « *Il n'y a pas de jugement chez l'orthophoniste, l'erreur est*

possible. ».¹ Selon elle, le bureau de l'orthophoniste est un « *lieu privilégié: l'orthophoniste est quelqu'un à qui on peut dire ce qui s'est passé à l'école. On laisse à l'enfant la place de parler.* ». Dans le témoignage d'A.B., il ne s'agit pas tant de laisser le patient parler, mais l'inverse : « *L'orthophoniste, elle, parle à l'enfant. Et en plus elle veut bien jouer avec lui.* ».

Plusieurs professionnelles ont évoqué les différences entre la relation orthophoniste-patient et les autres relations interpersonnelles : entre celles qui se créent entre un professeur et son élève, ou un parent et son enfant. On sent, dans leurs témoignages, qu'elles ne se considèrent pas comme supérieures à qui que ce soit. Elles estiment simplement qu'elles ont un rôle différent, une place à part. La particularité, dans notre profession, est mentionnée par E.T. : « *l'orthophoniste part de l'enfant, de ses capacités, pas d'une attente précise à un moment x.* ». Elle ajoute : « *Les institutrices ont beaucoup d'élèves, il faut rentrer dans des cadres, et on attend de l'enfant certaines compétences à des moments précis. Les parents ont beaucoup d'attentes, les enfants ont peur de les décevoir. L'orthophoniste est en dehors de ça, donc plus facile d'accès.* ». Une information supplémentaire est donnée par G.G.B. : « *On essaie de pointer les lignes de force, les petites choses que les instits et les parents n'ont pas forcément perçues.* ». La notion de ligne de force sera abordée dans le chapitre consacré aux objectifs de rééducation.

Une orthophoniste témoigne de l'une de ses tentatives : « *Moi je m'implique pas mal, donc j'essaie de rendre l'échange le plus humain possible, d'être le plus accessible possible pour l'enfant* » (H.O.).

Elle évoque ensuite un facteur qui, selon elle, a une influence sur la rencontre qui se produit entre le patient et elle : les parents. Elle avoue que quand ceux-ci sont « *un peu intrusifs, ça casse un peu l'organisation de ma séance.* ». Elle l'explique en prenant l'exemple des nouvelles que les parents donnent à l'orthophoniste avant la séance, qui peuvent parfois mettre le patient dans une situation délicate. Pour elle, il s'agit « *d'un facteur extérieur que je ne voulais pas forcément savoir ou que l'enfant ne voulait pas forcément me dire non plus* ». Pour elle cela a un impact sur les premières minutes de la séance avec celui-ci.

Les bases de la relation qui s'instaure avec le patient sont posées, d'après certaines

¹ Voir le chapitre sur la relation d'aide, p.14

professionnelles, lors de la première rencontre.

2. La première rencontre.

La première fois qu'un orthophoniste rencontre un patient et sa famille, il doit, d'après Y.Y., verbaliser au maximum et être « *bien au clair* » pour aider le patient à comprendre ce qu'il fait là, et ce qui va se produire. Selon elle, les enfants qui arrivent le jour du bilan n'arrivent souvent pas à mettre des mots sur la raison de leur venue, donc « *L'aider, c'est déjà qu'il y ait une reconnaissance des troubles, par les gens qu'il y a autour de lui et par nous mêmes. Dire oui, tu as des troubles, et tu viens ici pour ça. Être clair dans sa position d'orthophoniste, qu'est-ce que l'on va faire avec lui.* ». Dans cette optique, elle accorde de l'importance au bilan, au diagnostic et au projet de soin « *Pour moi c'est une évidence, on ne navigue pas dans le brouillard. Il y a un bilan, un diagnostic, on est orthophoniste et on a un projet de soin. Qui peut après se moduler bien sûr.* ».

Le premier rendez-vous n'est pas seulement le moment du premier contact entre le patient et l'orthophoniste, il s'agit aussi de la première rencontre avec les parents de celui-ci. Y.Y. évoque sa façon d'envisager cette rencontre dans son témoignage : « *Souvent lors du premier entretien, je verbalise l'inquiétude des parents, d'où la démarche vers une orthophoniste, le fait que les parents font confiance dans l'évolution, font confiance dans l'enfant et donc me confient l'enfant pour qu'il y ait une évolution. Il faut les replacer dans leur statut de parent, de demandeurs d'aide. Ils sont inquiets et le confient à un professionnel.* ».

Déjà, au cours de cette rencontre initiale, on peut avoir un aperçu de l'investissement du patient et de sa famille dans la prise en charge.

3. Investissement: du patient, des parents, de l'orthophoniste.

Nous l'avons évoqué¹, le patient doit s'être approprié la demande de soin pour

¹ Voir le chapitre sur l'investissement p. 25

pouvoir s'investir dans sa rééducation. Or, comme le dit Y.Y., « *Souvent, l'enfant qui vient ici n'est pas celui qui décide de venir. Les patients sont emmenés par les parents, ils sont envoyés par l'école qui conseille... C'est pas eux qui décident.* ». Elle en déduit que son « *premier travail c'est de les rendre responsables de leur venue ici.* »

Pour cela, le patient doit être considéré comme un sujet. Plusieurs orthophonistes en parlent : Y.G. dit simplement « *Le patient c'est d'abord une personne.* ». Chaque patient est perçu dans son individualité, ainsi I.G. déclare : « *Dans une relation thérapeute-patient, il y a tout de même cette notion d'être deux individus, et pas n'importe qui. C'est pas n'importe quel patient, pas n'importe quel thérapeute, et du coup il y a à chaque fois cette rencontre qui se fait. Plus ou moins bien selon les patients. Et ça s'instaure au début, effectivement.* ». Pour H.O., le patient doit « *voir que je suis intéressée à lui, à ce qu'il est en tant que personne, pas juste en tant que patient-enfant qui vient me voir pour régler des problèmes.* ». H.F. fait un parallèle entre cela et la question qu'elle pose systématiquement aux patients lorsqu'elle les reçoit : « *Le côté prendre la température: comment ça va? Je m'adresse à toi, je ne suis plus avec le petit garçon qui était avant ou avec la petite fille qui vient après. Je suis avec toi et là c'est à toi que je m'intéresse.* ». Elle ajoute que « *c'est ce qui fait le lien, au delà de tout le travail que l'on peut faire. Si déjà l'enfant se sent là, présent, et en tant que lui, sujet, c'est primordial, c'est évident. S'il y a ça, c'est déjà la base.* »

Être perçu et se percevoir comme le sujet de sa rééducation n'est pas le seul facteur de l'investissement du patient. Il doit, dans la même optique, comprendre qui fait le travail, au cours des séances d'orthophonie : Y.Y. souhaite : « *qu'il comprenne que c'est lui qui bosse, qu'il doit être fier du travail qu'il fait, et que l'on est là pour l'aider. Ce n'est pas nous qui faisons qu'il devient bon, c'est lui tout seul, ce n'est pas la famille ni l'école. Je caricature, mais c'est le jeune qui bosse, ce n'est pas nous. Il faut le rendre acteur. Pour moi c'est l'un des premiers points dans les premiers temps de séance. Qu'il y ait une prise de conscience des troubles et qu'il devienne acteur du travail et du soin.* ».

Un des nombreux principes de l'orthophonie est la liberté qu'a le patient de choisir s'il accepte la prise en charge, et de l'arrêter quand il le souhaite. Cela a un impact sur son investissement dans la rééducation. Ainsi Y.G. a pour habitude de « *demander son avis au début* ». Certaines orthophonistes n'hésitent pas à dire régulièrement aux patients que

l'orthophonie n'est pas une obligation. L.C. le mentionne : « *on peut aussi s'arrêter, ou espacer les séances, ou en parler avec ses parents, appeler l'instit... Baliser...* ».

V.R. rejoint cette dernière lorsqu'elle parle de se mettre en contact avec les professeurs de ses patients. Elle insiste sur l'intérêt de se mettre en lien avec l'entourage du patient pour obtenir le plus d'informations possible : « *On voit aussi en fonction de ce que l'on est. L'enfant, je le vois d'une certaine manière, il va être perçu d'une autre manière, et je sais pas qui a raison, qui a tort. Plus on échange, et plus ça refait la richesse de l'enfant* ».

D'après elle, on en apprend beaucoup sur l'investissement du patient pendant les premières minutes de séance : « *Les premières minutes disent beaucoup de choses aussi de l'investissement qui a été mis dans la prise en charge et de l'investissement que peut mettre l'enfant aussi dans le travail en général. Un enfant qui a envie de progresser, qui a investi la prise en charge à fond, en général il ne va pas chercher des jeux tout de suite en fait. Il s'assoit. L'enfant qui se disperse dans le bureau, on sait que l'on va être dispersé dans la prise en charge. Ça peut être des petits signes de choses longues à mettre en place quant à la motivation* ».

L'implication des patients dans leur rééducation n'est pas possible si les parents ne sont pas eux aussi investis dans celle-ci. A.D. en témoigne, à l'échelle de la séance : « *quand tu sens que les parents arrivent en se disant « ça me prend la tête d'accompagner mon fils », ou « je cours partout et j'en peux plus, je vois pas à quoi ça sert. » Là ça n'installe pas dans la séance, c'est certain.* ». L'orthophoniste peut favoriser l'implication des parents, que ce soit en les encourageant à trouver un cabinet proche de chez eux, en trouvant un horaire qui ne soit pas trop contraignant, ou en veillant à les tenir informés : informés des tenants et des aboutissants de la rééducation, en reprenant des éléments du bilan et en faisant des petits états des lieux. Il est essentiel de faire sentir aux parents qu'ils sont, eux aussi, importants dans la prise en charge de leur enfant.

Six orthophonistes ont évoqué leur relation avec l'entourage du patient dans leurs témoignages. Qu'elle soit qualifiée de « relation de confiance », de « lien », d'« alliance » ou simplement de relation, elle est estimée utile pour permettre aux patients de s'investir dans leur rééducation.

Ce lien s'établit dès la première rencontre, mais aussi au fur et à mesure, au

moment de l'accueil. H.O. l'évoque : « *le lien avec les parents c'est ça aussi, accueillir le plus chaleureusement possible les enfants avec un petit mot gentil aussi aux parents, c'est vraiment ça qui je pense permet aux enfants d'apprécier de venir, le plus longtemps possible, et de faire un vrai travail derrière.* » Il peut s'agir aussi de donner des nouvelles aux parents. D'après L.C., « *voir leurs parents aussi, de manière assez régulière, c'est important aussi: faire le point avec les parents, parler de leurs progrès.* ».

Enfin, une orthophoniste qui a mis en place une relation avec l'entourage du patient peut changer la trajectoire prévue d'une séance, au moment où elle va chercher le patient dans la salle d'attente. Ainsi, C.M. témoigne : « *[quand] je vois parents et enfants dans la salle d'attente faire grise mine, ça m'arrive très fréquemment dans ces cas là de faire rentrer tout le monde et d'évoquer ce qui est difficile, si ça concerne la rééducation en tous cas, et l'enfant. Et d'essayer de faire ressortir tout ça de façon à ce que l'on puisse continuer, cette fois là ou la fois d'après de façon plus sereine.* ».

C'est en écoutant diverses anecdotes de ce type que l'on remarque l'investissement de l'orthophoniste dans la prise en charge de ses patients. Il ne s'agit pas seulement de recevoir une personne, de l'accueillir de la meilleure façon possible et de mettre en place un projet de soin. Il faut aussi être en mesure de créer des liens avec l'entourage du patient, sa famille, ses professeurs, et d'être suffisamment disponible pour percevoir quand ça ne va pas.

La rencontre, si particulière, entre l'orthophoniste et son patient ne se produit pas toujours au cours des premières minutes de séance.

C. La rencontre n'est pas toujours possible pendant les premières minutes

A la question « Est-ce un moment de rencontre ? », Y.G. répond : « *De rencontre ou de non-rencontre* ». En effet, il arrive que patient et orthophoniste ne parviennent pas à établir un contact au cours des premières minutes de séance. Lorsque cela se produit, d'après L.C., « *On peut faire une séance [...], bien sûr, mais on est un petit peu plongés la tête la première dans tout un mécanisme qui nous échappe en partie.* ».

La rencontre peut ne pas se produire pour une raison liée à la pathologie de l'enfant. H.O. évoque le cas des patients autistes : « *Avec un enfant autiste, il n'y a aucun sentiment qui passe, c'est terrifiant, extrêmement difficile. Cette rencontre qui ne s'établit pas, jamais un sourire, jamais un regard, c'est éprouvant. C'est dur, de ne pas avoir de retour dans ces premières minutes...* ». En dehors de ce type de patients, il existe d'autres raisons pour que la rencontre ne se produise pas.

Plusieurs orthophonistes ont parlé des enfants qui, dès qu'ils arrivent dans le bureau, filent directement vers les jeux. Le propos qui revient le plus souvent est leur tentative de commencer par les faire venir s'asseoir et de prendre des nouvelles avant de commencer une activité. Mais d'après L.C., il y a certains enfants avec qui ce n'est pas possible « *Ils arrivent, ils foncent sur les jeux, ils s'enferment dans leur truc, la rencontre n'est pas faisable.* ». Pour elle, les jeunes enfants qui se dirigent immédiatement vers les jeux en arrivant ne le font pas pour les mêmes raisons que les plus grands : « *il y a des jeux, ils y vont.* ».

Il arrive aussi que le patient et son orthophoniste ne parviennent pas à « se rejoindre ». M.J. donne l'exemple d'une enfant de huit ans qui arrive en séance avec son calendrier, pour y noter les dates d'anniversaire de son orthophoniste et de la stagiaire : « *Elle, c'est ce qu'elle demande pour être dans la rencontre, moi la position que j'ai choisi d'avoir c'est qu'étant thérapeute, je suis quelque chose de différent.[...] Donc je refuse cette rencontre qu'elle me propose, mais parce que je cherche à la rencontrer sur un autre terrain qui est le terrain du thérapeutique, où là elle cherche à fuir.* ». Elle ajoute : « *Il y a bien un moment où il va falloir que l'on réussisse à faire du compromis.* ».

Il est également possible qu'à un certain point de la rééducation, la rencontre ne se fasse plus. M.J. l'évoque : « *il y a des enfants avec qui ça se passe bien, et puis il y a un moment où on ne se rencontre plus. C'est plus ça, c'est plus le moment, donc là on se repose les questions: Est-ce qu'il faut changer de thérapeute, est-ce qu'il faut s'arrêter, est-ce qu'il faut faire une pause, est-ce que ça va pas bien dans sa vie, est-ce que c'est moi qui ne suis plus adaptée à ce qui est demandé...* ».

Cette question du changement de thérapeute se pose également quand le patient et son orthophoniste ne s'entendent pas. A.B. parle du « *courant qui ne passe vraiment pas entre l'enfant et l'ortho* », ce qui est susceptible d'arriver, même si c'est rare.

Pour que la rééducation donne des résultats, il est préférable que le patient et orthophoniste arrivent à se rencontrer : Y.G. évoque un « *partage nécessaire* ». D'après elle, s'il ne se produit pas, la prise en charge « *va s'écourter très très vite.* ».

Deux des orthophonistes que nous avons rencontrées expliquent leur désir de réussir à rencontrer leurs patients : pour L.C., « *C'est capital. Il y a plusieurs enfants, quand on réussit après plusieurs séances, à passer cinq minutes, même pas, trois quatre minutes là comme ça, c'est une grosse victoire.* ». Elle donne du sens au moment où les enfants acceptent de venir s'asseoir au bureau : « *Quand ils acceptent de s'asseoir là c'est qu'ils sont d'accord pour me rencontrer. Ce qui permet le reste après.* ». M.J. évoque deux aspects de la rencontre que nous avons abordés au cours de cette étude : la première « vraie » rencontre avec le patient, le moment où le contact s'établit : « *Il y a des enfants qui sont dans la rencontre dès le bilan, dès les premières minutes, et des enfants à qui il faut deux ans avant même que l'on soit dans une rencontre, qu'il y ait quelque chose qui se passe, un déclic, pouvoir se rencontrer réellement.* », et la rencontre renouvelée au fil des séances : « *Ces premières minutes, c'est toutes les semaines, on ne s'est pas vus depuis une semaine, depuis 15 jours, depuis les vacances... on recherche cette rencontre là. On cherche comment on va pouvoir se rencontrer sur cette séance là. Il y a des enfants que l'on connaît bien, depuis longtemps, la rencontre est facile parce que l'on avance avec eux, puis il y a des enfants avec qui chaque séance est compliquée.* ». On voit que quel que soit le type de rencontre dont elle parle, elle cherche comment réussir à rencontrer ses patients.

Ainsi il arrive que la rencontre entre le patient et son orthophoniste ne puisse se faire au cours des premières minutes de séances. La question qui se pose est : quels sont les éléments à prendre en compte pour favoriser cette rencontre ?

D. Qu'est-ce qui permet la rencontre ?

Les orthophonistes qui ont témoigné dans le cadre de notre étude ont abordé différents facteurs : la confidentialité, la confiance, sécuriser le patient, les notions de transfert et de contre transfert, et leur propre disponibilité.

1. Confidentialité

La confidentialité a été abordée sous deux angles très différents : celui de l'espace de travail de l'orthophoniste, qui doit garantir la confidentialité, et la notion de garantie du secret de ce qui est partagé par le patient.

Trois orthophonistes témoignent de leur désir d'éviter au maximum que ce qui se dit en séance soit entendu. H.O. l'exprime sans détours : « *Je voulais être le plus loin possible de la porte, ça c'est évident. Autant je dis pas mal de choses aux parents, [...] autant je ne veux vraiment pas qu'ils entendent ce qui se passe, ce qui se joue dans la séance.* ». G.G.B. a le même principe, elle donne un exemple pour l'illustrer : « *[Auparavant] la salle d'attente était directement attenante au bureau, et ça ne favorisait pas justement cette mise en confiance. Après la séance il y avait la maman qui disait « Mais j'ai entendu, t'as pas raconté que l'on était allés à Paris ce weekend! Mais alors faut dire, ça, G! »* ». La distance entre la salle d'attente et le bureau est donc considérée comme un atout.

La garantie du secret est un des principes de toute orthophoniste. Pour M.D., elle est nécessaire à l'instauration d'un lien de confiance.

2. Confiance: en l'autre, en soi

La notion de confiance a été abordée par huit orthophonistes. Il s'agit le plus souvent de mettre le patient en confiance, ou d'établir un lien de confiance avec celui-ci et son entourage. E.T. mentionne également son désir d'aider le patient à « *prendre confiance en lui* ».

Ces professionnelles évoquent ce que signifie pour elles mettre en confiance leur patient. Pour Y.G., le lien de confiance établi implique qu'elle soit aussi « *capable d'entendre quand ils disent non.* » : quand ils refusent de parler, de partager ou de faire une activité. I.G. explique que c'est en évitant de se « *montrer en tant que juge de ses performances* ». Elle ajoute : « *Je pense que c'est ça qui peut aider les enfants à se sentir plus en confiance et à prendre confiance en eux, ne pas être en peur de l'échec systématique comme ça arrive souvent, dans les enfants que je vois* ». Pour F.R., enfin,

c'est une affaire de regard et d'empathie : *« Le regard bienveillant que l'on porte sur lui, pour qu'il se sente accueilli, de toute façon, même si c'est avec des échecs, d'ailleurs c'est toujours le cas. Une espèce d'empathie que l'on essaie d'installer pour qu'il se sente accueilli, qu'il se sente en confiance et qu'il puisse essayer des choses, prendre des risques. »*

Le lien de confiance n'est pas établi qu'avec les patients. Pour Y.Y., cette confiance s'établit avec l'entourage avant de s'installer entre l'orthophoniste et le patient : *« Tu ne peux pas voir un enfant en dehors de son contexte. Il faut que le lien de confiance soit avec tout son entourage. École et famille. Une fois que l'accord, le contrat est signé avec l'entourage, après il y a le lien de confiance avec le jeune, pourquoi il vient te voir. »*. G.G.B. estime également qu'obtenir la confiance des parents est fondamental : *« Le plus important, c'est la confiance des parents. Cette confiance, je la nourris aussi en début de séance, avec le petit regard complice avec les parents. C'est pour moi le plus important. »*.

La confiance ne peut pas non plus s'établir si le patient ne se sent pas en sécurité.

3. Le cadre

a) Sécuriser, Contenir, être prévenant

Le cadre a un rôle sécurisant. Cette notion de sécurité, de se sentir en sécurité lorsque l'on est en séance, a été abordée par plusieurs orthophonistes. L'une d'entre elles, E.T., a évoqué l'anxiété que ressentent certains patients, surtout en début de prise en charge, qu'elle s'efforce d'apaiser. L.C. a décrit une situation dans laquelle, d'après elle, elle ne parvient pas à aider le patient à se sentir en sécurité dans son bureau : *« Je vois un enfant dont la mère est assez intrusive, et il est assez insécurisé ici. Il sait que sa mère vient, qu'elle peut rester toute la séance... »*. On voit par cet exemple que sécuriser un patient n'est pas aisé, que chaque situation doit être envisagée séparément.

I.C. évoque enfin la contenance. Nous l'avons mentionné dans un chapitre antérieur, un parallèle a été fait entre le cadre et un « *contenant maternel* »¹, une enveloppe protectrice. C'est dans cet esprit qu'I.C. considère important de : « *Contenir pour qu'ils puissent s'installer et travailler* ».

Une proposition a été faite par deux professionnelles pour aider le patient. L.C., que nous venons de citer, pense qu'il est nécessaire de « *prévenir d'une fois sur l'autre de ce qui va se passer, être prévenant* ». Elle s'explique, en abordant la préparation des patients aux rencontres avec les parents : « *Ils aiment bien savoir d'abord ce qui va être dit. « J'aurais ça et ça à dire, est-ce que tu es d'accord ? Qu'est-ce que tu en penses ? Est-ce que c'est vrai ? ».* Ça, ça les met en confiance. ». Y.Y. tient des propos similaires : « *L'aider. D'abord à entendre ce que l'on va dire aux gens qui l'entourent. À ses parents, et à l'école.* ».

Cette dernière estime qu'il est nécessaire de faire un travail sur soi, de réfléchir au transfert et au contre-transfert lorsque l'on est orthophoniste.

b) Transfert, Contre transfert, travail sur soi

A.B. a mentionné le contre-transfert lors de son entretien, mais c'est Y.Y. qui a parlé le plus longuement de ces notions. D'après elle, « *un travail de l'orthophoniste c'est d'être au clair avec elle même, et de ne pas faire des projections sur l'enfant.* ». Elle s'explique : « *Ça passe ou ça ne passe pas avec le jeune, et si ça ne passe pas, pourquoi ? C'est là aussi où on doit faire un travail sur soi: pourquoi je ne l'aime pas ce gamin, qu'est-ce qu'il me fait ? Quelle est la résonance avec ma propre histoire ? Ou alors qu'est-ce qu'il me fait subir ? Pourquoi il me fait sentir qu'il est détestable, ou qu'il est trop gentil, trop séducteur... Pourquoi je ressens ça ?* ». Elle ajoute : « *Si on n'analyse pas ça, comment leur amener les outils ? Ils ne vont pas être suffisamment sereins à l'intérieur d'eux-mêmes, pas suffisamment solides pour aborder les apprentissages.* »

La question de la limite entre l'orthophonie et la psychanalyse étant souvent

¹ Anzieu, D. (1985). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod.

évoquée dès qu'il s'agit de transfert ou de projections, Y.Y. développe : « *Tout ça, c'est un tout, il n'y a pas la psychanalyse d'un côté, la neuropsychologie, le cognitivisme... non, c'est un tout. Nous les orthophonistes, on est à la frontière de beaucoup d'ensembles, dans une intersection d'ensemble, et on doit comprendre tout ça, mais on est orthophonistes.* ».

Elle recentre ensuite son propos sur la pratique orthophonique en tant que telle : « *Comme nous on est orthophonistes, on n'est pas psy, on n'est pas dans une psychothérapie, il y a des questions qui nous sont posées, des réponses à trouver, des outils à utiliser, ...* ». Elle conclut en revenant aux premières minutes de séance : « *Mais on doit connaître tout ça pour mieux comprendre la relation dans les premières minutes, pour ne pas être dans les projections, dans le fait d'imposer un système, une méthode, là on serait dans l'éducatif.* ».

c) Rappeler les règles

La question du cadre, des limites, a été évoquée par trois orthophonistes. Pour Y.G., « *Il faut que ce soit clair : le lieu, pourquoi on vient, qui est la personne en face... Il ne faut pas tout mélanger* ». A.B. estime parfois nécessaire de faire un « *rappel des règles* ». Y.Y., enfin, fait le lien entre le fait de rappeler les limites à un patient et de le contenir : « *Quand je cadre un enfant de façon sévère, je le fais en me disant dans ma tête que ça va lui faire du bien, parce que ça va le contenir. Il y a des fois où je n'en suis pas capable, du coup je préfère me taire, parce que je me dis que je vais déborder* ».

La question de l'état émotionnel de l'orthophoniste, ainsi que de sa disponibilité a d'ailleurs souvent été abordée.

4. Disponibilité, bien être de l'orthophoniste

Huit professionnelles ont évoqué la disponibilité nécessaire de l'orthophoniste pour un bon déroulement des séances.

Comme L.C., beaucoup d'orthophonistes essaient d'être disponibles. Seulement ce n'est pas toujours possible. D'après H.F., « *pour une rencontre il faut être disponible, et parfois j'avoue, on est moins disponibles d'esprit.* ». Qu'il s'agisse de fatigue, d'ennuis

personnels, de surmenage ou de distraction, il existe de nombreuses raisons pour qu'une personne ne soit pas totalement disponible pour une rencontre. D'après C.O., le tout début d'une séance est un « *moment qui est vraiment conditionné : par l'état dans lequel on est soi-même, son état de fatigue, de forme, de plein de choses comme ça.* ».

Plusieurs orthophonistes ont témoigné de l'impact qu'a leur propre état sur la séance du patient. L.C. mentionne que: « *Les jours où on est fatigués, les enfants le ressentent tout de suite, et ils sont beaucoup moins disponibles* ». V.R. fait une remarque similaire : « *Des fois, je ne suis pas bien lunée, ça ne marche pas. Il faut être disponible, c'est ça qui n'est pas simple, il faut faire abstraction de nos propres bagages. Si on arrive et que l'on n'est pas disponible, les rééducations vont être vraiment différentes.* ».

Il existe de nombreuses raisons d'être indisponible. Ainsi, H.F. évoque sa capacité d'écoute diminuée le mercredi, journée particulièrement chargée : « *C'est pas une écoute qui est si simple à avoir, surtout quand tu en as 15 ou 16 qui s'enchainent le mercredi.* ». Mais le fait de l'avoir réalisé déclenche une réflexion chez elle : « *le fait de s'en rendre compte, se dire « Quand je suis à l'écoute, est-ce que je suis vraiment là? ». C'est un travail, mais je m'efforce, au moins dans les premières minutes, après il y a le reste le jeu, les activités, mais au moins dans les premières minutes, d'être vraiment là.* ».

M.D. se pose aussi des questions au sujet de la disponibilité : « *En pratique, est-ce que tu es, toi, disponible pour accueillir les premières minutes? Des fois t'as l'enfant d'avant que tu as encore en tête, des fois t'as l'enfant d'après, ou un coup de fil qu'il fallait que tu passes, et du coup t'as pas eu le temps, des fois t'as du retard et tu te dis « oh la la je l'ai pris avec cinq minutes de retard, du coup on a cinq minutes de moins quelque part », ou des idées que t'as pour le lendemain. Et finalement, ces trois minutes là, est-ce que l'on prend vraiment le temps, c'est ça la question.* ».

V.R., elle, relativise. D'après elle, il est essentiel d'écouter l'enfant, mais même si les toutes premières minutes de séance ne se déroulent pas au mieux, on peut rétablir la situation par la suite : « *Les séances où on est hyper présents, où on est vraiment dans l'écoute de l'enfant, il se passe des trucs, plus que quand on est (distrain). Les cinq premières minutes, des fois elles sont comme ça (on est distraits), et c'est le reste de la séance qui va faire que l'on se pose.* »

La disponibilité de l'orthophoniste est liée à son bien être.

H.O. évoque les situations où l'orthophoniste est fatigué : *« Les périodes où c'est difficile, où on est fatigué, c'est plus difficile. Être accueillante, ça peut être fatigant. »*.

Deux professionnelles accordent beaucoup d'importance à l'énergie. I.B. l'affirme : *« On sourit, on est bien, on met à point d'honneur à... il faut que l'on ait la pêche sinon c'est dur, on envoie beaucoup d'énergie. Au delà des rituels, c'est l'énergie que tu dégages. Les jours où tu es fatigué, tes séances vont paraître difficiles. Les enfants auront senti que tu es fatigué, et ça va déborder, ça ne va pas aller. »*. G.G.B., lorsque l'on lui demande ce qui peut aider à *« installer l'enfant dans la séance »*, répond : *« l'enthousiasme, la joie, le plaisir. Le plaisir de travailler ensemble... Même si on dit qu'il y a beaucoup de travail, le punch, ça aide quand même bien. »*.

En dehors de ces considérations d'énergie, elle aborde la question de bien-être : *« J'avoue franchement que ça roule aussi parce que moi je me sens bien ici, et que j'y passe du temps, dans la déco, dans mes petites lumières et tout ça. Que l'orthophoniste se sente bien, c'est un pré-requis qui a toute sa valeur pour l'enfant. »*.

Ainsi, d'après ces orthophonistes, leur disponibilité, leur bien-être sont essentiels en séance car ils peuvent être perçus par les patients, et avoir une influence sur le déroulement des séances.

L'analyse des témoignages d'orthophonistes met donc en évidence six points essentiels à prendre en compte pour favoriser la rencontre avec le patient : la confidentialité, la confiance, le sentiment de sécurité, la réflexion de l'orthophoniste sur les phénomènes de transfert, de contre-transfert, et les projections, ainsi que le cadre et la disponibilité du professionnel.

Lors de la rencontre, un certain nombre de renseignements passent de façon non verbale, par les attitudes corporelles, les regards, les postures... Nous allons donc nous intéresser au corps.

II. LE CORPS

La deuxième question de notre questionnaire était celle-ci : « Est-ce que vous auriez des choses à dire concernant les attitudes corporelles? (regard, toucher, posture...) ». La majorité des orthophonistes ont répondu par l'affirmative. Y.Y., par exemple, répond sans détours : « *Bien sûr, c'est évident.* ». Y.G., elle, affirme que « *tout est important* ». Elle s'explique : « *Il faut faire avec: t'occuper juste de ce pourquoi il vient, pas possible! [...] comme on est au carrefour de plein plein de choses, on est obligées d'être réceptives à plein de choses.* ». C.M. constate elle aussi qu'elle fait attention aux attitudes corporelles.

A. **Communication non verbale**

La communication non verbale a été abordée dans une partie antérieure de cette étude.¹ C.M. fait remarquer qu' « *on observe l'enfant non seulement au début mais tout au long de la séance* ». Pourtant d'après les orthophonistes, on peut observer un certain nombre de choses pendant les premières minutes de séance. Y.G. avoue « *prendre du temps pour regarder les gens, interpréter des signaux* ». D'après elle, « *la posture, le regard, l'intonation [...] la façon dont l'enfant va se comporter, dont il va bouger: ça donne plein d'indications.* ».

Qu'il s'agisse du terme « indication », « indices », d'« être sensible » ou de « sentir » un patient, plusieurs orthophonistes accordent de l'attention à ce qu'elles perçoivent du patient : M.D. remarque « *Quand ils arrivent, il y a pas mal d'indices, je trouve. Est-ce qu'ils jettent leurs manteaux? Est-ce qu'ils gardent leurs manteaux? Ont-ils l'air fatigués? Ça joue sur la séance aussi. [...] Si je sens qu'ils sont vraiment excités, ça donne des indices aussi de ce qu'ils ont vécu avant, s'ils sont prêts à se poser et à faire quelque chose avec toi.* ». Pour I.B., « *on est assez sensibles à : Est-ce qu'ils sont bien aujourd'hui? On le demande systématiquement et on le voit, les parents nous le disent avant même que l'on n'arrive dans le bureau* ». C.O. estime qu' « *il y a des gens que l'on sent plus dès le début de la séance* ».

Comme le fait remarquer V.R., les indices recueillis permettent à l'orthophoniste de

¹ Voir le chapitre sur la communication non verbale, p.35

s'adapter à leurs patients : « *Justement, ce que je considère important, c'est quand l'enfant arrive, le corps de l'enfant va me parler sur sa façon d'être. Les enfants qui sont en général dynamiques et qui un jour trainent des pattes, je sais d'emblée qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Du coup moi je vais m'adapter : je vais continuer mes rituels, ces rituels là sont posés, mais ils vont se faire un peu différemment en fonction de ce que l'enfant me présente en fait.* ». I.G., elle, avoue ne pas s'y attarder : « *Ce n'est pas forcément quelque chose que j'analyse, j'imagine que j'aurais forcément des choses à remarquer si j'y prêtais plus d'attention.* ».

Il existe au cours des premières minutes de séance de nombreuses circonstances pendant lesquelles il est intéressant d'observer les patients, si l'on en croit les témoignages recueillis.

B. Aller chercher l'enfant

1. Se saluer, saluer les parents

A chaque séance, les tous premiers instants de la rencontre sont le moment des salutations. La façon dont les orthophonistes saluent les patients n'est pas anodine : qu'il s'agisse de serrer la main, de « faire un bisou » au patient ou de ne pas initier de contact, cela résulte d'un choix du professionnel.

Seules deux orthophonistes ont dit qu'elles embrassaient leurs patients pour les saluer : I.C. et E.T. ont parlé de « *faire un bisou aux petits* ». A.B., elle, considère ce contact comme exceptionnel : « *bisou le jour de leur anniversaire* ». Pour elle, saluer ses patients en les embrassant est synonyme d'engagement. Elle préfère donc restreindre ce type de contact, même si elle ne refuse pas quand ce sont les enfants qui demandent. C.M. et M.J. ont des attitudes similaires : pour ne citer que la première, « *même si je fais en sorte que ça n'arrive pas trop, les petits peuvent parfois venir m'embrasser, venir dans les bras...voilà. Dans ces cas là moi je me mets à hauteur, j'accepte sans problème, mais ce n'est pas moi qui vais vers ça.* ».

M.J. établit un lien entre le type de contact et le symbolique : « *Moi par principe je serre la main. Voilà, je dis bonjour aux parents, et l'enfant on le traite toujours différemment. Ben pour moi c'est une personne aussi, alors même au tout petit je serre la main. Voilà, c'est une façon de leur dire que quand ils viennent là ce sont à la fois des enfants, mais c'est eux que je traite en tant que personnes. Ça c'est du symbolique. C'est eux qui arrivent là en tant que patients, pas leurs parents.* ». Y.Y. fait une remarque similaire : « *pour moi ça a du sens de lui serrer la main. De lui dire bonjour, de lui serrer la main, et de mettre en place l'échange de regards. Un peu en pensant « Je m'adresse à toi en tant que sujet, en tant que personne, je te nomme », pour moi c'est important. Dans les premières secondes.* ». H.F. y met elle aussi du sens « *Serrer la main. Pour les enfants, il y en a plein que ça surprend. Et en même temps, ils s'habituent, et après, même des tous pitchous de grande section arrivent et te serrent la main. Ça c'est déjà un premier lien que j'apprécie beaucoup. C'est une entrée en matière de la même manière qu'à la fin on se resserre la main pour dire au revoir.* ».

Cette phase de salutations a le plus souvent lieu en présence des parents du patient. Eux aussi sont pris en compte. C.O. les mentionne quand elle résume le tout début de chaque séance : « *Aller chercher quelqu'un, lui dire bonjour, dire bonjour aux gens qui l'accompagnent, sourire, demander comment ça va..* ». C.M. remarque que ce moment est important pour le reste de la séance : « *Le contact se réinstalle plus facilement quand avant, dans la salle d'attente, j'ai moi-même eu un contact avec les parents et l'enfant. Ça peut être sur « comment s'est passée ta semaine », les parents qui font des remarques, l'enfant qui reprend. Ça crée un petit échange avant de commencer quoi que ce soit. Ça aide souvent, surtout avec les petits, parce que le lien se fait directement avec Papa ou avec Maman et du coup il n'y a pas de césure, et la suite se fait facilement après dans mon bureau.* ». Pour H.O., cela influe sur les ressentis du patient en ce qui concerne la globalité de la prise en charge : « *accueillir le plus chaleureusement possible les enfants avec un petit mot gentil aussi aux parents, c'est vraiment ça qui je pense permet aux enfants d'apprécier de venir, le plus longtemps possible, et de faire un vrai travail derrière.* ».

Y.Y., enfin, apporte une grande attention à ce moment qui, selon elle, permet « *à la maman ou au papa de me confier leur enfant. Je serre la main, je serre la main, et voilà, ils me confient leur enfant.* ».

Après ce premier contact, qui la plupart du temps a lieu dans la salle d'attente,

patient et orthophonistes font le trajet vers le bureau.

2. Le trajet salle d'attente - bureau

Ce trajet fut évoqué par cinq personnes. D'après I.B., « *Au niveau du corps, tout ce trajet que l'on fait ensemble est vraiment intéressant.* ». En effet, pour certains patients, comme le fait remarquer I.C., « *ça peut être difficile physiquement* ».

Le trajet est, pour certaines professionnelles, le moment de recueillir des indices. I.B., qui travaille avec des patients sourds, en profite : « *Quand je leur parle, toujours les premiers mots que je leur adresse je ne les regarde pas en face pour savoir s'ils entendent bien. Et tout ça en marchant.* ». Y.Y. , au cours de son entretien, donne l'exemple de plusieurs enfants qui, entre la salle d'attente et le bureau au deuxième étage, lui ont donné des indices utiles pour mieux les comprendre : « *N. qui avant se cassait la figure, l'autre qui filait comme une flèche pour se cacher, le tout petit qui a du mal à se séparer de sa maman, qui s'agrippe...* ». M.J. donne d'autres exemples, que nous ne citerons pas tous ici, on remarque qu'elle évoque la contenance, que nous avons abordée plus tôt : « *Il y a tous ces enfants qui se cassent la figure dans les escaliers, qui ne tiennent pas bien debout, qui n'ont pas d'enveloppe corporelle suffisante. Faire attention à ça, pouvoir le repérer, pouvoir envoyer en psychomotricité s'il y a besoin. Pouvoir le travailler en orthophonie, faire une enveloppe au niveau verbal, une contenance au niveau verbal.* ». Elle s'intéresse également à la manière dont les patients appréhendent l'environnement, et le matériel : quand nous lui demandons si elle a quelque chose à dire sur les attitudes corporelles, elle répond : « *Forcément. D'ailleurs que ce soit avec nous ou avec le matériel. Ou le bâtiment. Là c'est marrant, il y a une porte qui s'ouvre qui est très dure à ouvrir. Ils sont là à ouvrir la porte, c'est dur, il y a tout un jeu qui se fait autour de ça. Dans le lieu auparavant c'était les escaliers, il y a toujours un jeu qui se fait.* ».

I.B. est la seule orthophoniste qui, concernant ce trajet, le qualifie de rituel : « *Parfois il se passe des trucs dans le couloir. Ce rituel du petit chemin qu'il y a à faire, c'est vraiment très très important.* ».

Au-delà de ce trajet, le regard qui s'établit avec le patient, que ce soit dès le premier contact ou plus tard, est considéré comme primordial par les orthophonistes que nous

avons rencontrées.

3. Se regarder

Le regard est un élément essentiel de la rencontre. D'après C.Ma., « *Dès qu'il y a un échange, soit par le regard, soit par le langage, on est dans la rencontre. Avant ça on est plus dans l'installation de ce qui va suivre, dans la mise en condition.* ». Elle estime donc nécessaire d'établir un contact visuel et verbal dès que possible.

Onze orthophonistes ont évoqué le regard au cours de leurs entretiens. Ainsi C.M. parle du « contact regard ». Il lui paraît tellement incontournable qu'elle ne commence pas sans : « *J'impose qu'il y ait un contact regard avant que tout commence. D'où pas de matériel, d'où on se pose d'abord au bureau ou dans le bureau, mais en tout cas qu'il y ait un face à face avant de commencer quoi que ce soit. Qu'il y ait une reprise de contact.* ». Même si elles n'emploient pas les mêmes termes, d'autres professionnelles accordent la même importance au regard. C.O. parle d'un « *regard plus ou moins présent* ». Pour elle, « *certaines sont déjà dans un échange et d'autres non* ». C.Ma. se pose une question à chaque début de séance : « *est-ce que l'enfant va me regarder en s'asseyant ?* ». D'après L.C., « *Le regard c'est quelque chose qui va inaugurer de la suite de la séance. La façon dont le regard va s'accrocher ou ne pas s'accrocher c'est important.* ».

Il arrive qu'il soit difficile de capter le regard. C.Ma., qui exerce depuis longtemps, l'affirme : « Il y a des enfants aussi pour lesquels on ne croise jamais le regard. ». Elle donne l'exemple des enfants atteints de troubles envahissants du développement.

On peut se demander pour quelle raison ce regard doit-il être établi. Pour Y.Y., « *pour moi ça a du sens [...] De lui dire bonjour, de lui serrer la main, et de mettre en place l'échange de regards. Un peu en pensant « Je m'adresse à toi en tant que sujet, en tant que personne, je te nomme », pour moi c'est important. Dans les premières secondes.* ». M.D. part du même principe : « *Le regard, c'est très important, bien le regarder quand tu lui poses la question, le fameux « quoi de neuf ? » du départ. Est-ce que tu t'intéresses vraiment à lui ou est-ce que c'est la petite phrase, avant de commencer ?* ».

Deux orthophonistes mentionnent l'utilité de capter le regard des patients pour obtenir des indices : Pour F.R., il est « *important de capter le regard dans les premières*

minutes, pour aussi sentir dans quel état se trouve l'enfant quand il arrive. Sentir s'ils sont stressés, s'ils n'ont pas envie de venir, s'ils sont contents d'être là... ». H.O. cherche à savoir « si ils ont un regard fuyant, s'ils sont à l'aise... ».

Nous l'avons mentionné dans notre partie théorique, il est utile d'alterner échange et absence de regards. Cela pour mettre à l'aise le patient, I.G. par exemple explique *« je ne suis pas forcément en train de l'observer. C'est une opportunité pour l'enfant de s'installer comme il veut sans se sentir épié. »*. Cela peut aussi aider le patient à s'exprimer de ne pas regarder son interlocuteur. Ainsi, quand H.F. demande à certains de ses patients comment ils vont, elle remarque que *« le regard en règle générale n'est pas centré sur moi. Ils cherchent un peu leurs propos, ils regardent autour, ou en hauteur, et dès qu'ils ont trouvé leur idée, hop, ils reviennent me le dire. »*

Enfin, regarder le patient peut permettre à l'orthophoniste de remarquer ce que les patients portent. Qu'il s'agisse de choses nouvelles ou de vêtements qu'ils portent systématiquement, c'est important pour certains patients que l'on en fasse mention. Ainsi, C.Ma. indique qu'elle a plusieurs patients qui font remarquer quand ils ont des choses nouvelles, et à l'inverse qu'elle reçoit un jeune garçon qui porte systématiquement un *« bonnet noir, des gants noirs et une écharpe noire, il me les montre à chaque fois. »*

Ainsi le regard a été abordé par la majorité des orthophonistes que nous avons rencontrés. En ce qui concerne le corps, certaines orthophonistes ont fait une distinction entre les jeunes patients et les autres.

4. Le cas particulier des petits

Six orthophonistes ont parlé des jeunes enfants en répondant à la question sur les attitudes corporelles.

Lorsque nous avons évoqué la phase de salutations, nous avons cité deux orthophonistes qui déclaraient se mettre à la hauteur des « petits » lorsqu'ils voulaient les embrasser. Ce principe de se mettre à la hauteur a été évoqué par trois autres professionnelles, en dehors du contexte des salutations. A.B. par exemple déclare *« s'accroupir avec les petits. »*.

Deux orthophonistes ont remarqué qu'il pouvait être difficile pour certains jeunes

enfants d'entrer dans le bureau, et de quitter leurs parents. Elles ont donc trouvé des solutions pour faciliter ce passage. G.G.B. laisse la porte ouverte : « *C'est arrivé qu'avec des très jeunes, un peu réticents à couper avec Maman, je laisse la porte ouverte. On est chacun dans un lieu, dans un espace, mais on a quand même les portes ouvertes.* ». Elle a également une solution plus inhabituelle : « *Il y a ce lien à faire. Souvent, c'est un peu comme une invitation à danser, on fait une petite queue leu leu, je les suis... [...] J'ouvre la porte (avec un geste indiquant) « tu peux t'installer, tu peux rentrer ». Quand ils sont un peu réticents encore, un petit coup de pouce corporel.* ». C.M., elle, a pris l'habitude avec certains jeunes patients de laisser les parents les accompagner dans la pièce. « *Que son ou ses parents l'accompagnent dans le bureau. Il y a des petits pour qui c'est important. Ça permet d'être rassuré sur le fait que Papa ou Maman sait où je suis, puisque c'est lui qui m'a accompagné, ça permet de ne pas casser un lien trop rapidement.* ». Ce procédé rassure non seulement les enfants, mais aussi parfois les parents.

E.T. remarque elle aussi que « *Certains petits ont besoin d'être installés par leurs parents* ». I.C., parlant des « tout-petits » en général, évoque le fait de les installer quand ils arrivent.

Le moment de l'installation est abordé à plusieurs reprises.

C. L'installation

La façon dont le patient s'installe ne passe pas inaperçue pour certaines orthophonistes. C.Ma. par exemple porte une grande attention à « *comment il s'installe* ». Pour aborder l'installation, nous allons évoquer le bien être physique, mais pas seulement. Nous allons également nous attarder sur le fait d'être face à face, à la même hauteur, sur l'agitation de certains patients, sur la notion de solidité, sur le côté nécessaire du moment d'installation, et enfin sur l'installation de l'orthophoniste lui-même.

1. Bien être physique, confort

La question du confort a été abordée à plusieurs reprises. Qu'il s'agisse de température de la pièce : « *Il fait très bon dans le cabinet, parce que ça induit de se*

relâcher, si on a froid, on n'est pas détendu. » ou de respiration nasale, G.G.B. y prête attention : « *Ces enfants qui arrivent le nez complètement pris. Là, la première chose est « Oh, il va falloir que l'on se mouche! ».* ». A.S.A.L. parle simplement de « *mettre à l'aise* » ses patients. H.O. évoque la position assise ou debout : « *Je ne fais pas forcément attention à la position, sauf par exemple pour un patient qui est toujours debout, je vais dire « assieds-toi », mais s'il a besoin de se mettre debout pour travailler je le laisse faire.* ».

Une orthophoniste, I.B., parle longuement du confort de ses patients. Travaillant majoritairement avec de très jeunes enfants dans le contexte particulier de la surdité, elle y porte une grande attention. « *Je leur propose toujours de s'installer bien correctement. Qu'ils soient à l'aise. Je propose systématiquement la petite marche quand on est sur la chaise. Si ce n'est pas le cas, on peut aussi enlever ses chaussures pour les tout-petits (moins de quatre ans).* ». Elle donne l'exemple d'une enfant rencontrée peu de temps avant : « *l'autre jour, je fais une audiométrie. La petite dit « J'ai mal aux pieds ». Je lui dis « Et ben enlève tes bottes! ». Elle a enlevé ses bottes, on a fait le test, on en entendait plus parler. En plus c'était un truc compliqué, il fallait vraiment enlever les bottes.* ». Permettre aux jeunes patients d'« *être bien* » ne relève pas seulement du port des chaussures, d'après elle. Par exemple, tout ce qui est nécessaire pour l'enfant est emmené : « *Les petits, il y en a qui sont en train de manger, on part avec la compote, et puis on emmène le doudou, et puis on emmène la tétine, il faut être bien.* ». Elle évoque également le contact d'un objet inconnu : « *Je suis hyper attentive à ce qu'ils soient bien, parce qu'avoir un casque sur les oreilles, ça serre un petit peu, et ça fait chaud aux oreilles, et ils en ont peur. Ça les touche corporellement ce que je leur demande, il faut le mettre sur la tête. D'ailleurs, je le mets souvent sur ma tête avant, sur la tête de doudou, sur la tête de Maman aussi.* ». Il n'y a aucun doute pour cette orthophoniste : « *se sentir à l'aise, ça c'est primordial, Enlever son manteau, prendre le temps, se moucher le nez... Être à l'aise. [...] Je leur laisse vraiment le temps de s'installer.* »

Au cours des témoignages, de nombreuses remarques ont été faites sur les manteaux des patients. Qu'il s'agisse des jeunes patients, « *quant au confort, il faut qu'ils soient bien, surtout les petits. Donc pas engoncés, pas avec le manteau, sinon rien n'est possible. Donc on enlève, impérativement.* » (I.B.), ou des autres, les orthophonistes puisent des indices au moment où le patient retire ou non son manteau.

C.Ma. accorde une importance majeure à l'habillement. *« C'est signe de quelque chose un enfant qui ne se déshabille pas. Se déshabiller, c'est se poser. »*. Trois autres orthophonistes en parlent également. M.D. par exemple, remarque : *« Quand ils arrivent, il y a pas mal d'indices, je trouve. Est-ce qu'ils jettent leurs manteaux? Est-ce qu'ils gardent leurs manteaux? Ont-ils l'air fatigués? Ça joue sur la séance aussi. »*. I.B. pose la question : *« T'enlèves pas ton manteau? Tu vas avoir chaud! »*. G.G.B., enfin, admet : *« j'aime beaucoup voir la manière dont les enfants gèrent leur manteau. Certains patients pourraient rester avec leurs manteaux. Donc après on peut voir aussi le côté psychologique de l'enveloppe qui rassure. »*.

Le confort des patients est donc pris en compte. Quelques orthophonistes parlent également de se mettre face à face avec le patient, et à la même hauteur.

2. Être face à face, à la même hauteur

Le principe de se mettre « à hauteur », d'être tous au même niveau se reflète parfois dans le choix du mobilier. Ainsi, G.G.B. s'est procurée une petite table, avec quatre chaises autour : *« c'est intéressant que les parents puissent s'asseoir, plutôt qu'un enfant, l'orthophoniste, et puis le parent qui vient sur une chaise supplémentaire, parfois, en début de séance. On est tous à la même hauteur, ça me paraît important. »*.

I.B., dans son bureau, a non seulement table et chaises à hauteur du patient, mais aussi un coin ordinateur : *« Au CAMSP, il y a une petite table à leur hauteur, avec quatre chaises. Ils arrivent, ils regardent tout autour, je leur propose systématiquement que l'on s'assoie autour de la table. On s'assoit, on fait le truc avec l'agenda, et après c'est en fonction de l'activité. Si on se met à l'ordinateur, il y a l'ordinateur qui est à leur hauteur, on déplace les petites chaises. Si on lit un livre on retire ses chaussures et on se met sur le tapis... »*. Tout est organisé pour que, quoi qu'il arrive, patient et orthophoniste soient à la même hauteur.

En dehors de ce principe d'être à la même hauteur, celui d'être face à face avec le patient a été évoqué. C.Ma., par exemple, souhaite que ses patients s'installent face à elle. Elle explique que certains vont s'installer à l'endroit où ils posent leurs manteaux, à plus d'un mètre du bureau, complètement sur le côté. Dans ce cas, elle leur demande de venir plus près. C.O. préfère elle aussi *« que la personne soit exactement en face »*. Elle accorde une

grande valeur à la « *situation d'égalité, de face à face : des yeux, des gens.* »

La question du face à face est aussi évoquée par M.D.. Elle explique : « *la configuration de mon bureau c'est du face à face.[...] Avec le face à face, je ne suis pas toujours à l'aise, par exemple avec les enfants qui ont du mal à accepter un regard qui peut être un peu intrusif, qui du coup n'amène pas à faire parler. Du coup j'écris des choses, ou on va faire de la pâte à modeler, ou des choses qui vont occuper en même temps que l'on va parler.* ».

Le face à face est donc à l'appréciation de l'orthophoniste, certains ne le souhaitent pas forcément. Il arrive que des patients, mal à l'aise sous le regard de l'orthophoniste, montrent des signes d'agitation.

3. Comment appréhender l'agitation manifestée par les patients

L'agitation présentée par certains patients, en particulier lors des premières minutes de séance, a été mentionnée par six orthophonistes. A.S.A.L. l'évoque en termes de tension : « *Petite tension qui peut se manifester par des tics, par un regard fuyant,...* ». Il peut s'agir de sortes de rituels : C.O. le mentionne : certains patients ont « *besoin d'une installation physique et de petits rituels, de petites choses qu'ils ont faire systématiquement (tripoter un objet....) pour se mettre dans la séance.* ». Pour elle, cela peut aider à « s'installer » dans la séance : « *On va un peu vider les choses, être un peu agité, tripoter un crayon* ».

Cette dernière pense que ce mouvement est parfois nécessaire : elle remarque une « *certaine instabilité motrice, toujours en train de tripoter un objet, de se balancer: parfois ils ont besoin de ce mouvement* ». L.C. la rejoint sur ce point : « *Généralement plus il y a d'agitation motrice moins l'enfant est présent [...]* Pas toujours vrai non plus. *Ça peut les défouler un peu, les canaliser...* ».

Quand le patient manifeste de l'agitation, des solutions peuvent être envisagées par l'orthophoniste. L.C. et M.D. utilisent des activités manuelles, comme la pâte à modeler : « *Si tu sens qu'ils ne sont pas trop là, proposer un dessin, ou de la pâte à modeler pour passer tout ça, ou un peu de relaxation. On peut « perdre » cinq minutes, c'est bénéfique* ».

pour la suite. » (M.D.). La relaxation a aussi été mentionnée par A.D., Y.Y. et C.M., elles, préfèrent initier un contact. C.M. déclare ainsi : *« quand c'est difficile de démarrer une séance parce que l'enfant est trop agité, je crée un moment de pause et de contact, de façon à ce que même déjà physiquement il puisse se reposer un petit peu. »*.

Ce contact peut être associé à la notion de solidité, évoquée à de nombreuses reprises par une orthophoniste en particulier, Y.Y.

4. La « solidité »

Cette orthophoniste met la « solidité » au centre de ses préoccupations. Questionnée sur cette notion, elle s'explique : *« pour beaucoup j'essaie de leur faire prendre conscience de leur attitude corporelle. En pédopsychiatrie, on voit souvent des enfants qui s'écroulent, qui ne tiennent pas physiquement, voire qui se liquéfient sous la table, ou de leur chaise, voire quand on est assis par terre ils s'écroulent. Ils ne tiennent pas, ils n'ont pas d'ossature, pas de colonne vertébrale, pour plein de raisons. De ce fait j'essaie comme je peux de mettre des mots, des mots qu'ils vont pouvoir entendre. Ça ne va pas forcément être les mêmes à chaque jeune, ça dépend de leur histoire. J'essaie de mettre des mots qu'ils vont entendre, comprendre, mettre du sens à cet écroulement corporel. Je travaille après, pas en disant « il faut que tu te tiennes », mais « prends soin de toi, sois solide, mets bien tes pieds au sol pour ton ancrage dans le sol ». »*. Y.Y. n'est pas la seule à avoir noté que certains patients ne parviennent pas à se tenir. H.F., qui exerce en libéral, le remarque : *« J'ai beaucoup d'ados qui sont là, n'importe comment (affalés sur leur chaise), qui se redressent puis qui re-glissent »*.

Au moment du choix du mobilier, la solidité du patient est prise en compte par Y.Y. : *« En général un de mes outils de travail en orthophonie ce sont des fauteuils, et pas des chaises, pour qu'il se sente contenu. Il faut aussi faire attention au dossier, pour que leur colonne vertébrale soit bien appuyée, qu'ils puissent s'appuyer sur les bras du fauteuil pour pouvoir se sentir en confiance et solide. »* On voit ici que solidité et contenance peuvent être liées.

Cette recherche de solidité va au-delà de la posture du patient : *« Les pieds au sol pour qu'ils s'ancrent dans la terre, dans le sens « je me plante », « je travaille sur ma confiance interne ». Puisqu'en général ces jeunes là n'ont pas eu suffisamment de contenance, et ne sont pas sécure, ils n'ont pas de sécurité intérieure. Donc c'est une aide. Plus ou moins rapidement, suivant la pathologie, mais ça a toujours marché. Ils s'appuient*

là dessus. ». Elle ajoute : « C'est pour ça que je le fais, pour qu'après ils puissent être solides dans leur tête, parce que s'ils s'écroulent, ils ne peuvent pas faire plusieurs choses à la fois. Si leur corps s'écroule, leur tête s'écroule, ils ne peuvent donc pas travailler, ça ne sert à rien. Tant que ça, c'est pas mis en place. ». Elle conclut par un souhait : « J'espère que quelque part il y a une petite madame Y. dans leur tête qui leur sert de lien sécure, d'ancrage intérieur: « Oh, elle m'a dit de me tenir solide ». Et ça leur reste, puisqu' ils n'ont pas pu dans leur histoire de vie avoir ça. J'espère être un petit ancrage. ».

La notion de solidité, chère à cette orthophoniste, peut être prise en compte lorsque l'on réfléchit à l'accueil d'un patient.

On remarque par ailleurs qu'il faut parfois plusieurs minutes au patient pour s'adapter à la situation de rééducation.

5. Moment de transition nécessaire

Trois orthophonistes ont parlé de ce moment de transition.

Dans le cas des enfants sourds, I.B. parle de moment où le corps est suspendu : *« On ne va pas direct à la chaise. Le corps, pendant au moins quelques secondes, il est suspendu. [...] tous entrent dans la pièce et regardent: Qu'est-ce qui a changé...? ». Elle laisse du temps aux patients : « on ne va pas direct à un but, t'as le droit d'arriver tranquillement, je te dis pas de t'asseoir direct, t'as le droit d'observer. ».*

A.D., une orthophoniste exerçant en libéral fait elle aussi mention d'un moment de transition : *« Il y en a, corporellement ça se voit qu'ils ont besoin de ce moment de transition. Je pense à un gamin, quand il arrive, il est comme ça (avachi) puis petit à petit ça y est, il se met en place, il s'installe, il se redresse, il est prêt à travailler quoi. Il a besoin de ce temps pour se mettre dedans parce qu'il a plein de choses à laisser avant de se mettre à travailler. ».*

Nous l'avons évoqué plus tôt, il arrive qu'il soit nécessaire de mettre en place des solutions pour que le patient puisse se centrer : *« Quand ça ne suffit pas on peut avoir besoin de faire un peu de relaxation, qui permet de se recentrer, de se remettre au travail ensuite. » (A.D.). Verbaliser peut aussi être utile, A.D. l'évoque : « Le moment de*

transition juste assis comme ça ne suffit pas pour tous. Ça peut arriver d'avoir besoin de dire « là c'est un peu dur, on va prendre le temps et après on pourra travailler sur autre chose ». Il faut laisser les choses encore un peu plus de côté. ».

G.G.B., elle, évoque la prise en compte du rythme des patients : *« Il y a des enfants qui vont être très hypotoniques, très passifs, très timides, très introvertis où là c'est vraiment de l'invitation à s'exprimer, à l'énergie, à la vitalité. Les enfants au contraire qui sont des tempêtes à eux tous seuls, ça se pose par la voix, la respiration aussi, (la façon dont on s'adresse à eux). ».* Il peut parfois suffire de quelques minutes pour que les enfants s'adaptent, mais il peut arriver que les orthophonistes doivent inciter les enfants à se calmer ou au contraire à s'exprimer bien au-delà des premières minutes de séance.

Un moment de transition peut donc être nécessaire au patient pour se « poser », se « centrer ».

Un dernier élément à prendre en compte lorsque l'on étudie l'installation concerne les orthophonistes eux-mêmes.

6. Les attitudes corporelles de l'orthophoniste

Lorsque nous avons posé aux orthophonistes la question : *« Est-ce que vous auriez des choses à dire concernant les attitudes corporelles? (regard, toucher, posture...) »*, nous n'avions pas prévu que certaines parlent de leur propre corps. Ce fut le cas pour trois d'entre elles. I.B. mentionne par exemple *« Corporellement je suis très dynamique »*.

H.F. a longtemps réfléchi sur la façon de garantir au maximum son propre bien être, afin d'être le plus possible disponible pour ses patients. Ainsi elle utilise un cale-pieds : *« Mon cale-pieds permet de m'ancrer. Je suis dans une position qui est relativement confortable, mais surtout j'ai mes pieds qui sont bien posés, bien mis. Je pense que ça pose en fait »*. Elle a également assisté à une formation intitulée *« Accompagner sans s'épuiser »* qui l'a confortée dans son idée de tenir compte de ses propres ressentis pour mieux accompagner ses patients.

V.R., enfin, décrit ses attitudes corporelles pendant les premières minutes de séance : *« Du coup moi mon corps... je vais pas me poser d'emblée en fait quand j'arrive. Je ferme la porte, l'enfant s'installe, je regarde un peu comment il investit le lieu. Je vais pas directement me poser et (me placer devant l'enfant, en avant) je trouve ça hyper*

intrusif en fait. Au niveau corporel je vais faire exprès d'être à la fois très présente mais en même temps laisser de la place. Soit du coup je vais prendre un crayon... ça dépend comment je le sens en fait. [...] Après pendant la séance je ne suis pas forcément à la même place, je change, mais pendant les premières minutes ça reste du face à face. ».

Lorsque nous leur avons posé la seconde question de notre questionnaire, les orthophonistes ont donc donné un certain nombre d'informations sur leur façon d'envisager les attitudes corporelles, celles de chaque interlocuteur, non seulement indépendamment, mais aussi en lien l'un avec l'autre.

Les attitudes corporelles des patients peuvent être influencées par l'espace dans lequel ils évoluent.

III. ESPACE:

La première question posée aux orthophonistes que nous avons rencontrées était : « Qu'est-ce qui est important pour vous concernant l'espace, le temps et le matériel dans les premières minutes de séance? ». Il est arrivé plusieurs fois qu'il y ait besoin de reformuler cette question. Concernant l'espace, nous proposons des thèmes tels que la topographie des lieux, la salle d'attente, la disposition du bureau, ou la distance avec le patient.

Les réponses obtenues peuvent être regroupées dans deux parties distinctes : différents espaces, et le bureau.

A. ***Différents espaces***

Qu'il soit pris en charge en centre ou dans un cabinet libéral, le patient est toujours confronté à plusieurs espaces sur le lieu de sa rééducation. Il existe par exemple une salle d'attente dans le lieu de travail de chacune des orthophonistes que nous avons rencontrées. On note aussi qu'à l'intérieur même du bureau, plusieurs espaces sont le plus souvent aménagés.

1. Différents espaces dans le bureau

Deux orthophonistes, H.O. et H.F., ont évoqué la façon dont elles ont disposé leur espace de travail. H.F. raconte : « *ça a été important pour moi de gérer l'espace, de mettre les meubles, d'avoir un espace enfant, d'avoir un espace livres, d'avoir un espace pour moi. L'espace pour moi est orienté vers la lumière. Par rapport au patient, c'est un espace où lui, concrètement, il n'a pas le droit de venir si je ne l'y invite pas.* ». H.O. a opté pour un choix inverse, concernant la lumière : « *Comment j'ai disposé le bureau... je voulais être moi dans l'ombre, et le patient plutôt à la lumière* ». Dans un souci de confidentialité, elle a aussi installé son bureau à distance de l'entrée : « *Je voulais être le plus loin possible de la porte, ça c'est évident. Autant je dis pas mal de choses aux parents [...], autant je ne veux vraiment pas qu'ils entendent ce qui se passe, ce qui se joue dans la séance.* »

2. Petits ou grands espaces

Trois orthophonistes ont parlé de la taille du lieu d'exercice. Pour A.B., le bureau doit être « *contenant* ». A.S.A.L. a une opinion similaire : elle souhaitait exercer dans un « *lieu pas trop grand pour que l'enfant ne se disperse pas* ».

M.J., qui a longtemps travaillé dans un centre où elle devait traverser de grands espaces pour atteindre son bureau, a longtemps réfléchi à la question. Elle a aussi assisté à plusieurs types de réactions face à ces grands espaces. Lorsque cela se passait bien, par exemple : « *Quand on a un espace qui est grand, que l'on peut déambuler avec les enfants et tout ça, c'est quelque chose qui peut être un temps drôlement important.* ». Il arrivait aussi que les patients, des enfants en l'occurrence, réagissent moins bien : « *Un espace grand ça perd complètement des enfants. Il y a des enfants qui sont complètement angoissés par ça, ils passent leurs séances à errer dans les couloirs, et c'est très compliqué de les faire rentrer. Cet espace là, c'est trop compliqué, ils ont besoin d'un petit espace, et ils seraient beaucoup mieux dans ce local là (lieu de travail actuel, bien plus petit) qu'ils ne l'étaient à passer des escaliers avec moi, tous petits à qui il a fallu plusieurs séances d'adaptation. Il y avait des crises dans les escaliers, il y avait des hurlements, et tant à l'entrée qu'à la sortie.* ». Les témoignages de ces orthophonistes se rejoignent semble-t-il sur les difficultés d'exercer dans un espace trop grand.

Le passage d'un espace à l'autre a aussi été évoqué.

3. De la salle d'attente au bureau, donner du sens aux déplacements.

Premier espace auquel est confronté le patient, la salle d'attente a été mentionnée à de nombreuses reprises au cours des entretiens. Y.Y. l'évoque : « *Les premiers temps, c'est aller chercher un enfant dans la salle d'attente, c'est évidemment l'espace aussi.* ». I.B. estime important que la salle d'attente soit aussi confortable que possible : « *La salle d'attente elle est confortable, les mamans sont assises, il y a les jouets, on est bien.* »

Les déplacements de la salle d'attente vers le bureau de l'orthophoniste sont signifiants, si l'on en croit certains témoignages. I.B. récolte des indices sur la conscience du temps chez certains de ses patients : « *Il y en a qui savent aujourd'hui c'est séance de groupe, aujourd'hui c'est séance individuelle parce que leur corps s'amorce vers la droite ou vers la gauche.* ». Pour Y.Y., ce moment de déplacement n'est pas anodin dans la suite de la séance : « *il va se passer des choses entre le moment où il est dans la salle d'attente et le moment où il va rentrer dans ton bureau, et où les premiers mots vont être échangés, et qui vont donner une couleur à la séance.* ».

Elle estime que ce moment a du sens parce qu'elle lui en accorde : « *On quitte les parents, on quitte la salle d'attente, et on part à deux vers un temps de séance et il y a deux étages à monter. Je pense que moi j'y mets du sens, donc ça donne un sens différent, une observation différente. Je pourrais très bien n'y mettre aucun sens ni aucune observation.* ». Elle développe son idée en donnant l'exemple de N., jeune garçon de dix ans : « *N. est monté dans l'escalier pour la première fois sans se tenir à la rampe, sans regarder les marches, et sans perte d'équilibre, et tout en lisant, c'est à dire qu'il a fait deux choses en même temps, monter l'escalier et lire, et là c'était de toute évidence pour me signifier quelque chose.* »

On voit ainsi que le bureau n'est pas le seul espace notable lorsque l'on s'intéresse aux premières minutes de séance.

B. **Le bureau**

Les orthophonistes ayant parlé de leur bureau l'ont souvent dépeint comme un lieu confortable, stable, comportant plusieurs niveaux ; un espace en commun où l'on veille au respect de chacun.

1. Un lieu accueillant, confortable

Recevoir ses patients dans un lieu « *accueillant, confortable, chaleureux* » est une volonté commune à plusieurs orthophonistes. A.B. et A.S.A.L. l'ont fait remarquer. Y.G. et C.O., en établissant leur cabinet, ont souhaité en faire un « *lieu confortable, convivial où on est bien. Pas comme chez eux, pas médical* ». On remarque que ces orthophonistes souhaitent mettre à l'aise leurs patients, tout en gardant à l'esprit que ceux-ci ne se sentiront pas non plus « *comme chez eux* » dans leurs bureaux.

Le choix des meubles est réfléchi pour rendre le lieu confortable. C.O. et Y.Y. évoque le choix des fauteuils au cours de leur entretien : Elles ont choisi des fauteuils et non des chaises pour elles-mêmes et pour les patients. En plus du confort, elles témoignent d'une volonté d'être sur un plan d'égalité avec leurs patients.

M.J. évoque l'état général du lieu : « *quand on est dans une consultation [...] avec tout qui est décrépi, que l'on entend à travers les portes, et que le matériel a trente ans... on peut se mettre au travail, évidemment, on passe au delà de ça, mais c'est quand même pas idéal pour que les enfants se sentent bien.* »

Une des orthophonistes que nous avons rencontré accorde une grande attention au « *cadre sensoriel* » : « *L'espace est très important pour moi. J'ai toujours à cœur d'allumer des petites lumières, d'allumer une petite bougie, de faire diffuser des huiles essentielles ou de l'encens. Ça me paraît très important le cadre sensoriel. C'est pour ça que j'ai toujours à cœur le balcon fleuri, autant que possible, parce que je mesure que c'est un temps qui est précieux de venir ici, et il faut que tout de suite l'alliance elle soit faite au maximum et déjà que l'on s'y sente bien.* ».

Au-delà de l'ambiance du lieu, des remarques ont été faites sur sa stabilité, sa souplesse.

2. Toujours le même espace : un espace neutre, souple, que l'on peut investir

I.C. et I.G., exerçant chacune dans un C.M.P., ont mentionné la stabilité de l'espace : il s'agit toujours du même bureau. Le fait que les patients puissent retrouver leur place est évoqué par F.R.

Les patients sont sensibles aux changements, I.B., qui travaille dans un CAMSP, le remarque particulièrement : « *L'espace il est là, ils arrivent dans la pièce, c'est le contexte des enfants sourds, tous entrent dans la pièce et regardent: Qu'est-ce qui a changé...? Ils sont très visuels* ». G.G.B. observe aussi que les patients sont attentifs aux changements : « *Je change assez souvent la déco, je rajoute, j'enlève... C'est aussi des moments où il est intéressant, quand ils arrivent, de voir s'ils sont attentifs à l'espace. Je change aussi la disposition du bureau, donc « Ah, t'as encore changé? » « Bah oui, j'ai encore changé », donc se réapproprier (l'espace).* ». On remarque qu'elle ne rejoint pas ses confrères dans leur effort de stabilité.

M.D. désire travailler dans un espace neutre, elle l'explique par l'accueil de patients psychotiques : « *il ne faut pas qu'il y ait trop d'accroches, au niveau des lumières, au niveau visuel etc.* ».

Enfin, le bureau doit, d'après deux orthophonistes, pouvoir être investi par les patients. C.O., par exemple, aborde la « *prise de possession de l'espace, par l'installation sur la chaise, l'installation de ce qu'ils emmènent, de leur cartable, de leurs affaires.* ». V.R., elle, donne l'exemple des changements de chaise dans son bureau : « *La chaise sert d'intermédiaire aussi. Il y a des enfants qui ne veulent que cette chaise là et plus celle ci. Donc il y a un petit jeu de changement de chaise. Ça crée de la vie, chacun essaie de se créer son espace.* ».

Créer chacun son espace est important, on peut aussi réfléchir à l'existence d'un espace en commun. Pour C.M., c'est essentiel : « *Concernant l'espace, c'est que l'on ait le même. Que dès le début de la séance on puisse sentir que l'on ait un espace commun.* »

Un espace neutre, souple, stable et qui peut être investi par les patients est ainsi souvent estimé comme souhaitable par les orthophonistes.

3. Plusieurs niveaux

Plusieurs niveaux existent ou sont aménagés dans le bureau d'un orthophoniste. A.B. et F.R. mentionnent qu'elles jouent par terre avec les petits. Aux niveaux du bureau et du sol sont parfois ajoutés des plans intermédiaires, comme des tables à la hauteur des enfants. Pour M.D., « *l'idée est d'avoir aussi un bureau à la taille de l'enfant, un peu plus bas parfois, la configuration de la pièce est importante.* ».

Le confort n'est pas la seule raison qui justifie l'existence de plusieurs niveaux. Ainsi A.B. explique qu'elle les utilise pour travailler la logique, la représentation dans l'espace. « *Quand on va travailler en logique on va devoir travailler sur différents plans, et sur l'espace. Si on envoie un groupe de personnages à la montagne, spontanément ils vont aller choisir le placard parce que c'est le plus haut. Si au contraire ils vont faire de la spéléologie, le groupe va atterrir par terre. Du coup en logique on va travailler sur les différents espaces, en 3D, vraiment en hauteur comme en largeur.* ».

Une dernière notion correspondant à l'espace est celle du respect de l'espace de chacun.

4. Respect de l'espace de chacun

Il correspond non seulement au respect des distances interpersonnelles, mais aussi au respect de l'espace de travail.

La proxémie a été abordée dans un chapitre antérieur.¹ On y apprend que la distance que l'on laisse entre son interlocuteur et soi n'est pas anodine. Deux orthophonistes mentionnent la distance : Y.G. parle de « *garder une certaine distance* ». H.O. explique qu'il s'agit d'un besoin pour elle : « *J'ai besoin de distance aussi avec le patient, je n'aime pas être collée, je n'aime pas être trop proche. Avec les petits je me mets souvent à la petite table, je me mets à côté, j'ai une petite autiste, je me mets systématiquement à côté d'elle mais dans des cas assez particuliers, sinon j'ai besoin d'espace avec le patient.* »

Le respect de l'espace de travail est aussi évoqué. A.B. considère que la ponctualité aide à ce que les gens respectent l'espace. Elle explique qu'en allant chercher et en

¹ Voir le chapitre sur la proxémie, p.43

ramenant les patients dans la salle d'attente à l'heure, elle évite les intrusions de leurs parents. Ce désir de se préserver des intrusions transparait dans les témoignages de deux autres orthophonistes. F.R. dit simplement : « *il y a les questions de qui entre dans le bureau, qui reste dans la salle d'attente* ». H.O. développe plus ce qu'elle ressent : « *je n'aime pas me faire envahir par un parent en début de séance. C'est quelque chose qui est extrêmement intrusif*. ». Elle s'explique : « *le fait de tout de suite annoncer des choses négatives, ou positives cela dit, c'est extrêmement intrusif dans la séance. On n'a pas besoin de ça pour commencer, il vaut mieux être dans une neutralité totale au moment de commencer la séance*. ».

Même si la première question posée lors des entretiens a semblé désarçonner certaines des orthophonistes que nous avons rencontrées, on observe d'après leurs réponses qu'il est intéressant de tenir compte de l'espace.

IV. TEMPS:

Bien que la question du temps ne soit pas négligeable lorsque l'on cherche à étudier les premières minutes de séances, lorsque nous avons élaboré notre questionnaire, nous avons pris le parti de poser une seule question pour l'espace et le temps et le matériel : « *Qu'est-ce qui est important pour vous concernant l'espace, le temps et le matériel dans les premières minutes de séance?* ».

Plusieurs orthophonistes ont estimé « *très importantes* » les premières minutes de séance.

A. **Les différents temps du début de séance**

1. Salle d'attente et avant: Tous premiers moments

Bien que nous n'ayons à aucun moment de nos entretiens mentionné celle-ci, la salle d'attente a été évoquée par plus de la moitié des orthophonistes que nous avons rencontrées.

D'après V.R. et G.G.B., les premières minutes de séance peuvent commencer avant même que le patient n'entre dans le cabinet : cette dernière l'affirme : « *les premières*

minutes, c'est aussi avant d'être dans le bureau, le premier instant, c'est de sonner à l'interphone. Parfois, cliniquement, c'est intéressant de voir comment ça va sonner à l'interphone. [Il y a parfois une] espèce de nervosité qui est induite par la manière de sonner. ». V.R. tend elle aussi l'oreille : « À la façon dont il sonne et monte les escaliers déjà ça me donne une indication. Déjà pour moi ça c'est un mini début, un premier indice. ».

Nous avons déjà abordé les salutations dans un chapitre antérieur. Lorsqu'une orthophoniste va chercher le patient dans la salle d'attente, après ce premier échange, une brève discussion peut avoir lieu avec les parents, comme le mentionne E.T., avant de se diriger vers le bureau. Pendant ce court moment, certaines orthophonistes déclarent récolter des indices.

V.R. explique : « à la façon dont la maman se tient, ou le papa, ou l'accompagnant, à la façon dont l'enfant me regarde, déjà ça me donne un indice. Et cet indice là va avoir des conséquences sur la façon dont je vais me comporter dans les premières minutes. ». G.G.B. donne aussi plusieurs exemples : où l'enfant est assis, ce qu'il mange, ce que fait l'accompagnant, l'ambiance qui transparait entre celui-ci et le patient... Il s'agit pour elle d'indices importants qu'elle note parfois dans son dossier. C.Ma. n'hésite pas à discuter avec l'enfant de ce qu'elle a perçu dans la salle d'attente, lorsqu'elle l'estime nécessaire. Il s'agit pour elle de « *mettre des mots sur ce qui se passe, aménager un petit peu, de faire en sorte qu'il se détende. Colère, incidents dans la salle d'attente, je vais presque d'emblée le reprendre avec l'enfant, après on va faire la séance.* »

Deux orthophonistes disent clairement que la séance commence parfois dans la salle d'attente. « *Les premières minutes commencent aussi parfois dans la salle d'attente, quand ils montrent un truc sur leurs nouvelles chaussures par exemple.* » (M.D.). Pour G.G.B., qui utilise des cahiers en séance, « *l'enfant qui est là, tranquillement, assis sur la chaise, qui a son cahier. Quand il est avec son petit cahier, on voit déjà que quelque part la séance a déjà commencé. Parce qu'il est assis, qu'il a son petit cahier, voire même il le regarde.* ».

I.B. travaille avec de très jeunes enfants. Pour elle, que l'on soit dans le bureau ou dans la salle d'attente, « *Le tout c'est qu'il se passe quelque chose.* ». Elle n'hésite donc pas à passer plusieurs minutes dans la salle d'attente avec l'enfant s'il s'y passe quelque chose. Le passage dans la salle d'attente est d'après elle un moment primordial : « *C'est toujours*

en deux étapes, [...] je vais les chercher dans la salle d'attente, et nous allons dans le bureau, sans les parents, sinon je n'arrive pas à les faire repartir après du bureau. ». Elle ajoute : *« je veux qu'il y ait ce passage par la salle d'attente, on s'installe, et ensuite je viens les chercher dans la salle d'attente. ».* Cette phase d'installation lui paraît nécessaire pour que la séance se déroule correctement par la suite.

C.O., elle, compare la salle d'attente à un sas : *« La salle d'attente en est déjà un... Un sas de décompression ou alors un sas de compression à certains moments. ».* Y.Y. la rejoint sur cette idée d'espace, de moment intermédiaire : *« pendant le temps, où tu vas le chercher, tu sais qu'il s'est préparé à la séance, d'une manière ou d'une autre il s'est préparé, toi aussi tu t'es préparée, tu vas le chercher, et il va se passer des choses entre le moment où il est dans la salle d'attente et le moment où il va rentrer dans ton bureau, et où les premiers mots vont être échangés, et qui vont donner une couleur à la séance. ».*

Une fois qu'ils ont quitté la salle d'attente pour rentrer dans le bureau, patient et orthophoniste reprennent contact.

2. Reprendre contact

Chacune des orthophonistes que nous avons rencontrées a parlé de la reprise de contact. Sont mentionnés le « bonjour », l'échange de regards, le temps de parole, les nouvelles que l'on échange, la « prise de température », l'accueil et l'accompagnement du patient. Chacune, dans ses propres mots, a parlé du moment où le lien est renoué avec le patient, au début des séances.

Pour I.G., *« Il y a bien sûr un « Bonjour » quand je vais le chercher en salle d'attente, mais le plus important est le bonjour dans le bureau, une fois assis l'un en face de l'autre. L'important c'est que l'on soit assis, que l'on se dise bonjour, et que l'on prenne le temps de dire s'il y a des choses à dire. ».* Le temps passé à reprendre contact varie énormément selon le patient, et selon le moment. Elle l'explique : *« Au niveau du temps ça dépend vraiment de chaque enfant. Il y en a à qui ça suffit de dire « tout va bien », et on attaque, il y en a qui vont quasiment avoir besoin de prendre une demi heure pour parler, et il ne reste plus grand chose pour la séance ».* Plusieurs orthophonistes ont un discours similaire, si un enfant a besoin de parler, elles leur en laissent la possibilité.

S'il n'y a pas de limite de temps imposée par les orthophonistes pour cette phase de contact, celle-ci doit avoir lieu. Pour C.M., « *Je ne veux pas qu'il n'y ait pas du tout de mise en place de séance, que ce temps là soit à zéro.* », elle explique donc qu'elle impose un moment de face à face. L.C. a un discours similaire : « *J'impose la petite minute où on va échanger un regard franc, et « Bonjour » et « Comment vas-tu ».* ».

Cinq orthophonistes évoquent le cas des enfants qui, dès qu'ils entrent dans le bureau, se dirigent immédiatement vers les jeux. Chacune d'entre elles explique qu'elles les invitent alors à les retrouver au bureau. Pour C.M., « *Les enfants qui partent tout de suite vers un jeu tout seul, pour faire un choix tout seul, moi ça me dérange pour commencer une séance.* ». D'après M.J., ces enfants sont dans l'action : « *Se dire bonjour, ça paraît pas grand chose... mais le nombre d'enfants qui ne le disent pas, je ne parle pas de politesse. Ils sont dans l'action, dans le faire, ils se précipitent vers le placard, peu importe que l'on soit présent ou pas.* ».

Comme le fait remarquer I.G., certains patients n'ont pas besoin du temps de parole proposé par les orthophonistes, l'important est de le proposer. Pour M.J., « *Leur demander comment ils vont, c'est prendre en compte ce qu'ils sont, ce qu'ils sont aussi dans la vie de tous les jours.* ».

Ces premiers échanges influent sur le reste de la séance. D'après Y.Y., « *Ce sont les premiers mots qui vont être utilisés, et qui donnent souvent la couleur de la séance. [...]* *Je laisse en général l'enfant exprimer le premier les mots avant moi. C'est lui qui me guide dans mes choix d'activité après.* ».

La question du temps passé à ces échanges est abordée. Celui-ci peut être long. En dehors de ces circonstances, les orthophonistes doivent aussi tenir compte de la durée de la séance. H.O. l'évoque : « *Il y a un petit temps comme ça où souvent je dis « Quoi de neuf aujourd'hui? ».* *Le petit mot, mais rapide, pour ne pas perdre trop de temps pour la séance qui suit derrière.* ». H.F. estime que cela fait partie de sa séance : « *ça ne me grille pas de temps par rapport aux jeux, et alors si ça m'en « grille » c'est pas grave, ça fait partie de ma séance, c'est le début.* ». Elle remarque d'ailleurs qu'il lui arrive avec les adolescents d'oublier de demander des nouvelles, lorsqu'elle le réalise, elle revient en arrière : « *Excuse moi, je prends les choses à l'envers, je t'ai pas demandé: comment ça va depuis la semaine dernière? ».* ».

Pour beaucoup d'orthophonistes, le moment où l'on échange des nouvelles est l'occasion de mettre les patients à l'aise. F.R. a un objectif supplémentaire : « *J'essaie de*

solliciter quelque chose de positif de la part de l'enfant. « Qu'est-ce qui s'est passé de bien aujourd'hui pour toi? ». (S'il est assez grand pour répondre à ce genre de questions). »

Au final, pour le patient, cet échange est un « *moment où on peut lâcher, à la fois ce qui s'est passé dans la journée, raconter ce qui s'est passé, ou ce qui s'est passé d'important dans la semaine.* » (C.O.). Pour cette orthophoniste, c'est « *un moment où l'on sent de toute façon plus ou moins comment la séance va se dérouler.* ».

Ainsi, ce qui est perçu au moment de l'échange influe sur le déroulement de la séance et peut modifier ce qui avait été prévu au départ.

3. Avoir prévu:

Cinq orthophonistes expliquent qu'elles préfèrent avoir prévu des activités pour une séance, quitte à ne pas s'en servir.

Pour C.O., réfléchir en amont permet de « *voir où ça va nous mener de manière à pouvoir mener l'activité de soin dans sa totalité.* ». Cela peut aussi être rassurant, en particulier pour les jeunes orthophonistes, d'avoir une certaine visibilité pour le reste de la séance. Enfin, plusieurs orthophonistes expliquent qu'elles prévoient leurs activités à l'avance pour avoir le matériel à disposition. Nous le développerons dans un chapitre ultérieur.

Prévoir d'une fois sur l'autre les activités peut ainsi être considéré comme utile. Certaines orthophonistes ont également l'habitude de faire des liens, en début de séance, avec la fois précédente.

4. Faire des liens avec la séance précédente:

Quatre orthophonistes mentionnent cette habitude. C.M. demande souvent aux patients ce dont ils se souviennent de la fois précédente. Le dossier sous les yeux, elle les aide. C.O. a l'habitude de « *Reprendre à chaque début de séance ce qui a été fait la dernière fois, soit juste en résumé, soit en rebondissant sur ce qui a posé problème, ou sur pourquoi ça a posé problème* ». Pour C.Ma., « *Ça me permet de voir si à la séance précédente il a repéré des choses ou s'il a des envies. Des petites indications qui*

permettent de voir s'il retire quelque chose de la séance ».

E.T., elle, demande aux patients de restituer ce qu'ils ont retenu des règles apprises précédemment : *« avec les ados, on commence par restituer les acquis. On revoit les règles vues la semaine précédente, puis on passe aux jeux qui permettent de les réutiliser. ».*

Les premières minutes sont donc parfois perçues comme étant un lien avec la séance précédente.

On voit ainsi que les premières minutes de séances sont composées de plusieurs temps, et diffèrent selon les orthophonistes et les patients. Lorsque l'on observe les témoignages recueillis, on remarque qu'il existe aussi des régularités.

B. Régularité et surprises

Nous avons demandé aux orthophonistes *« Qu'est-ce qui peut aider à installer l'enfant dans la séance (et à plus grande échelle dans la prise en charge) ? ».* Cette question était prévue pour leur permettre d'aborder ou de revenir sur des sujets qu'elles n'avaient pas encore pu développer. On remarque que plusieurs d'entre elles ont recommencé à parler du temps. Les notions de régularité et de surprises ont été évoquées. Les rituels et le cadre, très liés à la notion de régularité, sont également mentionnés.

I.C. et A.B., exerçant toutes deux en C.M.P., estiment qu'il est essentiel de respecter le cadre, et veillent particulièrement à la ponctualité. I.C., parlant du cadre, aborde la régularité : *« Être à l'heure, aller chercher l'enfant, respecter le cadre, c'est toujours la même chose, le respect du temps. »*

Pour que le patient prenne ses repères, la régularité est de mise. Cinq orthophonistes l'évoquent. Pour I.G., il faut *« une certaine routine: [...] sur les premières minutes je fais toujours la même chose, à savoir s'asseoir, se parler, se poser, dire s'il y a des choses à dire et juste être ensemble. Le fait qu'il y ait cette régularité, que toutes les semaines il sache qu'il y aura ça, ça permet aussi de se poser, de savoir où ils sont, et de savoir ce qu'il va y avoir après sans que l'on le dise forcément. ».*

Six professionnelles mentionnent les rituels. H.F., par exemple, considère que sa question initiale, en début de séance, est un rituel. Quand nous lui demandons ce qui

pourrait aider à installer l'enfant, elle mentionne certains des rituels déjà en place dans ses séances, comme remplir le tableau avec la date, et imagine quels autres rituels pourraient être établis (une activité relaxation ou respiration, ou au contraire un moment où l'on pourrait bouger et se dynamiser). D'autres rituels existent, différents selon les orthophonistes. I.C. inscrit ou fait inscrire le nom de son patient sur son ordinateur, V.R., pour certains patients, a « *créé le rituel des cinq premières minutes où chacun reste dans son coin* ». Elle explique que ces patients avaient besoin de ce temps là pour entrer dans la séance.

La surprise a elle aussi été abordée. L.C. remarque que ses patients apprécient être surpris quand elle leur propose une activité inhabituelle. « *Ils savent qu'ils ont le choix, et généralement ils aiment bien être surpris comme ça.* ». C'est dans ce principe de régularité et de surprises que M.J. évoque les macro-rythmes et micro-rythmes¹. C'est selon elle ce qui peut, dans les toutes premières minutes, aider à installer un patient dans la séance. « *Je crois qu'en orthophonie on est autour de ça, c'est à dire que oui on va toujours se dire les mêmes phrases: « Bonjour, comment tu vas? Comment ta semaine s'est passée? » etc., et puis pouvoir se laisser surprendre. C'est là dedans que l'on va être dans la rencontre. Pouvoir un jour être moins dedans, un jour être plus dedans, pouvoir rigoler à la blague, une autre fois non, avoir envie d'écouter l'enfant qui nous raconte sa vie cette semaine là, puis une autre fois dire « allez, aujourd'hui on se met directement au travail », voila. Oui finalement, peut être que j'ai l'impression d'être dans la répétition, mais peut être que cet enfant là il est là dedans, il a besoin de ces macro rythmes là. Ou là aujourd'hui j'ai pas été comme d'habitude, mais c'est bien, ça l'a fait bouger un petit peu.* ».

Être informé de ces notions pourrait, d'après cette orthophoniste, aider à comprendre ce qui se passe en début de séance, à réfléchir sur sa pratique.

Pour comprendre ce qui se déroule au cours d'une séance, il peut être utile de réfléchir au moment où celle-ci est placée dans la journée du patient, et dans celle de l'orthophoniste.

¹ Voir le chapitre sur les macro-rythme et micro-rythmes, p.48.

C. La séance dans la journée de l'enfant et de l'orthophoniste:

Lorsqu'une séance débute, le changement d'interlocuteur n'est pas la seule variable à prendre en compte. Selon les jours, selon les moments, les patients, tout comme les orthophonistes, réagissent différemment. Pour C.O., *« c'est la rencontre de deux façons d'être à ce moment là, à ce moment de la journée. »*. Ce qui revient le plus au cours des entretiens est la nécessité de s'adapter. Comme le dit C.Ma., *« on prend l'enfant comme il est, au moment où on le voit. Après on essaie de gérer. »*.

Les séances d'orthophonies durent de trente à quarante cinq minutes, c'est relativement court au regard du reste de la journée du patient. Il s'agit donc, comme l'indique Y.G., d' *« intégrer la séance dans sa journée. »*, et de s'installer dans une continuité.

C'est au cours des premières minutes de séance, avant même qu'un quelconque matériel soit sorti, que le lien est fait entre tout ce qui se passe à l'extérieur et la prise en charge en elle-même. Lorsque le patient arrive, il est encore souvent plongé dans ce qui s'est passé dans sa journée, dans sa semaine. L'orthophoniste aussi est parfois « parasité » par des soucis personnels, ou par ce qui s'est passé au cours des séances précédentes. M.D. l'explique : *« j'essaie de prendre le temps, c'est à dire que l'enfant il arrive il a vécu des choses avant, moi aussi. Donc moi j'essaie de me vider de ce que j'ai fait avant, de me retrouver avec tel enfant, son prénom, etc. »*.

Comme l'explique I.B., les enfants n'arrivent pas tous en séance dans les mêmes conditions. Cela peut être lié aux rythmes de la famille : *« Il y a les parents qui arrivent toujours au pas de course [...] d'autres qui arrivent toujours très posés. Il y a ceux qui arrivent toujours en retard, d'autres en avance, ça ça compte dans les premières minutes, comment est arrivé sur le lieu de la prise en charge. Si il se fait trainer, s'il arrive tranquillement, s'il sait où il va. »*. Cela peut aussi être ponctuel : une mauvaise note à l'école, une dispute dans la voiture, un problème familial... L'extérieur pénètre dans la séance. Trois orthophonistes proposent des solutions. Pour V.R. et L.C. laisser l'enfant jouer seul dans un premier temps peut être utile. M.D. essaie de faire comprendre à ses patients qu'ils ont le temps : *« c'est hyper important dans la société où on est, où tout le monde court, où pour venir en orthophonie, il faut qu'il se dépêche de sortir de l'école, il faut qu'il monte dans la voiture, il faut passer par là ou qu'il passe par chez sa grand-mère avant.... l'idée qu'ici il a le temps. »*.

Le patient n'est pas le seul susceptible d'être perturbé par une chose extérieure. Comme le dit A.D., *« moi j'arrive aussi avec ma semaine, avec mes patients dans la journée avant, ou avec ma nuit et mon réveil du matin, avec ce qui s'est passé dans ma semaine, et eux arrivent avec leur semaine »*. Parfois l'orthophoniste a encore la séance précédente en tête, V.R. témoigne : *« Il y a des séances où il s'est passé des trucs super, t'es un peu dans l'euphorie de la séance précédente, donc il faut passer à autre chose, fermer le dossier, prendre l'autre, c'est assez symbolique du coup. »*. M.D. s'interroge sur sa disponibilité : *« En pratique, est-ce que tu es, toi, disponible pour accueillir les premières minutes? Des fois t'as l'enfant d'avant que tu as encore en tête, des fois t'as l'enfant d'après, ou un coup de fil qu'il fallait que tu passes, et du coup t'as pas eu le temps, des fois t'as du retard et tu te dis « oh la la je l'ai pris avec cinq minutes de retard, du coup on a cinq minutes de moins quelque part », ou des idées que t'as pour le lendemain. Et finalement, ces trois minutes là, est-ce que l'on prend vraiment le temps, c'est ça la question. »*. D'après A.D., se rendre disponible est plus difficile lorsque les journées sont chargées, comme le mercredi par exemple. Pour que la rencontre se fasse, patient et orthophoniste doivent s'accorder, or parfois il existe un décalage entre eux. A.D. continue : *« je pense au mercredi où on enchaine tout le temps, et où on peut être speed et qui ne correspond pas à l'enfant qui arrive à 15h, il se réveille de sa sieste, tranquille »*.

L'orthophoniste essaie donc de s'adapter, mais comme le dit V.R., *« Il y a des fois où on est décalés. Donc la rencontre ne se fait pas tout de suite. Ce n'est pas systématique. »*.

Lorsque l'on considère les premières minutes de séance, une question se pose : pour qui ce temps est-il nécessaire.

D. Un temps nécessaire pour l'orthophoniste

Au cours de leurs entretiens, alors qu'elles réfléchissaient à propos des premiers instants de la séance, sept orthophonistes ont remarqué que ce temps était peut être plus nécessaire pour elles que pour les patients.

Pendant les premières minutes, tout en parlant avec le patient, l'orthophoniste ouvre son dossier, se replonge dans ce qui s'est passé auparavant. C.M. l'explique : *« J'ai l'impression d'avoir besoin de retrouver à chaque fois. D'ailleurs ça arrive souvent que les enfants une fois qu'ils sont assis me demandent tout de suite « Qu'est-ce que l'on fait? »,*

d'abord souvent je ne peux pas leur répondre, tant que je n'ai pas remis le nez dans le dossier, et puis je ne peux pas passer à ça tout de suite. J'ai besoin de le retrouver, et en mettant le nez dans le dossier retrouver aussi ce qu'il est, et ce que je sais de lui, pour pouvoir faire un choix de matériel si ça n'a pas encore été fait, ou un choix d'activité, pour repartir sur une séance de rééducation. Donc j'ai deux trois petites choses à me remémorer et à actualiser avant de commencer quelque chose. Souvent c'est un mélange de ce qu'il y a dans mon dossier et de ce que l'enfant m'apporte. ». V.R. tient des propos similaires. Elle ajoute : « *Ça me permet de me poser* ».

Les patients, lorsqu'ils arrivent, se préparent à la séance. L'orthophoniste, elle, enchaine les patients et ne disposent en général d'aucun temps de préparation. A.D. l'avoue : « *Et puis ça permet pour moi aussi de rentrer dans la séance, de faire le lien avec la séance précédente, de se retrouver* ». Pour C.M., « *Les premières minutes: un temps surtout important pour l'orthophoniste. L'enfant est déjà prêt, dès la salle d'attente, à attaquer, alors que l'orthophoniste a besoin de sortir le dossier, de s'y remettre...* ». Elle ajoute : « *Les faire parler ça m'aide. D'abord ça me laisse le temps de jeter un coup d'œil dans le dossier et ça ne crée pas de blanc, ça nous installe tous les deux dans quelque chose de commun: qu'il me raconte quelque chose que lui sait, et moi pas, ce qui est malheureusement pour lui du coup assez rare dans le reste de la prise en charge, il me met donc dans un cercle que lui seul savait jusque là, et du coup ça nous crée un petit espace commun, qui nous permet à deux de démarrer un peu quelque chose.* ».

Pour L.C., le fait qu'elle y mette du sens rend ce moment plus important pour elle que le patient : « *C'est peut-être un moment nécessaire pour moi aussi. Ça signifie quelque chose pour moi, pour eux pas forcément.* ».

V.R. et G.G.B. mentionnent les rythmes des patients. Elles utilisent les premières minutes pour s'y adapter. Cette dernière établit un parallèle avec le passage d'une chanson à l'autre : « *C'est des moments où c'est comme un bal, ou au début d'une nouvelle chanson, où on se réadapte au rythme par rapport à la chanson précédente. On est toujours dans le même corps, on est toujours la même personne qui aime danser, et en même temps on a un nouveau rythme.* ».

Si l'on en croit ces orthophonistes, les quelques minutes passées à accueillir les patients, à prendre de leurs nouvelles leur sont nécessaires.

Il arrive parfois que ce temps se prolonge.

E. Quelques minutes qui peuvent s'éterniser.

Le temps passé à discuter avec le patient varie énormément d'une séance à l'autre. La question de la limite de durée est abordée par six orthophonistes, quatre d'entre elles exercent dans des centres. On remarque que les orthophonistes salariées s'interrogent sur les pratiques des libérales à ce sujet : la différence de temps de séance réduit-elle la partie « rencontre » de la séance ? A.D. et C.M., qui travaillent en cabinet, n'ont pas de doutes: si le patient en a besoin, elles acceptent que le temps de conversation se prolonge.

L'opinion générale rejoint celle d'I.G. : *« Au niveau du temps ça dépend vraiment de chaque enfant. Il y en a à qui ça suffit de dire « tout va bien », et on attaque, il y en a qui vont quasiment avoir besoin de prendre une demi heure pour parler, et il ne reste plus grand chose pour la séance, qui dure trois quarts d'heure. Mais s'il y a besoin de temps pour parler, je le donne. Donc le temps c'est vraiment le patient qui le choisit. »*.

L.C. est la seule qui mentionne une limite : *« Je ne mets pas de limite à ce temps là, sauf si je vois dans des choses qui soit ne vont pas du tout être utilisables à des fins orthophoniques, soit parfois je ne comprends strictement rien à ce que l'enfant veut me dire. »*. Elle cherche à éviter que la situation devienne gênante, pour le patient ou pour elle.

Une dernière question peut être posée concernant les premières minutes de séance : Ces premières minutes sont-elles juste une transition ou font-elles déjà partie du travail de la séance?

F. Début de séance ou moment de transition ?

Les témoignages des orthophonistes que nous avons interrogées donnent des bribes de réponses à cette question. On voit dans la remarque d'I.C. combien il est malaisé de « faire la part des choses » : *« c'est pas tout à fait la séance, c'est le début de la séance, c'est reprendre contact, donc forcément il y a une rencontre. »*.

Différents termes sont utilisés selon les orthophonistes. Pour A.D et V.R., il s'agit d'un moment de transition, d'un passage. V.R. l'explique : *« Ces cinq premières minutes, c'est peut être aussi le temps d'un passage. Ils arrivent, ces enfants, d'un truc, ils ont besoin d'arriver jusqu'à moi et du coup on est dans une transition. Moi c'est pareil, je viens de*

fermer la porte avec un autre, j'en reçois un nouveau, et parfois ces cinq premières minutes servent de transition. [...] Il sert de passage pour les deux. ». C.Ma. préfère l'expression « mise en condition » : « c'est ce que j'appelle la mise en condition, ça apaise un peu les choses, après l'enfant se rend souvent plus disponible. ».

C.O. compare les premières minutes de séance à un sas qui permet de se mettre en situation pour ce qui va suivre. D'après elle, la salle d'attente en est déjà un : « *Un sas de décompression ou alors un sas de compression à certains moments. »*. M.J., elle, qualifie ces premières minutes d'espace transitionnel. « *Ce qui me paraît important c'est que cet espace transitionnel, ces premières minutes soient un espace qui lui permettent d'être dans la rencontre. De pouvoir être présent, là, pendant les prochaines quarante minutes que l'on va passer ensemble. »*.

H.F. et G.G.B., enfin, décrivent ce temps comme faisant partie de leurs séances. D'après H.F., « *ça fait partie de ma séance, c'est le début. »*. G.G.B., décrivant les premières interactions dans la salle d'attente, affirme : « *la séance commence tout de suite. »*.

Qu'il s'agisse pour elles d'un moment de transition, d'un sas ou du début de la séance, ces orthophonistes ont réfléchi aux premières minutes de séance et à leur impact sur le temps qui reste.

L'étude des témoignages des orthophonistes nous a permis de différencier les temps de séance, de nous interroger sur la régularité, sur la place de la séance dans la journée de l'orthophoniste, sur l'utilité de ces quelques minutes qui peuvent, parfois, s'éterniser. Nous nous sommes enfin interrogées sur la nature de ce moment : début de séance ou temps de transition.

La première question posée dans chacun des entretiens concernait l'espace, le temps, et le matériel.

V. MATÉRIEL:

A. ***Un petit temps sans matériel***

Même si certains patients vont directement vers les jeux, il est considéré comme préférable de rappeler l'enfant vers le bureau et de passer quelques minutes ensemble avant

de s'investir dans une activité. Six orthophonistes ont expliqué qu'elles préféreraient passer un moment sans matériel. L.C. explique la raison pour laquelle cela lui paraît important : *« Ce moment là où il n'y a pas de jeu, ça permet de voir un peu l'enfant brut, sans toutes ces questions qui vont se poser, et les choses que l'on va un peu mettre du temps à percevoir chez lui, etc. Quand il n'a pas cet objet là il est « tout nu » (rires), il ne peut pas se cacher derrière. »*.

B. Comment choisit-on les premières activités?

Aucune définition précise des premières minutes de séances n'a été donnée aux orthophonistes qui ont témoigné, afin de voir ce qu'elles considéraient comme les premières minutes, justement. Ce qui est ressorti des entretiens était que les premières minutes de séances sont celles passées avec le patient avant de commencer une activité.

Le choix du matériel est parfois lié à ces premières minutes. Quatre orthophonistes expliquent qu'elles utilisent ce qu'elles ont perçu de leur patient. M.D. et G.G.B. prévoient des activités à l'avance, pour avoir des pistes de travail, mais se laissent guider par l'enfant : *« fréquemment, selon les premières minutes de séance, je réévalue, étant donné l'humeur, la manière d'être de l'enfant. »* (G.G.B.). D'après elle, il s'agit d'une *« souplesse qui est nécessaire cliniquement aussi pour être en accord avec le patient »*. Y.G. dit *« se baser sur ce que l'enfant amène, soit dans son état d'esprit, soit parce qu'il a entendu parler de quelque chose, soit parce qu'il dit quelque chose qui me fait rebondir »*. On note que ce n'est pas le cas de toutes les orthophonistes. H.F. et F.R. utilisent les activités qu'elles avaient prévues à l'avance.

C.M. mentionne une situation où le matériel est vite amené : quand *« on avait parlé de quelque chose la séance précédente et l'enfant attend depuis une semaine de le sortir parce que l'on se l'était promis, là il est le lien avec la séance d'avant, donc on va le chercher tout de suite. »*.

G.G.B. nous explique une pratique inhabituelle : alors que pour la plupart des orthophonistes, le matériel est rangé - ou au moins mis de côté à la fin de la séance, il lui arrive de faire autrement. *« Il arrive que j'aille chercher un enfant, et je n'ai pas rangé le matériel utilisé avec le patient précédent. Souvent c'est une source intéressante, cette transition d'un patient à l'autre »*.

On note que certaines personnes, orthophonistes ou patients, ont pris des habitudes, ont instauré des rituels en lien avec le matériel.

C. Des habitudes, des rituels en lien avec le matériel

Quatre orthophonistes mentionnent les rituels de certains de leurs patients. C.O., par exemple, parle des patients qui ont « *besoin d'une installation physique et de petits rituels, de petites choses qu'ils vont faire systématiquement (tripoter un objet...) pour se mettre dans la séance.* ». Montrant le planisphère qui lui sert de sous-main, L.C. montre ce que font systématiquement quelques uns de ses patients quand ils lui parlent : ils essaient de faire rentrer une bosse dans le plastique. Pour A.D., c'est lié à un certain inconfort : « *il y a des enfants qui ont du mal à prendre ce temps où il n'y a rien au niveau matériel, ça peut être forcément pas très sécurisant pour certains, du coup on comble avec le crayon, la lampe (à tripoter)... Parce que là je m'adresse à eux, pas à leur travail, et ce n'est pas évident. Je pense effectivement pour certains, parler d'eux c'est pas facile. Ils peuvent donc prendre appui sur des objets.* ». V.R., enfin, a des patients qui investissent énormément leur dossier, qui tiennent à y écrire la date...

Dans le chapitre consacré à l'espace, nous avons mentionné le désir de M.D. d'avoir un bureau suffisamment neutre, pour ne pas perturber ses patients. M.J. est dans une dynamique similaire lorsqu'elle décide de fermer ses placards : « *au niveau du matériel, j'aime bien qu'il y ait des placards fermés, des choses dans lesquelles ils savent pouvoir piocher, que ce n'est pas interdit de jouer. Mais l'espace autour n'est pas trop perturbateur.* »

Enfin I.B. et H.O. évoquent les patients aux besoins spécifiques qu'elles reçoivent. H.O. reçoit une enfant trisomique qui n'a pas encore accès au langage. Elle commence donc très vite une activité, avant que l'enfant ne se disperse. I.B., elle, travaille avec de très jeunes enfants sourds. Elle utilise des agendas, des portes-vues : « *ils fonctionnent avec des agendas, que les parents remplissent. On est obligés d'avoir un support de communication, parce qu'ils ont tellement peu de possibilités de s'exprimer que hors contexte, sans support, on ne peut rien faire* ». On remarque qu'elle prête attention à qui sort le porte-vues avant d'aller dans le bureau. Elle explique que quand c'est l'enfant qui va le chercher, cela signifie pour elle qu'il a compris que c'est sa séance, qu'il l'a intériorisé. Un parallèle peut

être fait avec la déclaration de G.G.B. sur les cahiers qu'elle utilise dans ses prises en charge : « *l'enfant qui est là, tranquillement, assis sur la chaise, qui a son cahier. Quand il est avec son petit cahier, on voit déjà que quelque part la séance a déjà commencé.* ».

On voit ainsi que même si l'avis général est de ne pas sortir de matériel (jeux, activités) pendant les premières minutes de séance, il existe un certain nombre de cas particuliers qui doivent être mentionnés.

La dernière question spécifique de notre entretien concernait l'évocation des objectifs de rééducation.

VI. OBJECTIFS DE LA RÉÉDUCATION

Afin d'en savoir plus sur la place des objectifs de la rééducation dans les toutes premières minutes de séance, nous avons posé cette question : « est-ce que parfois les raisons, les objectifs de la prise en charge sont évoqués en début de séance? ».

Les réponses obtenues ont été très diverses, I.B. par exemple, répond « *jamais* », alors qu'Y.Y. déclare : « *ça me paraît évident* ».

A. ***A quelle occasion les évoque-t-on ?***

En majorité, les professionnelles que nous avons interrogées ont expliqué à quelles occasions les objectifs étaient abordés en séance, les quatre cas les plus régulièrement cités sont le bilan et les premières séances, les « piqures de rappel », quand il s'agit de faire le lien avec le matériel ou les techniques de rééducation et enfin pour faire le lien avec les autres séances.

Quelques réponses ne correspondent pas à ces cas de figure. C.Ma. déclare par exemple « *Je ne suis pas quelqu'un qui met des objectifs [...] J'essaie d'avancer avec l'enfant au rythme de l'enfant, faire un bout de chemin avec l'enfant* ».

Pour A.D., I.C. et H.O., c'est très occasionnel. H.O. l'explique par un manque de

temps, d'après elle, les séances sont trop courtes pour y passer du temps. Y.G. et I.C. en parlent « *quand il y a des stagiaires* ». Elles sont les seules à l'évoquer, pourtant notre expérience en tant que stagiaire semble indiquer qu'elles sont loin d'être les seules qui profitent de la présence d'un nouveau stagiaire pour parler des raisons de la prise en charge des patients.

Le bilan et les premières séances ont été mentionnés à plusieurs reprises.

1. Bilan et premières séances

Pour huit orthophonistes, la raison de la présence des patients en séance est surtout abordée au moment du bilan et des premières séances. I.G. par exemple explique : « *Dans les premières séances seulement, ça peut m'arriver, avec l'enfant seul, de lui redire « pourquoi t'es là? »* ». H.F. veille, au cours des tous premiers rendez-vous à ce que ses patients comprennent pourquoi ils sont là : « *Foncièrement, en début de prise en charge, j'explique. Aux parents d'abord, avec des mots peut être un peu plus élaborés, et puis à l'enfant, de la manière la plus simple pour lui pour que ce soit abordable pour lui ce que l'on va faire ici.* » Une fois que les patients ont compris, certaines orthophonistes, comme F.R., partent du principe que le patient sait pourquoi il est là et ne ré abordent pas le sujet.

2. Les « piqures de rappel »

L'expression « piqure de rappel », employée à plusieurs reprises, signifie que lorsqu'un orthophoniste sent qu'il peut être utile de rappeler au patient les raisons de sa prise en charge, il le fait.

Il existe plusieurs raisons à ce rappel. La plus fréquente est la perte de motivation du patient. Six orthophonistes mentionnent ce cas de figure. C.M. l'explique : « *soit je le vois, je lui demande « tiens, ça va pas trop aujourd'hui? » et les parents me disent « en effet aujourd'hui il n'avait pas très envie de venir ».* Soit ce sont les parents qui me disent directement qu'aujourd'hui il n'y avait pas trop de motivation. Dans ces cas là, dès le début on cherche à savoir pourquoi et ça peut nous amener à refaire un point sur les objectifs de notre travail. ». Pour elles, les adolescents sont particuliers : « *avec les adolescents on sent*

dès le début, déjà quand l'attitude corporelle n'y est pas. Il n'y a pas de motivation du tout, il n'y a pas conscience de la nécessité du travail. Dans ce cas là ça m'arrive de dire dès le début « Bon, t'as pas l'air motivé, je te réexplique pourquoi t'es là, on reprend le bilan... » parce que commencer une séance comme ça c'est juste pas possible. ». Proche de la notion de démotivation, V.R. mentionne le manque d'investissement : « si vraiment il y a un caractère systématique de faire un petit jeu et de ne pas investir ce que je propose, là à ce moment là je vais peut être réexpliquer pourquoi ils viennent. »

C.O. évoque plusieurs cas de figure : le manque de motivation, une attitude inappropriée ou des refus : « Ils sont évoqués d'autant plus quand j'ai à reprendre avec certains une attitude qui ne m'a pas plu, ou j'ai senti éventuellement une baisse de motivation la semaine d'avant, ou pour les plus petits une difficulté ou un refus à adhérer à certaines activités. Je vais très facilement redéfinir les objectifs, ou lui demander de les redéfinir en faisant un lien avec la séance d'avant ».

Parfois, les objectifs de la rééducation ou plus particulièrement de la ou des séances à venir sont évoqués pour faire un lien avec ce qui est proposé aux patients.

3. Pour faire le lien avec le matériel, avec les techniques de rééducation

D'après C.O., un reproche fréquent adressé aux orthophonistes est le manque de lien entre les activités proposées et ce pourquoi les patients sont suivis. Il peut donc être utile de faire ce lien, le plus souvent possible. H.O., lorsqu'elle le fait, mentionne ce qui avait été dit au moment du bilan : « on va prendre ce texte là parce que je le trouve intéressant pour améliorer ta compréhension, comme je t'avais dit au bilan ». H.F. donne l'exemple d'un patient qui demande systématiquement : « Ah, mais tu me proposes ça pour quoi? ». Selon elle, certains patients ont besoin de savoir ce que leur apporte l'activité, pourquoi elle leur est proposée, pour s'y investir. Elle remarque qu'en tant que professionnel, c'est important : prendre l'habitude de définir la raison du choix de telle ou telle activité permet non seulement de l'expliquer au patient, mais aussi de ne pas s'égarer : « Si on le fait dès le départ : « je le propose parce que là on va travailler sur la lecture de

logatomes, on va voir en même temps sa capacité d'attention... » Là ça peut être expliqué à l'enfant et ça nous ramène toujours à nos divers buts. ».

I.G. et M.D. évoquent les objectifs de rééducation quand le choix du matériel par l'enfant est difficile ou inadapté. I.G. par exemple demande « *alors, qu'est-ce que l'on travaille aujourd'hui?* » pour les enfants qui ont du mal à choisir. Elle explique : « *dans ces cas là, on va savoir sur quoi il doit travailler, justement, on va devoir choisir entre la lecture, l'écriture, des choses pour réfléchir...* ». Pour M.D., il s'agit plus de rappeler à l'enfant la raison de sa venue, quand il choisit la même activité plusieurs fois de suite : « *si c'est un jeu qui revient depuis dix fois, je pense que ça n'amène pas à grand-chose.* ».

M.J., dont la pratique est très inspirée par la P.R.L., évoque la notion de contrat : « *la prise en charge, c'est un déroulement dans le temps pour moi, et donc, à partir de ce moment là, ça vient avec la notion de contrat, de contrat oral, de choses que l'on s'est dites.* » *« T'as pas envie d'écrire aujourd'hui, est-ce que l'on pourra écrire la semaine prochaine? ».* *Et donc la fois suivante on peut le rappeler.* « *Est-ce que tu es d'accord aujourd'hui, comment tu te sens?* ». *Dire des choses comme ça en début de séance, oui.* ». Tout en laissant le choix de l'activité au patient, elle fait des propositions qui, si elles ne sont pas acceptées pour la séance présente, seront reportées à la suivante.

Les réponses que nous venons de citer correspondent aux premières minutes de séance, mais comme le fait remarquer G.G.B., des activités sont proposées à différents moments de la séance. L'évocation des objectifs comme introduction à ces activités n'a donc pas forcément lieu en début de séance.

Ils sont aussi parfois évoqués pour faire le lien avec d'autres séances.

4. Pour faire le lien avec les autres séances

Des liens peuvent être établis d'une séance à l'autre, par des rappels de ce qui à été fait, pour que la rééducation s'inscrive dans une continuité. Pour F.R., « *Une rééducation, c'est une histoire qui se tisse, et c'est important de faire le lien entre deux.* ». Cinq orthophonistes ont déclaré qu'elles faisaient ces liens en début de séance.

F.R. est la seule qui dit évoquer les raisons de la prise en charge pour lier deux étapes de la rééducation : « *quand je suis à une charnière entre deux étapes de la prise en*

charge, quand il y a un changement, là je fais une transition, j'essaie de plus l'annoncer ».

Le bilan n'est donc pas l'unique moment où l'on parle avec le patient des objectifs de sa rééducation. Il convient de se demander quel en est le but, en quoi est-ce important d'évoquer ces objectifs ?

B. Dans quel but ?

Trois raisons principales sont mentionnées par les orthophonistes qui ont témoigné dans notre enquête : pour faire un état des lieux et pointer les lignes de force, pour proposer une fin de prise en charge ou éventuellement une « fenêtre thérapeutique », et enfin pour que le patient comprenne ce qui ne va pas, afin de mieux le combattre.

E.T., Y.G. et C.O. parlent avec leurs patients des objectifs de leur rééducation lorsqu'elles font un état des lieux, un constat de ce qu'ils ont accompli et ce que qu'il reste à faire. Pour C.O., « *ça peut être aussi redéfinir les objectifs pour dire « On avait prévu de faire ça, t'as bien progressé sur tel domaine et maintenant on va s'attaquer au reste ».* » D'après elle, cela permet de « *se relancer* », « *de remettre un petit peu d'énergie* ». C'est en répondant à notre question qu'Y.G. fait la remarque, un peu pour elle-même, qu'elle n'est « *pas assez dans le « ça t'es drôlement fort pour ça »* », qu'elle devrait plus pointer les lignes de force au lieu de se concentrer sur ce qu'il reste à accomplir.

Deux orthophonistes expliquent qu'elles évoquent les objectifs de la rééducation au moment où elles proposent un arrêt, temporaire ou définitif, de la prise en charge. Pour Y.G. et C.O., qui exercent dans le même cabinet, il est essentiel que le patient sache qu'il peut arrêter quand il le souhaite. Ainsi C.O. explique qu'elle reprend les objectifs qui avaient été fixés au début de la prise en charge au moment où la question de l'arrêt de celle-ci est abordée.

Une dernière raison a été évoquée quant au rappel des objectifs de la rééducation : la nécessité de faire comprendre au patient pourquoi il est là, ce que l'on lui veut, quel est son rôle. D'après les orthophonistes qui en ont parlé, il est crucial que le patient comprenne ce qui ne va pas pour mieux le combattre.

Le sujet a été évoqué, concernant la ou les premières rencontres entre le patient et l'orthophoniste, au moment du bilan et des premières séances. C'est lors de ces premières rencontres qu'après avoir demandé au patient pourquoi à son avis il venait voir une orthophoniste, on parle avec lui de ce que l'on a perçu de ses difficultés, de ce que l'on va faire en séance, de notre rôle et du sien. C'est aussi à ce moment que l'on fixe des objectifs, que ce soit de façon claire, explicite, ou plus vague.

En dehors de cette situation de début de prise en charge, il peut être utile de vérifier que les patients ont bien compris et retenu la raison de leur prise en charge. Au cours de leurs entretiens, sept orthophonistes l'ont mentionné. Pour I.C., il est nécessaire d'évoquer les objectifs *« pour les enfants qui ont du mal à comprendre pourquoi ils sont là, même s'ils viennent régulièrement, qui ont du mal à rentrer dans l'activité, dans le « travail » »*. L.C. donne l'exemple des enfants ayant un retard de langage. Elle essaie de *« leur faire entendre que c'est pour être compris. [...] On est là aussi pour travailler ça, pour les aider à être mieux avec les autres, et mieux avec eux-mêmes du coup. »*.

Y.Y. et C.O. insistent sur la nécessité de « mettre des mots » sur les difficultés. Y.Y. s'explique : *« Je trouve qu'un enfant qui vient en orthophonie n'est pas bête, il sait pourquoi il vient te voir. Il sait qu'il a des difficultés. Nommer la difficulté c'est commencer à s'en détacher. »*. Elle donne un exemple extrême : *« nommer la folie, ça libère l'enfant. »*, et ajoute *« Si on extrapole, nommer le trouble sévère du langage ça libère aussi. »*. D'après elle, si c'est l'orthophoniste qui, au départ, nomme les difficultés, c'est pour aider l'enfant à le faire par la suite : *« Au début c'est moi qui nomme, mais après c'est important que l'enfant puisse mettre des mots sur sa difficulté. À partir du moment où il arrive à le faire, où il arrive à la cerner, il peut la combattre. Il peut la dépasser. Il commence à être autonome par rapport à elle. Ça c'est notre travail. »*.

Ainsi les objectifs de rééducation sont abordés avec le patient dans plusieurs situations, à des buts divers : faire un état des lieux, proposer un arrêt temporaire ou non de la prise en charge, ou faire comprendre aux patients ce qui ne va pas pour qu'ils soient mieux armés face à leurs difficultés.

Il est intéressant de noter qu'en réfléchissant à notre question, deux orthophonistes, Y.G. et G.G.B. se sont demandées si elles les évoquaient assez souvent.

L'analyse des résultats nous a permis d'étudier six thèmes : rencontre et relation, le corps, l'espace, le temps, le matériel et enfin les objectifs de la rééducation. Ces thèmes si différents sont intriqués et permettent d'avoir une vision, si ce n'est exhaustive, au moins la plus large possible des premières minutes de séance.

DISCUSSION

Dans ce travail de recherche, deux enquêtes ont été menées : l'une avec les orthophonistes, l'autre avec de jeunes patients. Ces deux enquêtes étant très différentes, nous avons fait le choix de ne pas les associer dans cette partie intitulée « discussion ».

A. *Observations générales :*

L'objectif de cet ouvrage est de proposer une réflexion sur un moment qui, d'après nous, pourrait être crucial : les premières minutes de séance. Les résultats que nous venons de présenter nous renseignent sur la pratique et les ressentis de vingt orthophonistes exerçant dans le grand ouest. Il est difficile de tirer des conclusions à partir d'un groupe aussi restreint, même si leurs témoignages ont souvent été particulièrement riches.

Les résultats obtenus ont été organisés, comparés les uns aux autres tout au long de la seconde partie de cette étude. S'il a été possible d'établir régulièrement combien d'orthophonistes avaient mentionné tel ou tel élément, il ne nous a pas paru judicieux d'utiliser ces chiffres pour créer des statistiques ou des graphiques. En effet, même si les questions posées étaient toujours les mêmes, les entretiens tenaient bien plus de la conversation que de réponses à un questionnaire. Dans ce type d'échange, pendant lequel l'interviewé est libre de dire ce qu'il souhaite, il existe une grande part d'implicite. Pour donner un exemple, on peut définir précisément combien de fois la salle d'attente fut mentionnée au cours des entretiens, mais que fait-on alors de phrases comme « je vais

chercher le patient » ? Le choix d'inclure ou non ce type de réponses aurait été subjectif, d'où l'absence de statistiques dans notre étude.

Il est difficile de comparer nos résultats avec ceux des ouvrages déjà existants. En effet, au cours de nos recherches, nous n'avons trouvé qu'un seul livre traitant des premières minutes d'une rencontre : *Contact, les quatre premières minutes d'une rencontre*, écrit par **Léonard** et **Nathalie Zunin**. C'est le seul qui ne traite pas seulement de la première rencontre entre deux personnes, mais aussi des rencontres qui se reproduisent. Plusieurs mémoires d'orthophonie ont pour thème le bilan ou le premier entretien, mais même si la première rencontre fait partie de notre étude, elle n'en est pas le sujet principal. Le livre de **Léonard** et **Nathalie Zunin** est un essai sur la psychologie des relations humaines. Le docteur **Zunin**, psychiatre, émet l'hypothèse que « les quatre premières minutes d'un contact, que ce soit avec des étrangers, un conjoint ou des amis, sont à la base d'une rencontre réussie »¹. On peut établir un lien entre cette hypothèse et nos recherches. On remarque d'ailleurs que l'une de nos hypothèses de travail en est proche : d'après nous, ces premières minutes sont un moment de rencontre, elles permettent d'installer la relation. Certains passages particulièrement intéressants de ce livre sont cités dans notre étude, pourtant il est délicat de comparer nos résultats et les propos de ces auteurs. En effet, leur objectif n'était pas seulement d'écrire un essai sur la psychologie des relations humaines, ils définissent aussi leur ouvrage comme un « guide agréable et indispensable à tous ceux qui recherchent une vie personnelle et sociale réussie et harmonieuse ».² On comprend donc pourquoi, malgré les qualités de ce livre, nous ne sommes pas en mesure d'établir une confrontation de nos résultats.

B. *Interprétation des résultats.*

Au cours de leurs entretiens, les orthophonistes que nous avons rencontrés nous ont parlé de leurs expériences, de leurs avis et de leurs ressentis. Ces professionnelles sont très différentes, certaines ont de longues années d'expérience derrière elles alors que d'autres n'exercent que depuis quelques mois. Les lieux de travail diffèrent eux aussi : en centre ou en libéral, en pleine campagne normande ou dans le centre ville de Nantes. Pourtant les réponses recueillies nous semblent relativement homogènes.

¹ ZUNIN, L. & N. (1975). *Contact, les quatre premières minutes d'une rencontre*. Montréal : Les Editions de l'homme. Quatrième de couverture.

² Ibid.

On ne note que peu de différences, si l'on considère les entretiens dans leur globalité.

Il nous a semblé que selon leur nombre d'années d'exercice, les orthophonistes exprimaient leurs opinions différemment. La majorité d'entre elles, qui travaillent depuis cinq à vingt ans, ont répondu à nos questions sans détours, avec un certain aplomb, mentionnant parfois qu'elles donnaient simplement leur avis. Les très jeunes orthophonistes manifestaient moins d'aplomb, elles témoignaient de ce qu'elles pensaient juste, en prenant soin de préciser, parfois à plusieurs reprises, qu'elles exerçaient depuis peu de temps. Nous avons enfin rencontré deux orthophonistes diplômées depuis plus de trente ans. Chacune d'entre elles a mentionné une certitude acquise avec l'expérience, au fil des années. Ces différences semblent assez logiques : étant donné que nous interrogeons les orthophonistes sur leur pratique, sur leur expérience, le nombre d'années d'exercice peut influencer sur les réponses.

L'intérêt manifesté pour les premières minutes de séance a été irrégulier. Une grande majorité des orthophonistes rencontrées a montré de la curiosité, de l'intérêt pour le sujet de notre étude. On peut remarquer par exemple la déclaration enthousiaste d'I.B. : « *Il se joue plein de trucs dans les premières minutes, c'est surréaliste, incroyable!* ». Il nous a aussi semblé que deux ou trois orthophonistes n'accordaient pas vraiment d'importance à ces premiers instants, qui pour elles tiennent de la routine et de l'intuition.

On remarque enfin que si la majorité des orthophonistes ont des réponses homogènes, l'une d'entre elles s'en démarque régulièrement. G.G.B., jeune orthophoniste dynamique et enthousiaste, a exprimé au cours de son entretien des points de vue inhabituels. Par exemple, alors que plusieurs de ses consœurs estiment qu'il est nécessaire de travailler dans un lieu stable, neutre, elle change très régulièrement l'aménagement et la décoration de son bureau. Celui-ci est d'ailleurs très différent de la plupart des bureaux d'orthophonistes : on y trouve de nombreuses lumières, des plantes, des décorations nombreuses et brillantes, et de l'encens y brûle régulièrement. Il ne s'agit ici que d'un exemple, mais on note aussi des pratiques atypiques, comme faire la « queue leu leu » pour entrer dans le bureau, ranger avec le patient suivant le matériel utilisé précédemment... Une grande partie de ses réponses semble indiquer que cette orthophoniste est hors du commun. Cet entretien figure dans nos annexes.

Dans un sujet comme celui-ci, l'interprétation des résultats est proche de la validation ou de l'invalidation des hypothèses.

C. **Réponse aux hypothèses de travail.**

- Les premières minutes de séance sont cruciales.

Les résultats que nous avons obtenus ne nous permettent ni de valider ni d'invalider cette hypothèse. Nous l'avons mentionné au cours du chapitre précédent, la majorité des orthophonistes que nous avons rencontrés ont manifesté un réel intérêt pour les premiers instants de la séance. Au cours des entretiens, l'importance de ces premiers instants de séance a été évoquée, de façon explicite comme quand L.C. qualifie ce moment de rencontre de « capital » ou de façon implicite. Il nous semble, à la lecture des entretiens, que l'avis général des orthophonistes rejoint notre hypothèse, mais nous ne disposons pas d'éléments suffisants pour le démontrer.

- Avant l'entrée dans le bureau, la séance commence dans la salle d'attente.

Bien que nous n'ayons à aucun moment de nos entretiens mentionné celle-ci, la salle d'attente a été évoquée par plus de la moitié des orthophonistes que nous avons rencontrés. On remarque aussi que deux d'entre elles ont dit clairement que la séance commence dans la salle d'attente. Au regard de ces informations, cette hypothèse semble valide.

- Ce moment est une phase de transition qui permet d'entrer dans le travail, autant pour l'orthophoniste que pour le patient. Il s'agit d'un moment de réajustement des deux acteurs de cette relation.

On remarque d'abord que selon les personnes, la formule utilisée est différente : ce que nous avons qualifié de « phase de transition » a été appelé de différentes façons. Chacune avec ses propres mots, six orthophonistes ont mentionné au cours de leurs entretiens qu'il s'agissait d'un moment de transition, et deux d'entre elles ont affirmé que les premières minutes faisaient partie intégrante de la séance.

Nous avons établi dans cette étude que la majorité des orthophonistes que nous avons rencontrés estiment nécessaire de s'adapter à leurs patients, de se réajuster. Le déroulement des séances est d'ailleurs influencé par ce qu'elles perçoivent de ceux-ci pendant les premières minutes de séance. En outre, sept orthophonistes ont remarqué que ce temps était nécessaire pour elles, cela leur permet par exemple d'ouvrir le dossier de leur patient et de se remémorer ce qui s'est passé auparavant. Au vu de ces informations, il nous semble donc que cette hypothèse est valide.

- **Ces premières minutes sont un moment de rencontre, elles permettent d' « installer » la relation.**

Dix sept des vingt orthophonistes ont répondu par l'affirmative à la question « Est-ce un moment de rencontre ? ». Cette large majorité nous permet de valider la première partie de cette hypothèse. Au cours des entretiens, les professionnelles ont témoigné de leurs efforts, au cours des premières minutes, pour « installer » la relation avec leurs patients. Ici aussi, cela transparaît tout au long de leurs entretiens. On ne peut donc objectivement valider que la première partie de cette hypothèse, et émettre une opinion positive sur la fin de celle-ci.

- **L'annonce des objectifs de la séance et ceux de la rééducation n'est pas forcément au centre de ces premières minutes.**

D'après la majorité des orthophonistes rencontrées, cela leur arrive parfois, dans des cas précis tels que la démotivation d'un patient par exemple, avec des buts divers : faire un état des lieux, proposer un arrêt temporaire ou non de la prise en charge, ou faire comprendre aux patients ce qui ne va pas pour qu'ils soient mieux armés face à leurs difficultés. La seule orthophoniste qui a déclaré ne jamais en parler travaille avec de très jeunes patients. Cette hypothèse peut donc être validée.

D. *Limites et perspectives de la recherche.*

Cette étude a été menée à partir des témoignages de vingt orthophonistes. Les entretiens ont été pour la plupart d'une grande richesse, pourtant nous avons remarqué que des éléments nouveaux étaient apportés à chaque nouvel entretien, jusqu'au dernier. Il pourrait être intéressant de faire une recherche auprès d'un plus grand nombre d'individus.

Une des limites liée à la situation d'entretien était le fait que les professionnelles ne disposaient pas de beaucoup de temps pour réfléchir à nos questions. Plusieurs d'entre elles l'ont regretté, expliquant que d'autres idées leur apparaîtraient probablement plus tard. Proposer le questionnaire au préalable pourrait résoudre ce problème, mais l'entretien serait alors moins spontané.

Une enquête menée auprès de jeunes patients nous a permis d'en savoir plus sur leur point de vue, en ce qui concerne les premières minutes de séance.

QU'EN DISENT LES PATIENTS ?

L'enquête consacrée aux patients, enfants et adolescents, fait autant partie de notre étude qu'elle s'en situe à part. Même si la place du patient prime toujours dans les prises en charge orthophoniques, nous avons pris le parti de la placer à la fin de notre étude. En effet, notre objectif était d'obtenir le point de vue des patients sur les premières minutes de séance. Il ne s'agissait pas de répondre à nos hypothèses de travail, cela pourrait d'ailleurs être considéré comme une limite majeure de cette enquête. Il s'agissait de leur donner une voix, une possibilité d'exprimer leur point de vue sur le thème de notre étude.

Trois questions leur ont été posées. La première, « Raconte-moi comment ça se passe quand tu arrives chez ton orthophoniste », a été prévue pour obtenir des patients une description du déroulement des débuts de séance. La seconde, « Qu'est-ce que tu en penses ? », devait leur permettre d'exprimer leurs ressentis. La dernière, « Pourquoi tu viens chez l'orthophoniste ? », donnait l'occasion de voir s'ils comprenaient la raison pour laquelle ils étaient pris en charge.

Afin d'expliquer les conditions de mise en place de l'entretien avec les enfants, il apparaît plus opportun d'employer le « je » dans le paragraphe à venir. Chaque entretien s'est déroulé de la même façon. On a expliqué, ou réexpliqué à chaque patient la raison pour laquelle j'étais présente, mon statut de stagiaire, le mémoire que je devais écrire pour finaliser mes études et la raison pour laquelle j'effectuais une enquête. On leur a ensuite demandé s'ils acceptaient de répondre à quelques questions, et le sujet sur lequel l'enquête portait. Enfin nous avons demandé à l'enfant ou à l'adolescent s'il souhaitait que l'orthophoniste sorte du bureau le temps de l'entretien. Deux questions préalables à l'enquête ont été posées à chaque patient, en guise d'entrée en matière : « Quel âge as-tu ? », et « Peux-tu me dire dans quelle classe tu es ? ». Les prénoms des patients ont été modifiés afin de préserver la confidentialité du soin.

A. **Présentation des résultats**

1. Le déroulement des premières minutes de séance

Nous observons ici l'intégralité des réponses des patients, comprenant, quand le besoin s'en est fait sentir, une reformulation. On développera dans le chapitre « difficultés liées à l'enquête » les situations où les enfants ont commencé par ne pas comprendre le sens de la première question.

On observe quatre types de réponses, parmi les dix-neuf enfants qui ont accepté de participer à notre enquête.

Deux enfants ont répondu à notre première question sans mentionner le déroulement des séances. Mattias, âgé de cinq ans, a répondu en ne donnant que son avis sur le déroulement des séances : « *Bien.* ». La reformulation ne l'a pas aidée à développer : « *Je sais plus. Très bien. Je sais plus.* ». Manon, une enfant de huit ans, a parlé de ses progrès depuis le début de la rééducation, puis, quand la question a été reformulée, a simplement répondu « *J'arrive ici. Et après je pars* ».

Sept patients ont expliqué le déroulement en parlant immédiatement du travail ou des activités qu'ils font en séance. Cinq d'entre eux, ont mentionné d'abord qu'ils attendaient dans la salle d'attente, et un autre a commencé par « *je pose mes affaires* ». Deux enfants ont parlé de ce qu'ils faisaient avant cela : « *Je sonne avant d'entrer, après je rentre, je m'assois...* », « *Des fois c'est maman qui m'emmène, des fois c'est papa. Dès fois j'arrive un petit peu en retard,...* ». En dehors de ces précisions, ils ne décrivent que l'entrée dans le travail : « *on fait souvent des petits jeux et des petits exercices.* », « *Après des fois on fait des jeux, ou des fois on lit, ou des fois on écrit des petites phrases, ou des fois on fait des histoires.* », « *Après on travaille ensemble* ». Les formulations sont différentes mais l'idée reste la même : pour ces enfants c'est l'entrée dans le travail qui est l'évènement le plus notable.

Cinq patients ont mentionné le moment de se dire « *bonjour* » ou de se serrer la main avant de se mettre à travailler. Bien que cela ne décrive pas dans son intégralité le déroulement des premières minutes de séances, le fait que les patients remarquent cette

phase de salutations est tout à fait intéressant.

Enfin, six patients ont évoqué dans leur réponse la petite conversation qui a lieu en début de séance. Kilian, un jeune garçon âgé de neuf ans, dit simplement « *l'orthophoniste vient et on se pose des questions.* ». Trois jeunes âgés de douze à dix-sept ans ont un regard assez clair sur la discussion qui a souvent lieu pendant les premières minutes de séances. Ainsi, Tarik, un jeune homme de dix-sept ans, la cite en préambule aux exercices : « *Déjà généralement elle me pose des questions sur ce qui s'est passé pendant la semaine. Au début on parle, et après on fait des exercices [...]* ». Fleur et Constance, adolescentes de douze et quatorze ans, parlent elles aussi de se raconter la semaine, le weekend ou les vacances, de discuter. On note que, d'une façon assez similaire à ce jeune homme, toutes les deux finissent leurs descriptions de la même manière : Fleur déclare « *je rentre, puis on se dit bonjour, ensuite nous allons nous raconter notre semaine et puis nous commençons la séance.* ». Constance, l'explique de cette façon : « *Je monte et je m'installe dans la salle d'attente, j'attends. Ensuite je rentre et souvent on me demande ce que j'ai fait pendant le weekend et pendant les vacances, et on discute, et après on commence.* ». Ces remarques à propos de conversations préalables au début de la séance en elle-même donnent des indices sur leur façon d'envisager ces instants par rapport à l'intégralité de la séance. Enfin, Tamara nous décrit avec beaucoup de détails les étapes préalables à la séance et les premières minutes de séance. La question posée ne suffisant pas, nous l'avons incitée à continuer à grands renforts de « *Et après ?* ». La description s'arrêtant dans la salle d'attente, son orthophoniste est intervenue pour qu'elle termine son explication. Progressivement, elle a ainsi décrit chaque moment précédant son rendez-vous, elle a donné des éléments sur les premières minutes et le reste de la séance, et a même décrit ses activités une fois celle-ci achevée. :

« - *Ben en fait je sors du collège à pied, je viens avec une copine, parce qu'elle habite pas loin d'ici, après elle me laisse ici, après je m'assois dans la salle et j'attends.*

- *Et après?*

- *Après je lis un livre, et je fais mes devoirs.*

- *Et après?*

- *C'est tout.*

- (Question de l'orthophoniste) *Et quand la séance elle commence, quand je viens te chercher?*

- *Bah je prends mes affaires et je rentre dans la salle, après je dis bonjour, et je m'assois, je pose mes affaires, j'enlève mon blouson, mon écharpe, et puis je m'assois. Puis je parle.*

- *Tu parles... tu discutes?*

- *Oui.*

- *Sur quoi?*

- *Sur si je suis fatiguée ou pas... Après on fait des exercices, je crois, et puis Mme J. me demande ce que je veux faire, et puis soit je dis que je veux faire un jeu, ou écrire, ou faire de la lecture, ou comme ça, après je choisis ce que je veux faire, après on fait. Et puis après quand la séance est finie je dis au revoir, je prends mes affaires, et puis je vais à la gym. ».*

Les différentes phases de l'installation sont ainsi décomposées par cette jeune fille. On remarque que pendant les premières minutes des séances de cette jeune fille, auxquelles nous avons assisté en tant que stagiaire, la conversation débutait toujours par un « comment vas-tu ? ». Elle tournait souvent autour du sujet de la fatigue, d'où cette brève réponse sur le sujet des discussions.

Une fois cette question posée, nous avons interrogé les patients sur leur opinion, leur propre ressenti des premières minutes de séances.

2. L'opinion des patients

La question « Qu'est-ce que tu en penses ? » a déclenché des réponses presque unanimement positives.

Deux patientes, Violette, une enfant de cinq ans, et Céline, adolescente de treize ans n'ont pas exprimé d'avis : elles ont répondu « *Je ne sais pas* ».

Tous les autres patients ont eu des réponses positives :

Cinq patients ont parlé des séances dans leur globalité : « *J'aime bien les jeux* ».

Cinq autres ont répondu de façon positive, sans donner de détails : « *C'est bien* » ou « *C'est très bien* ». Nous ne les avons pas incités à développer, on ne peut donc pas être certains qu'ils parlaient des premières minutes de séance et non de leur intégralité.

Enfin sept jeunes, âgés de huit à dix-sept ans, ont émis des réponses qui sans doute aucun correspondent aux premières minutes de séance. Trois d'entre eux expliquent qu'ils apprécient les moments de conversation : Tarik, dix-sept ans, déclare « *Je pense que c'est*

bien, parce qu'au début on peut parler, donc bah ça aide ». D'après Constance, « *C'est agréable, ça met à l'aise, ça met directement dans le truc.* ». Enfin, Doris, dix ans, confie « *ça j'aime bien. Je trouve ça gentil.* ».

Manon commence par dire que « *c'est bien* ». Quand on lui demande s'il y aurait quelque chose qu'elle souhaiterait changer, elle avoue : « *J'aimerais bien que l'on discute* ». Étant donné qu'elle n'avait pas mentionné la discussion au cours de son bref entretien, nous lui avons demandé : « *et on le fait pas ça ?* ». Sa réponse fut : « *Ben si, un peu, mais un peu plus...* ».

Deux patients de douze ans apprécient le déroulement des débuts de séance. Ainsi, Fleur, nous dit : « *Bien. Je trouve que cette organisation est très bonne* ». Le témoignage de Jérôme est proche : « *Elles sont bien. J'ai pas envie de changer, c'est bien.* ».

Le dernier de ces patients, Tom, onze ans, avait répondu à la première question en parlant du rappel des activités de la séance précédente. Il donne donc son avis sur ce type d'échange : « *C'est bien parce que comme ça on sait ce que l'on va faire dans la séance, et si on ne se rappelle plus on sait ce que l'on a fait la séance d'avant.* ».

Ainsi, on remarque que la grande majorité des impressions exprimées par les patients sont positives. Autre point à soulever, seul un tiers des réponses concerne sans équivoque les premières minutes de séance.

Suite à cette question qui permettait d'en savoir plus sur les ressentis des patients, nous avons interrogé ces derniers sur la raison pour laquelle ils venaient en séance d'orthophonie.

3. Les raisons de la prise en charge.

« Pourquoi tu viens chez l'orthophoniste ? ». Cette question qui semble limpide aux adultes est loin d'être facile à répondre pour un jeune patient. Ils l'ont pourtant souvent entendue quand une stagiaire était présente au cours des séances de rééducation, mais cela n'a pas rendu l'exercice plus aisé.

Les réponses obtenues sont diverses : dix patients ont fourni une explication adéquate. Un autre n'a pas su répondre. Les autres ont donné une partie des raisons, une réponse simplifiée ou ont utilisé le mauvais terme pour décrire une notion bien comprise.

Les patients ayant fourni des réponses adéquates sont atteints de troubles divers. Pour ne citer que quelques unes des réponses : Céline, adolescente mutique de treize ans,

dit qu'elle vient voir une orthophoniste « *Pour me faire parler plus fort* ». Plusieurs patients dyslexiques indiquent qu'ils le sont, comme Tom, 11 ans : « *Parce que je suis dyslexique et je confonds des lettres.* »

On note, à ce stade du travail, que « dyslexique » est un terme difficile pour les patients justement atteints de ce trouble. Ainsi, Brice, neuf ans, se qualifie de « *dyslexique* », et Fleur, douze ans, déclare à propos des séances d'orthophonie, « *Parce que j'en ai absolument besoin pour corriger ma dyklexique.* ».

D'autres patients ont donné des réponses moins adaptées.

Mattias, un petit garçon de cinq ans qui vient à cause d'un schlintement, n'a pas su répondre : « *Parce que moi... Parce que moi... Je sais plus vraiment.* ». Nous lui avons demandé ce qu'il faisait avec son orthophoniste, il a répondu : « *Je travaille* ». Nous lui avons posé une dernière question, demandant s'il y avait des sons difficiles à faire. Il a répondu « *Non* ». L'entretien s'est arrêté là.

Quatre patients ont fourni une explication correspondant à leur situation, mais qui n'était que partielle. Luc, huit ans, indique : « *on travaille avec les s et tout ça.* » Étant donné qu'il est dyslexique, le travail effectué en séance est plus varié que cela. Brice, neuf ans, dit simplement « *Parce que je suis dyslexique.* ». Il ne parle pas de son zézaiement, alors que c'est la raison pour laquelle il est revenu en rééducation. Tarik, dix-sept ans, explique : « *Je viens par ce qu'en fait je mue de la voix et, comment expliquer, c'est surtout que apparemment ma voix ne s'est pas encore bien placée* ». C'est tout à fait juste, mais il omet de mentionner son bégaiement.

Enfin, Kilian, un jeune garçon âgé de neuf ans, suivi par une orthophoniste en centre essentiellement pour des difficultés en mathématiques, avec les grands nombres et le temps, explique à sa manière qu'il n'était pas disponible pour les apprentissages : « *Parce que avant j'avais des difficultés, j'arrivais pas à me concentrer sur mon boulot, je pensais à des trucs. [...]* ».

Bien que partielles, ces réponses correspondaient à la situation de chaque patient. Deux adolescents ont répondu de façon très simplifiée. Jérôme, un jeune garçon dyslexique de douze ans, a simplement dit : « *Pour apprendre à parler, à lire et à écrire.* ». Linda, une adolescente de treize ans ayant de grosses difficultés tant avec le langage oral qu'avec le

langage écrit, répond : « *Parce que j'ai des problèmes d'orthographe.* ».

Les deux derniers patients que nous avons interrogés ont utilisé des termes qui ne correspondaient pas réellement à leurs troubles. Des questions supplémentaires ont mis en évidence qu'ils comprenaient bien la raison de leur prise en charge mais ne savaient pas comment l'expliquer. Violette, une petite fille de cinq ans suivie pour un schlintement et un petit retard de parole, a répondu à la question « Pourquoi tu viens chez l'orthophoniste ? » : « *Parce que je parle mal* ». Cette réponse ne correspond pas au retard de parole, mais c'est la seule que cette jeune enfant avait à sa disposition. L'entretien s'est arrêté là, et a fourni à l'orthophoniste une raison de réexpliquer à l'enfant la différence entre « mal parler » et ses troubles. Jérémy, un garçon de neuf ans très handicapé par sa dyslexie, a dit : « *C'est à cause de la dyspraxie.* » Son orthophoniste lui a demandé d'expliquer ce qu'est la dyspraxie. Il a répondu : « *C'est des problèmes en lecture et en écriture. [...]* ». Une dyspraxie ayant été diagnostiquée en plus de la dyslexie, les notions ont été confondues dans l'esprit de cet enfant, qui par contre connaissait très bien la raison réelle de sa prise en charge en orthophonie.

Ainsi cette dernière question a permis de voir comment les jeunes patients expliquaient la raison de leur rééducation.

B. Discussion

1. Analyse des résultats

La richesse des réponses des patients a été relativement variable. On remarque qu'il n'a pas été facile, pour les plus jeunes enfants, de répondre aux questions. Il est possible d'ailleurs que le patient qui a refusé de répondre à nos questions l'ait fait car il trouvait l'exercice trop difficile. Âgé de sept ans, il faisait partie des plus jeunes enfants à qui nous avons proposé de répondre à notre enquête.

Leurs témoignages montrent que la plupart des patients ne semble jamais avoir

prêté attention aux premières minutes de séance. En dehors de quelques réponses mentionnant la phase de salutations ou les petites conversations de début de séance, on note que ce sont les jeux, les activités ou le travail qui marquent les patients, et non les premières minutes.

L'analyse des réponses met en évidence la satisfaction que la grande majorité des patients semblent éprouver, que ce soit en lien avec les premières minutes de séance ou avec la prise en charge en général.

On remarque enfin que la plupart des patients savent pourquoi ils viennent consulter une orthophoniste. Il n'est pas toujours facile pour eux de l'expliquer, mais ils comprennent bien la raison de leur présence en séance d'orthophonie.

2. Validation ou invalidation des hypothèses

Nous l'avons déjà évoqué, cette enquête auprès des patients se situe légèrement en marge de notre étude. Il s'agissait surtout d'avoir un aperçu des opinions des patients concernant les premières minutes de séance. On peut toutefois établir des liens entre les témoignages obtenus et trois de nos hypothèses.

Notre première hypothèse était celle-ci : Les premières minutes de séance sont cruciales. Les réponses des patients montrent que c'est un moment qu'ils apprécient. On l'a évoqué plus tôt : cinq d'entre eux ont émis un avis positif, sans développer, et sept autres ont expliqué sans équivoque que les premières minutes étaient pour eux un moment agréable.

En dehors de ces ressentis positifs, les réponses de deux patients évoquent l'intérêt des débuts de séance en terme d'utilité : Tarik, dix-sept ans, estime « *que c'est bien, parce qu'au début on peut parler, donc bah ça aide* ». Tom, un jeune garçon de onze ans, évoque le rappel des activités de la séance précédente et les propositions concernant la séance du jour. « *C'est bien parce que comme ça on sait ce que l'on va faire dans la séance, et si on ne se rappelle plus on sait ce que l'on a fait la séance d'avant.* »

L'analyse des réponses des patients ne permet pas de valider ou d'invalider cette hypothèse, elle indique simplement leurs ressentis concernant les premiers instants de leurs

séances.

Notre seconde hypothèse, avant l'entrée dans le bureau, la séance commence dans la salle d'attente, ne peut être validée uniquement d'après l'analyse des réponses des patients. On peut simplement noter que neuf patients évoquent la salle d'attente, ou le fait d'attendre leur orthophoniste. On pourrait estimer que reformulation fréquemment proposée pour la question : « Tu arrives à la porte, tu sonnes et après ? », peut avoir eu une influence sur ces réponses, seulement moins de la moitié des patients a mentionné cette phase d'attente, nous ne pensons donc pas que cela a été le cas.

La dernière hypothèse concernait la rencontre, la relation entre l'orthophoniste et son patient : ces premières minutes sont un moment de rencontre, elles permettent d'installer la relation. Onze patients, soit plus de la moitié d'entre eux, ont évoqué, avec leurs propres mots, cette rencontre : cinq d'entre eux ont mentionné le moment de se dire bonjour, ou de se serrer la main. Six autres ont parlé de la petite conversation qui a souvent lieu lors des premières minutes de séances. Il s'agit d'un moment qu'ils apprécient. Ici encore, les témoignages des patients ne permettent pas de valider ou d'invalider notre hypothèse. Ils nous permettent simplement de savoir combien d'entre eux ont évoqué les notions de relation et de rencontre, même sans utiliser ces termes en particulier.

3. Limites et perspectives de la recherche

a) *Difficultés liées à l'enquête*

La formulation des questions a été un travail délicat. En effet, il s'agissait d'être claire, comprise en prenant garde à ne pas influencer les réponses.

La rencontre avec les patients a mis en évidence les défauts de formulation dans la première question. On remarque par exemple que quatre des enfants, âgés de cinq, neuf et douze ans, y ont répondu en donnant leur avis sur le déroulement de leur rééducation. Une patiente âgée de huit ans a parlé des progrès qu'elle avait fait depuis le début de sa

rééducation « *Bah c'est que je comprends mieux, je sais pas trop...* ». Des reformulations ont donc été employées lorsque cela été nécessaire, les patients étaient incités à développer leurs réponses. Celles-ci étant parfois vagues, on cherchait de cette façon à les aider à se faire comprendre au mieux.¹ Le principe de ces entretiens était d'obtenir un échange qui soit le plus naturel possible, d'être en situation de conversation ; c'est la raison pour laquelle nous n'avons pas hésité à reformuler, à encourager les patients à donner leur avis.

La question de la présence de l'orthophoniste dans le bureau a été soulevée. Il a été systématiquement demandé aux patients s'ils souhaitaient que leur orthophoniste sorte pour répondre plus librement, un seul enfant a accepté. Ainsi, pour la seconde question interrogeant les enfants sur leur ressentis, en dehors de deux patientes de cinq et treize ans qui ont répondu « *je sais pas* », tous ont donné un avis positif. Rien n'indique qu'ils auraient répondu autrement s'ils s'étaient retrouvés seuls avec l'enquêtrice, mais il est pertinent de se poser la question. On remarque d'ailleurs que l'enfant qui a demandé à être seul a émis un avis positif quand cette question lui fut posée.

Comme pour les orthophonistes, le questionnaire n'a pas été soumis à l'avance. Les enquêtés n'ont donc pas eu le temps de réfléchir à leurs réponses. Celles-ci ont donc été, le plus souvent, relativement brèves.

Enfin, comme on l'a mentionné plus tôt, cette enquête a été réalisée en marge de notre étude et n'a pas été articulée en fonction de nos hypothèses de travail. Cela peut donc être considéré comme une limite majeure: le questionnaire adressé aux patients, prévu pour donner un aperçu de leurs opinions, de leurs ressentis concernant les premières minutes de séance, n'est donc pas réellement en adéquation avec les hypothèses que nous avons émises.

b) Perspectives envisageables

Il serait intéressant d'effectuer auprès des patients une enquête en deux temps : rencontrer une première fois les patients pour leur expliquer le sujet de la recherche, leur

¹ Les reformulations que nous avons utilisées sont disponibles en annexe

parler des questions que l'on a l'intention de leur poser, répondre à leurs éventuelles questions et leur proposer d'y réfléchir, puis dans un deuxième temps réaliser l'entretien enregistré. Donner un temps de réflexion aux personnes interrogées pourrait avoir un impact sur la richesse de leurs témoignages. Le fait de rencontrer ces patients deux fois pourrait aussi permettre d'effectuer l'entretien en dehors de la présence de l'orthophoniste, ainsi les enquêtés auraient plus de chances de révéler leurs opinions.

Une enquête élargie pourrait aussi être mise en place : au lieu de ne rencontrer que des enfants et adolescents, les adultes pourraient être intégrés à la population étudiée.

CONCLUSION

L'observation des résultats de ces deux enquêtes nous permet d'établir que les premières minutes sont surtout estimées importantes par les orthophonistes. Si les patients apprécient les premières minutes de séance, peu d'entre eux montrent qu'ils les considèrent comme notables. Il s'agit pourtant d'un instant pendant lequel le patient tout comme l'orthophoniste se réajustent l'un à l'autre, et qui permet de recréer le lien avant de commencer une activité. Les moments essentiels des toutes premières minutes d'une séance sont les salutations dans la salle d'attente, l'accompagnement dans le bureau et l'invitation à partager un peu de sa vie. Pendant ces premières minutes, l'orthophoniste prête attention à toutes sortes d'indices : les mimiques, les postures, le rythme du patient sont des indicateurs aussi riches que l'écoute même du patient. Il doit donc essayer d'être disponible, à l'écoute du patient tout en le mettant à l'aise et en tâchant de créer des conditions optimales pour que le patient « s'installe » dans la séance. De nombreuses orthophonistes accordent une grande valeur à la relation de confiance : celle qu'ils instaurent avec le patient bien sûr, mais aussi avec sa famille et avec son école. C'est en étant attentif au patient, à son entourage et à la demande de chacun et ce dès la première rencontre que l'orthophoniste instaurera cette relation. Enfin, il convient de ne pas oublier de fournir des explications au patient et à son entourage : des explications sur les troubles du patient, son rôle dans sa rééducation, les objectifs de la prise en charge, notre rôle également. Ces explications n'ont pas seulement lieu au cours de la première rencontre, comme on l'a vu, il peut être utile, autant pour le patient que pour son entourage, de les réitérer, de les reformuler lorsque le besoin s'en fait sentir.

Pour chacune de nos enquêtes, vingt personnes ont été rencontrées puis interrogées. Deux questionnaires ont été proposés, l'un pour les orthophonistes et l'autre pour les patients. Les résultats obtenus ont ensuite été retranscrits et organisés. Ces réponses constituent la plus grande partie de notre étude. Les entretiens menés avec ces vingt orthophonistes ne nous ont pas seulement renseignées sur les premières minutes de séance. Les éléments apportés au cours de ces conversations, les idées apportées par toutes ces

professionnelles nous ont amenées à réfléchir sur le métier d'orthophoniste, sur son sens, sur les valeurs et les objectifs qui nous tiennent à cœur. Même si cette étude n'avait à l'origine qu'une ambition : nous informer sur les enjeux des premières minutes de séance, nous en sommes sorties plus riches ; riches d'idées, de souhaits et de projets pour notre future pratique professionnelle. L'élaboration de ce travail de recherche nous a permis de nous projeter en tant que future professionnelle, et de faire tout un travail « en amont » concernant divers aspects de notre future pratique, concernant l'accueil du patient, les implications de certains choix comme la façon de saluer par exemple, mais aussi l'aménagement du bureau, ou la distance nécessaire entre la salle d'attente et le bureau. D'un point de vue plus personnel, nous avons énormément apprécié travailler sur un sujet qui nous offrait une ouverture : les lectures, les entretiens, les conversations qui ont eu lieu cette année n'ont pas été focalisés sur un point très précis, mais sur une foule de notions aussi hétérogènes que la proxémie, l'investissement ou les rythmes, par exemple. Bien sûr, comme nous allons le voir, nous avons eu quelques difficultés, mais ce travail en valait la peine.

Le premier problème que nous avons rencontré a été l'absence de bibliographie correspondant aux premières minutes de séance. Comme le montre cette étude, ces premiers moments font appel à des notions très diverses, nous avons donc consulté de nombreux ouvrages. Paradoxalement, nous avons donc été confrontées à un manque et à un excès de sources bibliographiques, chaque notion devant être abordée individuellement. Il nous a aussi été difficile de formuler des questions claires, qui soient suffisamment ouvertes pour permettre aux interviewés de s'exprimer librement. Il n'est pas aisé de trouver le juste équilibre entre une question trop vague et une autre trop orientée. Enfin, notre difficulté principale a été de réaliser un ouvrage suffisamment concis, mais qui témoigne de la richesse de notre sujet et des entretiens menés, en particulier avec les orthophonistes. De nombreuses notions auraient pu être développées, d'autres, telles que le silence et l'empathie, auraient pu être abordés par exemple. Des choix ont du être effectués pour ne pas surcharger cet ouvrage déjà conséquent.

Nous avons déjà évoqué quelques pistes de recherche, afin de compléter notre étude (mener plus d'entretiens, laisser plus de temps aux interviewés pour réfléchir...). Deux autres idées nous semblent intéressantes : au cours de nos recherches, nous avons cherché, sans succès, des ouvrages relatant l'histoire de la relation patient-orthophoniste. À notre sens, en savoir plus sur la façon dont ces relations ont évolué pourrait enrichir notre future pratique, de la même manière que les échanges avec les orthophonistes que nous

avons rencontrées nous ont beaucoup apporté. Ce type de recherche ne manque pas d'intérêt et pourrait être utile. Notre autre idée n'est pas seulement personnelle, elle a aussi été mentionnée par quelques orthophonistes au cours de leurs entretiens : en effet, les premières minutes sont tout à fait intéressantes, mais pourquoi ne pas travailler sur les dernières minutes de séance ? Il existe de nombreux éléments en commun entre les premières et les dernières minutes d'une séance, c'est probablement la raison pour laquelle le parallèle fut établi à plusieurs reprises. Ce sujet ne mériterait-il pas d'être exploité ?

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	4
PARTIE THEORIQUE:.....	5
I. L'ORTHOPHONIE, UNE PRATIQUE QUI NE CESSE D'EVOLUER	5
A. L'orthophonie à ses débuts.....	5
1. Les prémices.....	5
2. Suzanne Borel-Maisonny et le développement d'après guerre	6
3. La place du relationnel à cette époque	7
B. Evolution de la profession	8
1. Evolution en parallèle à celle de la place de l'enfant.	8
2. Deux théories de rééducation fondées sur la dynamique de la relation	9
II. LA RELATION, LA RENCONTRE	13
A. Que signifient ces notions?.....	13
1. Définition de la rencontre, de la relation et du relationnel.....	13
2. La relation d'aide.....	14
3. La relation de soin.....	16
B. Relation et rencontre en Orthophonie.....	18
1. Orthophonie, une relation duelle.....	18
2. Bilan ou première rencontre.....	18
3. Le renouvellement d'une rencontre	23
C. L'écoute.....	23
D. La demande, l'investissement.....	25
1. La demande	25
2. L'investissement.....	26
E. Le cadre : comment l'établir et quel est son rôle	28
1. Que signifie ce terme ?.....	28
2. Etablir le cadre	29
3. Secret et Confiance.....	29
4. Spécificités et rôle du cadre	30
5. Transfert et Contre transfert	31
6. Cadre et premières minutes de séance.....	33
III. LE CORPS, SOURCE D'INDICES ESSENTIELS.....	35
A. La communication non-verbale	35
1. Spécificités de la communication non-verbale.....	35
2. Le rôle du visage : regard et expressions	37
3. Les postures et les gestes dans la communication.....	39
B. L'attitude du professionnel face à ces indices	41
1. Veiller à mettre l'enfant à l'aise	42
2. Se mettre à hauteur.....	42
3. Alternier échange et absence de regards	43
4. Observer l'enfant et mettre des mots sur ce que l'on perçoit	43
IV. L'ESPACE ET LE TEMPS.....	44
A. L'espace:	44
1. La notion de proxémie	44
2. Organisation de l'espace.....	46

B.	Le temps:.....	48
1.	Temporalité et orthophonie	48
2.	Micro-rythmes et Macro-rythme	49
3.	Les premières minutes.....	50
PARTIE PRATIQUE:		52
ORGANISATION DE L'ÉTUDE:.....		52
A.	Questionnement initial	52
B.	Problématique et hypothèses	53
C.	Méthodologie	53
1.	Choix de la méthodologie : une enquête par entretien	53
2.	Population de l'étude :	54
3.	Méthode de recueil des données	56
I.	RENCONTRE, RELATION.....	58
A.	Premières minutes : moment de rencontre ?	58
1.	Bien accueillir	59
2.	Echanger des nouvelles	59
3.	Etre à l'écoute, accepter le silence	61
4.	S'adapter au patient	61
B.	Une rencontre particulière.....	63
1.	Relation privilégiée	63
2.	La première rencontre.	65
3.	Investissement: du patient, des parents, de l'orthophoniste.....	65
C.	La rencontre n'est pas toujours possible pendant les premières minutes	68
D.	Qu'est-ce qui permet la rencontre ?	70
1.	Confidentialité.....	71
2.	Confiance: en l'autre, en soi	71
3.	Le cadre	72
4.	Disponibilité, bien être de l'orthophoniste.....	74
II.	CORPS	77
A.	Communication non verbale	77
B.	Aller chercher l'enfant	78
1.	Se saluer, saluer les parents	78
2.	Le trajet salle d'attente - bureau	80
3.	Se regarder	81
4.	Le cas particulier des petits	82
C.	L'installation	83
1.	Bien être physique, confort	83
2.	Être face à face, à la même hauteur.....	85
3.	Comment appréhender l'agitation manifestée par les patients.....	86
4.	La « solidité »	87
5.	Moment de transition nécessaire	88
6.	Les attitudes corporelles de l'orthophoniste.....	89
III.	ESPACE:	90
A.	Différents espaces	90
1.	Différents espaces dans le bureau	91
2.	Petits ou grands espaces	91
3.	De la salle d'attente au bureau, donner du sens aux déplacements.....	92
B.	Le bureau	93

1.	Un lieu accueillant, confortable	93
2.	Toujours le même espace : un espace neutre, souple, que l'on peut investir	94
3.	Plusieurs niveaux	95
4.	Respect de l'espace de chacun	95
IV.	TEMPS:	96
A.	Les différents temps du début de séance.....	96
1.	Salle d'attente et avant: Tous premiers moments	96
2.	Reprendre contact.....	98
3.	Avoir prévu:.....	100
4.	Faire des liens avec la séance précédente:	100
B.	Régularité et surprises.....	101
C.	La séance dans la journée de l'enfant et de l'orthophoniste:	103
D.	Un temps nécessaire pour l'orthophoniste.....	104
E.	Quelques minutes qui peuvent s'éterniser.	106
F.	Début de séance ou moment de transition ?	106
V.	MATÉRIEL:	107
A.	Un petit temps sans matériel	107
B.	Comment choisit-on les premières activités?	108
C.	Des habitudes, des rituels en lien avec le matériel.....	109
VI.	OBJECTIFS DE LA RÉÉDUCATION	110
A.	A quelle occasion les évoque-t-on ?.....	110
1.	Bilan et premières séances	111
2.	Les « piqûres de rappel »	111
3.	Pour faire le lien avec le matériel, avec les techniques de rééducation	112
4.	Pour faire le lien avec les autres séances.....	113
B.	Dans quel but ?.....	114
	DISCUSSION.....	116
A.	Observations générales :	116
B.	Interprétation des résultats.	117
C.	Réponse aux hypothèses de travail.	119
D.	Limites et perspectives de la recherche.	120
	QU'EN DISENT LES PATIENTS ?.....	121
A.	Présentation des résultats	122
1.	Le déroulement des premières minutes de séance	122
2.	L'opinion des patients	124
3.	Les raisons de la prise en charge.....	125
B.	Discussion.....	127
1.	Analyse des résultats	127
2.	Validation ou invalidation des hypothèses	128
3.	Limites et perspectives de la recherche.....	129
	CONCLUSION	132
	TABLE DES MATIERES	135
	Annexes	141
	QUESTIONNAIRES	142
	REFORMULATIONS.....	143
	ORTHOPHONISTES RENCONTREES	144
	TEMOIGNAGES D'ORTHOPHONISTES	145
	TEMOIGNAGES DE PATIENTS	158

Bibliographie

Ouvrages

ABRIC, J.-C. (2003). *Psychologie de la communication*. Paris : Armand Colin.

ANZIEU, D. (1985). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod.

BROSSARD, A. (1992). *La psychologie du regard*. Paris : Delachaux et Niestlé.

CHASSAGNY, C. (1977). *La pédagogie relationnelle du langage*. Paris : Presses Universitaires de France.

COSNIER, J. (1977). « Communication non verbale et langage », *Psychologie médicale*, vol.9, n°11, (pp 2033-2049). Paris

DE LA MONNERAYE, Y. (2005). *La parole rééducatrice*. Paris : Dunod.

DELFOS, M. (2007). *De l'écoute au respect, communiquer avec les enfants*. Ramonville Saint Agne : Erès.

DOLTO, F. (2006) – Préface, In VAN DEN BROUCK, J. *Manuel à l'usage des enfants qui ont des parents difficiles*. Paris : Editions du Seuil, collection Points.

DUBOIS, G. (1990). *Langage et communication*. Paris : Masson.

DUBOIS, G. (2001). *L'enfant et son thérapeute du langage*. Paris : Masson.

DUBOIS, G., KUNTZ J.-P. (1999). *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du*

langage. Paris : Masson.

FREUD, S. (1987). *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Paris : Payot.

PAVELIN, B. (2002). *Le geste a la parole*. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.

ROGERS, C.R. (1970). *La relation d'aide et la psychothérapie*, tome 1. Paris : les Editions Sociales Françaises.

SALOME, J. (2003). *Relation d'aide et formation à l'entretien*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion.

SCHAUDER, C. (dir) (2005). *Françoise Dolto et le transfert*, dans le travail avec les enfants. Ramonville Saint-Agne : Eres, coll. « Actualité de la psychanalyse ».

TAIN, L. (2007). *Le métier d'orthophoniste, langage, genre et profession*. Rennes : Editions ENSP.

VALLEE, R. (1995). *L'intervention rééducative dans l'espace du langage*. Parempuyre : Editions du Non-Verbal,

ZUNIN, L. & N. (1975). *Contact, les quatre premières minutes d'une rencontre*. Montréal : Les Editions de l'homme.

Dictionnaires

Le petit Larousse illustré (2006). Paris : Larousse.

Dictionnaire d'orthophonie (2004). Isbergues : Ortho Edition.

Dictionnaire de psychologie (1991). Paris : Puf

Mémoires

BEGUIN M., *Orthophonie et Psychothérapie*, Mémoire d'orthophonie,

Nantes, 2002.

GUEHENNEC A., *Que faire de l'angoisse en orthophonie*, Mémoire d'orthophonie, Nantes, 2008.

JEAN I. ET VANNIER C., *L'orthophonie, une histoire, un contexte...* Mémoire d'orthophonie, Nantes, 1985.

LEROUX, Y., *Le patient et ses performances, un investissement différé*, Mémoire d'orthophonie, Nantes, 2007.

MARTINEAU F., *De la relation d'aide, définie au cours du bilan entre l'orthophoniste et les consultants*. Mémoire d'orthophonie, Nantes, 1996.

Conférence et Sites Web

BRICE A. Intervention lors de la conférence du 10 décembre 2011 « La relation de soin, une rencontre singulière ».

http://ateliersT.L.C..free.fr/index_fichiers/Page370.htm

http://www.mnasm.com/files/uploads/new_Version%20impression.pdf

Annexes

QUESTIONNAIRES

Orthophonistes:

1- Qu'est-ce qui est important pour vous concernant l'espace, le temps et le matériel dans les premières minutes de séance?

2- Est-ce que vous auriez des choses à dire concernant les attitudes corporelles? (regard, toucher, posture...)

3- Est-ce un moment de rencontre?

4- Est-ce que parfois les raisons, les objectifs de la prise en charge sont évoqués en début de séance?

5- Qu'est-ce qui peut aider à installer l'enfant dans la séance (et à plus grande échelle dans la prise en charge) ?

Patients:

1- Raconte-moi comment ça se passe quand tu arrives chez ton orthophoniste.

2- Qu'est-ce que tu en penses?

3- Pourquoi tu viens chez l'orthophoniste?

REFORMULATIONS

Orthophonistes :

1-

- Quelles places ont l'espace, le temps et le matériel dans les premières minutes de séance?

Espace: Topographie des lieux, salle d'attente, disposition du bureau, distance avec le patient...

Temps : - à quoi sont consacrées les toutes premières minutes?

- On est obligé de tenir compte du temps, donc comment employer ces toutes premières minutes?

1. Matériel: De quelle façon amenez-vous l'enfant à commencer une activité?

2- Se passe t-il quelque chose au niveau corporel?

Par exemple au niveau du regard, du toucher, de la posture... Se passe-t-il des choses importantes à ce niveau là en début de séance?

3-

- En ce qui concerne le relationnel, que se passe t-il, que se joue t-il lors de la rencontre avec le patient?

- Que se passe-t-il entre l'orthophoniste et le patient en ce qui concerne la relation, la rencontre? Quels en sont les effets?

4- On s'intéresse ici au but de la rééducation, à la raison et aux objectifs de la prise en charge. Qu'est-ce qui se passe à ce niveau là en début de séance?

5- Avez-vous quelque chose à ajouter?

Patients :

1- Raconte-moi comment ça se passe quand tu arrives chez ton orthophoniste.

Tu arrives à la porte, tu sonnes (ou tu frappes), et après ?

(Si besoin d'encouragements) Et après ?

2- Qu'est-ce que tu en penses?

Est-ce qu'il y a des choses, pendant les toutes premières minutes de séance, que tu aimes beaucoup, ou au contraire que tu n'aimes pas du tout ? Est-ce qu'il y a quelque chose que tu voudrais changer ?

3- Peux-tu m'expliquer pourquoi tu viens voir Madame ... ?

ORTHOPHONISTES RENCONTREES :

Noms	Libéral	Centre	Années d'exercice	Temps des séances
C. O.	X		9 ans	30'
Y. G.	X			30'
I. C.		C.M.P.		45'
A.-S. A.-L.	X		16 ans	30'
A. B.		C.M.P.	14 ans	35 à 45'
E.T.	X		5 ans	30'
C.Ma.		C.M.P.	33 ans	35 à 45'
L.C.		C.M.P., C.M.PEA	1 an	45'
I. G.		C.M.P.	3 ans	45'
C. M.	X		11 ans	30'
Y.Y.		C.M.P., C.A.T.T.P.	37 ans	45'
M. J.		C.M.PEA	6 ans	45'
H. O.	X		12 ans	30 à 40'
G.G.B.	X		8 ans	30'
H.F.	X	A.P.A.J.H.	5 ans	30' à 1h
V. R.	X		12 ans	30'
A. D.	X		3 ans	30'
I.B.	X	C.A.M.S.P.	1 an	30' à 1h
M.D.		C.M.P.	1 an	45'
F.R.	X		7 ans	30'

TEMOIGNAGES D'ORTHOPHONISTES

Les transcriptions d'entretiens faisant en moyenne trois pages chacune, il aurait été malavisé de les inclure toutes en annexe. Quatre témoignages ont donc été sélectionnés parmi les vingt recueillis.

ENTRETIEN AVEC L. C.

Le 10 janvier 2012

Elle exerce en centre depuis deux ans.

1- Qu'est-ce qui est important pour vous concernant l'espace, le temps et le matériel dans les premières minutes de séance?

Reformulation à sa demande

Moi généralement j'invite les enfants à venir au bureau, même si certains sont réticents à rester quelques minutes. Qu'il y ait un petit temps où il n'y ait pas de matériel qui s'interpose, ça donne un petit temps, un petit espace où ils peuvent discuter. C'est ce que je recherche. Ils n'ont pas forcément quelque chose à raconter, mais « comment tu vas? ». Normalement ils racontent un petit truc, ou alors ils ont très envie de s'en aller, et on démarre, du coup, une activité.

Le Temps: ces quelques minutes de début de séance où on va papoter ça peut aussi s'éterniser tout le long de la séance, dans la mesure où certains enfants, justement, vont parler de beaucoup de choses, et on peut démarrer une activité comme ça un peu spontanément en parlant du sujet dont il parle. Donc pour le temps, j'impose la petite minute où on va échanger un regard franc, et « Bonjour » et « Comment vas-tu ». Mais je ne mets pas de limite à ce temps là, sauf si je vois dans des choses qui soit ne vont pas du tout être utilisables à des fins orthophoniques, soit parfois je ne comprends strictement rien à ce que l'enfant veut me dire. Si la situation devient gênante pour l'enfant ou pour moi, je vais écourter ce temps là, et on va passer à autre chose.

Le matériel, je l'ai déjà abordé. Le fait d'être au bureau me permet de ne pas voir de matériel qui va diriger les dires de l'enfant, mais il va trouver des choses à tripoter ici ou là si la situation lui est désagréable. Ce que je remarque c'est qu'au fur et à mesure des séances, ce temps là est de mieux en mieux accepté, de mieux en mieux utilisé.

[Aparté lieux de jeux dans le bureau:

On ne joue pas toujours sur le bureau, il y a un petit coin où on va lire là bas, si l'enfant en a envie, parce qu'il y en a certains qui n'aiment pas ce coin là, peut être parce qu'il est un petit peu enclavé comme ça. Évidemment tout ce qui est autour de la dinette on va faire ça plutôt là bas... ça dépend en fait, il y a des jeux aussi où il est agréable d'avoir plus de place, j'ai de la chance, j'ai un grand bureau, on peut faire plein de choses au sol, certains jeux de mimes pour lesquels on a besoin d'espace. Les jeux de société avec plateaux se font au bureau, mais sinon on va dans d'autres coins.

J'ai de la chance d'avoir ce bureau, avec cette table (à hauteur des enfants)

2- Est-ce que vous auriez des choses à dire concernant les attitudes corporelles?

(regard, toucher, posture...)

Le regard c'est quelque chose qui va inaugurer de la suite de la séance. Souvent quand le regard n'accroche pas pendant ces premières minutes où on échange sur des banalités, ou pas de banalités d'ailleurs... La façon dont le regard va s'accrocher ou ne pas s'accrocher c'est important. Ces enfants aussi qui ne cessent de bouger, qui ont les jambes qui tapent sans cesse contre la table, qui se mettent à genoux, qui vont grimper sur les deux chaises, se mettre dessus. Généralement plus il y a d'agitation motrice moins l'enfant est présent

Mais ça n'est pas toujours vrai non plus. Il y en a certains qui ont besoin d'avoir une activité manuelle quand ils sont en train de parler. Ça peut les défouler un peu, les canaliser... En fait la manipulation des objets ou le fait de monter et descendre de sa chaise, il y a deux manières d'envisager ça. Des fois c'est de la fuite, il s'agit d'avoir un comportement inadéquat pour que l'on fasse autre chose, ou alors ils en ont besoin. Je vois un enfant qui est excessivement tendu, tout le temps, et bien pendant un moment je lui tendais la pâte à modeler. Comme ça on pouvait commencer à discuter, à entrer dans la séance, et lui avait quelque chose à malaxer, et ce n'était pas quelque chose qu'il pourrait casser, ou quelque chose qui lui ferait mal, ou avec lequel il pourrait faire n'importe quoi.

Il y a aussi, au niveau de la disposition des chaises, l'enfant qui va se mettre ici, derrière le pot à crayons, en retrait comme ça. Celui qui est plus partant va se mettre face à moi, là où il n'est pas gêné par tout un tas de choses. L'autre place, c'est plutôt un endroit où « j'ai pas envie », « j'ai envie de tripoter des trucs ». Je ne demande pas de changer de place, pas tout de suite, j'attends un petit peu, et si je vois que finalement ça prend, je lui dis « Installe toi là, tu seras plus à l'aise, t'es coincé derrière les crayons. Généralement je leur laisse cette place là parce qu'ils se sentent protégés par toutes ces choses à toucher. Ça les rassure d'avoir quelque chose en face d'eux. C'est vrai qu'ici c'est le vide, il n'y a rien à faire. Il y en a qui font ça (appuyer sur le coté de la carte qui fait office de sous main pour faire rentrer la bosse de plastique qui ressort) aussi.

3- Est-ce un moment de rencontre?

Oui, complètement. C'est capital. Il y a plusieurs enfants, quand on réussit après plusieurs séances, à passer cinq minutes, même pas, trois quatre minutes là comme ça, c'est une grosse victoire. Il y en a certains pour qui c'est pas possible. Ils arrivent, ils foncent sur les jeux, ils s'enferment dans leur truc, la rencontre n'est pas faisable. Quand ils acceptent de s'asseoir là c'est qu'ils sont d'accord pour me rencontrer. Ce qui permet le reste après.

Ça peut arriver qu'ils ne veuillent pas, surtout avec les petits: ils ne saisissent pas, de toute façon, ce que j'attends d'eux. Pour eux, c'est normal, ils arrivent dans une pièce, il y a des jeux, ils y vont.

C'est peut-être un moment nécessaire pour moi aussi. Ça signifie quelque chose pour moi, pour eux pas forcément.

Oui, on peut faire quelque chose, mais pour moi c'est différent. Peut être que pour l'enfant ça ne l'est pas, parce que lui il vient pour jouer, et notre support va être le jeu, toujours. Mais j'ai l'impression que c'est rater quelque chose aussi, parce que dans le jeu il se joue déjà énormément de choses, justement, perdre, gagner, tous les petits objets qu'ils aiment observer, le jeu qu'ils vont aimer ou ne pas aimer. Ils vont comprendre les règles ou ne pas les comprendre. Il y a déjà énormément de choses dans un jeu à observer. Ce moment là où il n'y a pas de jeu, ça permet de voir un peu l'enfant brut, sans toutes ces questions qui vont se poser, et les choses que l'on va un peu mettre du temps à percevoir

chez lui, etc.

Je pense que l'on peut faire une séance avec un enfant qui ne veut pas s'asseoir, bien sûr, mais on est un petit peu plongés la tête la première dans tout un mécanisme qui nous échappe en partie. Quand il n'a pas cet objet là il est « tout nu » (rires), il ne peut pas se cacher derrière. Et ça permet de voir au niveau du langage clairement tout ce qu'il sait, tout ce qu'il sait pas, après les jeux vont viser à travailler ces choses que l'on a pu observer, on va dire là et là il y a un souci, on ferait bien de travailler de ce côté là ou de ce côté là. C'est un peu un deuxième temps.

4- Est-ce que parfois les raisons, les objectifs de la prise en charge sont évoqués en début de séance? (Dans quel but?)

Oui, si je vois que l'enfant n'a pas du tout envie d'être là. Là je lui demande ce qu'il pense de sa présence ici, s'il se souvient pour quoi il vient... Sinon non. En règle générale ils me répondent pour m'aider à l'école. Je pense à tous les petits qui ont des retards de langage, retards de parole, j'aimerais leur faire entendre que c'est pour être compris. Des fois j'essaie de me mettre dans leur peau, quand ils sont incompris en permanence, qu'ils doivent répéter, répéter, que ça ne passe toujours pas. Je ne sais pas, pour beaucoup, si ils peuvent percevoir ça, qu'ici on est là aussi pour travailler ça, pour les aider à être mieux avec les autres, et mieux avec eux-mêmes du coup. Ça renvoie à des choses un peu complexes. Mais oui, si je vois que l'enfant n'a vraiment pas envie d'être là, qu'ils n'a qu'une envie, c'est de repartir, je reparle un peu des objectifs, des raisons pour lesquelles il est là. L'enfant qui n'a pas envie d'être là, au bout de très peu de temps il va trouver des choses qui vont l'intéresser, et les objectifs attendent, on essaie déjà d'être bien ensemble. Il y a un enfant, je le laissais jouer tout seul, il en avait besoin. ¾ d'heure avec une interaction permanente, comme ça, c'était lourd, donc on faisait des choses ensemble, ou alors on commençait par un temps où il pouvait tout sortir, faire son truc ; c'était un enfant qui jouait beaucoup tout seul ; après il rangeait et on s'y mettait. Maintenant c'est un enfant qui réussit à rester au bureau, qui réussit à jouer, c'est un enfant qui grandit. Trois quart d'heure, c'est long, c'est fatigant, ça nécessite de la concentration, de l'attention, ils sont fatigués au bout d'un moment.

5- Qu'est-ce qui peut aider à installer l'enfant dans la séance (et à plus grande échelle dans la prise en charge) ?

Être sympa.

Les jours où on est fatigués, les enfants le ressentent tout de suite, et ils sont beaucoup moins disponibles, beaucoup moins enclins à ... Donc être sympa, disponible, souriant...

C'est très très rare que je dise « aujourd'hui, on fait ça. », la plupart du temps, c'est eux qui choisissent. Dans une grande majorité de cas, même avec les petits, ils savent ce que l'on fait ensemble, ce pourquoi on est là. J'ai cette impression. Peut être qu'eux le voient à leur échelle et moi à la mienne, mais en règle générale ils vont se tourner vers des choses où oui c'est adéquat, il y a quelque chose à en faire. Il y a certaines choses où je dis non, comme pour une petite fille qui a des soucis de bégaiement et qui se tourne vers des jeux qui l'énervent énormément, là je vais refuser. Mais en règle générale c'est eux qui choisissent et ça je sais qu'ils aiment bien. Au début ils ne vont pas trop aimer, ils se disent « mais qu'est-ce qu'elle attend », mais après ils sont contents, ils se disent « aujourd'hui je

choisis ça, mais la prochaine fois on essaiera ça... ». Ça ils aiment bien.

Tout ce qui va les surprendre, dans le bon côté du mot. Pas les apeurer, les surprendre, quand ils ont un peu de mal à trouver quelque chose, quand ils ont un peu fait le tour des jeux... Si moi je leur dis « Et si aujourd'hui on faisait ça ? ». Ils savent qu'ils ont le choix, et généralement ils aiment bien être surpris comme ça.

Ils aiment bien aussi refaire les mêmes choses, souvent, souvent, souvent.

Voir leurs parents aussi, de manière assez régulière, c'est important aussi. Pour beaucoup c'est faire le point avec les parents, parler de leurs progrès. D'ailleurs, en ce qui concerne ces rencontres, à la séance d'avant, je dis « on va voir tes parents, qu'est-ce que l'on leur dit? ». D'une part ça les surprend, de l'autre ils aiment bien savoir d'abord ce qui va être dit. « J'aurais ça et ça à dire, est-ce que tu es d'accord ? Qu'est-ce que tu en penses? Est-ce que c'est vrai? ». Ça, ça les met en confiance.

Leur dire aussi pour certains qu'ici ce n'est pas l'école, que ce n'est pas une obligation, qu'autant il est obligé d'aller à l'école tous les jours, autant si l'orthophonie et venir en séance d'orthophonie ça devient trop difficile, trop pénible pour x raisons, on peut aussi s'arrêter, ou espacer les séances, ou en parler avec ses parents, appeler l'institut... Baliser. Ne pas faire la surprise.

Je vois un enfant dont la mère est assez intrusive, et il est assez insécurisé ici. Il sait que sa mère vient, qu'elle peut rester toute la séance... Moi aussi ça me pose problème, mais je n'arrive pas à la mettre dehors.

Donc prévenir d'une fois sur l'autre de ce qui va se passer, être prévenant.

ENTRETIEN AVEC C. M.

le 12 janvier 2012

Elle travaille uniquement en libéral, ses séances durent 30 minutes.

Elle exerce depuis 11 ans.

1- Qu'est-ce qui est important pour vous concernant l'espace, le temps et le matériel dans les premières minutes de séance?

Concernant l'espace, c'est que l'on ait le même. Que dès le début de la séance on puisse sentir que l'on ait un espace commun. C'est à dire que les enfants qui partent tout de suite vers un jeu tout seul, pour faire un choix tout seul, moi ça me dérange pour commencer une séance.

Pour le temps, je ne veux pas qu'il n'y ait pas du tout de mise en place de séance, je ne veux pas que ce temps là soit à zéro. J'accepte qu'il soit long si je sens qu'il y a besoin: soit de la part des parents si ils rentrent avec l'enfant, soit de la part de l'enfant.

Dans les toutes premières minutes il est rare que l'on en soit au matériel. Soit on avait parlé de quelque chose la séance précédente et l'enfant attend depuis une semaine de le sortir parce que l'on se l'était promis, là il est le lien avec la séance d'avant, donc on va le chercher tout de suite. Mais j'ai plus l'habitude de poser les choses avant, dans notre relation, d'essayer de faire le lien avec la séance d'avant, avant d'aller vers le matériel.

2- Est-ce que vous auriez des choses à dire concernant les attitudes corporelles? (regard, toucher, posture...)

Même si je fais en sorte que ça n'arrive pas trop, les petits peuvent parfois venir m'embrasser, venir dans les bras...voilà. Dans ces cas là moi je me mets à hauteur, j'accepte sans problème, mais ce n'est pas moi qui vais vers ça.

Après au delà de cet âge là et pour les autres il n'y a pas de contact. Par contre j'impose qu'il y ait un contact regard avant que tout commence. D'où pas de matériel, d'où on se pose d'abord au bureau ou dans le bureau, mais en tout cas qu'il y ait un face à face avant de commencer quoi que ce soit. Qu'il y ait une reprise de contact.

3- Est-ce un moment de rencontre?

Oui, je le vois vraiment comme ça. D'où la nécessité qu'il y ait vraiment un contact et visuel et éventuellement verbal quand c'est possible

Il y a besoin qu'il y ait cette rencontre là, même si à chaque fois on ne reprend pas tout de zéro, forcément. Mais on s'est quittés une semaine, il y a forcément des expériences qui se sont faites d'un côté et de l'autre, et je trouve ça toujours intéressant d'essayer de les partager en début de séance, si chacun en a envie bien sûr. Mais oui j'ai l'impression d'avoir besoin de retrouver à chaque fois. D'ailleurs ça arrive souvent que les enfants une fois qu'ils sont assis me demandent tout de suite « Qu'est-ce que l'on fait? », d'abord souvent je ne peux pas leur répondre, tant que je n'ai pas remis le nez dans le dossier, et puis je ne peux pas passer à ça tout de suite. J'ai besoin de le retrouver, et en mettant le nez dans le dossier retrouver aussi ce qu'il est, et ce que je sais de lui, pour pouvoir faire un choix de matériel si ça n'a pas encore été fait, ou un choix d'activité, pour repartir sur une séance de rééducation. Donc j'ai deux trois petites choses à me remémorer et à actualiser avant de commencer quelque chose. Souvent c'est un mélange de ce qu'il y a dans mon dossier et de ce que l'enfant m'apporte. Parfois je ne vais pas du tout tenir compte de ce qu'il y a dans mon dossier parce que ce sont eux qui me guident.

4- Est-ce que parfois les raisons, les objectifs de la prise en charge sont évoqués en début de séance? (Dans quel but?)

Oui. Les situations les plus fréquentes sont:

quand l'enfant vient à reculons. Alors ça soit je le vois, je lui demande « tiens, ça va pas trop aujourd'hui? » et les parents me disent « en effet aujourd'hui il n'avait pas très envie de venir ». Soit ce sont les parents qui me disent directement qu'aujourd'hui il n'y avait pas trop de motivation. Dans ces cas là, dès le début on cherche à savoir pourquoi et ça peut nous amener à refaire un point sur les objectifs de notre travail.

Avec les adolescents on sent dès le début, déjà quand l'attitude corporelle n'y est pas. Il n'y a pas de motivation du tout, il n'y a pas conscience de la nécessité du travail. Dans ce cas là ça m'arrive de dire dès le début « Bon, t'as pas l'air motivé, je te réexplique pourquoi t'es là, on reprend le bilan... » parce que commencer une séance comme ça c'est juste pas possible.

En dehors de situations comme ça où le contact patient-professionnel est un peu biaisé, où il y en a un des deux qui ne joue pas son rôle, en dehors de ces situations là je ne reprends pas les grands objectifs de la prise en charge. Je reprends ce que l'on a fait la fois d'avant, souvent, j'essaie de faire le lien, mais pas les grands objectifs. Pas au début en tous cas.

5- Qu'est-ce qui peut aider à installer l'enfant dans la séance (et à plus grande échelle dans la prise en charge) ?

Que son ou ses parents l'accompagnent dans le bureau. Il y a des petits pour qui c'est important. Ça permet d'être rassuré sur le fait que Papa ou Maman sait où je suis, puisque c'est lui qui m'a accompagné, ça permet de ne pas casser un lien trop rapidement. Ça, ça peut aider pour les tout-petits.

J'ai remarqué aussi que le contact se réinstallait plus facilement quand avant, dans la salle d'attente, j'avais moi-même eu un contact avec les parents et l'enfant. Ça peut être sur « comment s'est passée ta semaine », les parents qui font des remarques, l'enfant qui reprend. Ça crée un petit échange avant de commencer quoi que ce soit. Ça je trouve que ça aide souvent, surtout avec les petits encore une fois, parce que le lien se fait directement avec Papa ou avec Maman et du coup il n'y a pas de césure, et la suite se fait facilement après dans mon bureau.

Après, pour les plus grands, j'aime bien toujours demander ce qui s'est passé dans la semaine, si il y a des choses particulières. D'abord c'est toujours intéressant, et puis je trouve ça toujours intéressant de voir comment ils sont capables de raconter ce qui n'est pas sous mes yeux. C'est d'ailleurs souvent très difficile pour les enfants qui ont des troubles.

Les faire parler de ça m'aide. D'abord ça me laisse le temps de jeter un coup d'œil dans le dossier et ça ne crée pas de blanc, ça nous installe tous les deux dans quelque chose de commun: qu'il me raconte quelque chose que lui sait, et moi pas, ce qui est malheureusement pour lui du coup assez rare dans le reste de la prise en charge, il me met donc dans un cercle que lui seul savait jusque là, et du coup ça nous crée un petit espace commun, qui nous permet à deux de démarrer un peu quelque chose.

Les autres installations, je dirais que ce sont les plus courantes. Ou éventuellement tout de suite lui demander de me rappeler ce que l'on a fait la fois d'avant, sachant que je le guide avec ce que moi j'en sais.

En fait je ne me suis jamais trop posé la question pour quand il n'y a pas de difficulté à installer la séance. Quand c'est difficile de démarrer une séance parce que l'enfant est trop agité, ou que ce jour là il n'a pas envie, ou qu'il n'est pas motivé... trop agité, je dirais que là d'autant plus je crée un moment de pause et de contact, de façon à ce que même déjà physiquement il puisse se reposer un petit peu. Quand il n'y a pas de motivation, comme je le disais je reprends les objectifs de la prise en charge et éventuellement j'ouvre un petit peu plus la discussion sur ce qui ne convient pas et sur ce que l'on pourrait changer.

Après ça peut être que les parents fassent le début de séance avec nous, quand vraiment c'est une histoire de motivation, ce qui est heureusement assez rare, ou qu'il s'est passé quelque chose d'important dans la semaine ou dans la journée et que je vois parents et enfants dans la salle d'attente faire grise mine, ça m'arrive très fréquemment dans ces cas là de faire rentrer tout le monde et d'évoquer ce qui est difficile, si ça concerne la rééducation en tous cas, et l'enfant. Et d'essayer de faire ressortir tout ça de façon à ce que l'on puisse continuer, cette fois là ou la fois d'après de façon plus sereine.

(En plus)

D'un enfant à l'autre, c'est assez variable.

Les premières minutes: un temps surtout important pour l'orthophoniste. L'enfant est déjà prêt, dès la salle d'attente, à attaquer, alors que l'orthophoniste a besoin de sortir le

dossier, de s'y remettre...

ENTRETIEN AVEC V. R.

le 20 janvier 2012.

Elle travaille uniquement en libéral, ses séances durent 30 minutes.

Elle exerce depuis 12 ans.

1- Qu'est-ce qui est important pour vous concernant l'espace, le temps et le matériel dans les premières minutes de séance?

Les premières minutes de séances vont commencer où... en général, je finis la séance d'un autre patient et j'entends le prochain rendez vous qui arrive. À la façon dont il sonne et monte les escaliers déjà ça me donne une indication. Déjà pour moi ça c'est un mini début. Évidemment je le mets dans un coin car je suis quand même avec l'autre enfant mais c'est un premier indice. Donc cet espace là il est important. Après le deuxième espace c'est la salle d'attente. Parce que du coup quand je vais chercher l'enfant, les mots sont toujours les mêmes: bonjour, ça va bien aujourd'hui? Je dis juste un petit truc afin de créer le contact. Mais à la façon dont la maman se tient, ou le papa, ou l'accompagnant, à la façon dont l'enfant me regarde, déjà ça me donne un indice. Et cet indice là va avoir des conséquences sur la façon dont je vais me comporter dans les premières minutes. Si au départ je n'ai rien ressenti dans la salle d'attente, je vais venir, c'est moi qui ferme la porte, l'enfant s'installe, puis le rituel, C'est dire « Ça va? Tu vas bien aujourd'hui? » Si je le vois en fin de journée: « la journée s'est bien passée? L'école? » Et en même temps en général je prends le dossier, et je fais attention aux rythmes, etc.. à la façon dont il me répond en fait. Si je m'aperçois qu'il y a un petit truc, j'arrête de prendre le dossier et du coup je me retourne en fait. Ou s'il y a quelque chose d'important qui arrive. Souvent, les enfants ne vont pas forcément lâcher plein de choses, pas tous en fait. Il y a des fois on a juste un « Ouais ouais ça va ». Du coup je fais mes petites affaires, je prends le dossier, je pose, je marque la séance de l'enfant. Voilà. Ou alors c'est l'enfant qui prend le dossier, ça arrive aussi, il y a des fois où ils ont envie.

C'est vraiment au feeling. Il y a des enfants qui n'accrochent pas les cinq premières minutes, j'en ai qui plongent la tête dans les caisses. Avec certains, j'ai créé le rituel des cinq premières minutes où chacun reste dans son coin. Un enfant en particulier avait besoin de ce temps là pour fffffff lâcher. Une fois que je l'ai instauré, au bout de quatre ou cinq séances il ne l'a plus pris. Il y en a d'autres qui ne viennent pas s'asseoir là, ils viennent sur les petits poufs là, il y en a d'autres qui vont plonger direct dans les jeux. Là par contre, je les rappelle je dis « ben attends, je regarde dans le dossier... » On regarde ce que l'on a fait la dernière fois. Je ne suis pas très intrusive dans le questionnement au départ. Je ne vais pas aller leur dire « Bon alors, qu'est-ce que t'as fait aujourd'hui? ... ». Je laisse l'espace libre.

C'est assez rare que dans les cinq premières minutes il y ait un jeu qui arrive. De toute façon c'est non. Dans les cinq premières minutes il faut qu'il y ait cette relation qui s'instaure, elle est importante après pour le fil de la séance.

Donc souvent ça tourne autour du dossier, il y en a qui les investissent à fond, qui du coup ont besoin de prendre le dossier, d'écrire la date. Ce dossier il sert d'intermédiaire un petit peu.

La chaise sert d'intermédiaire aussi. Il y a des enfants qui ne veulent que cette chaise là et plus celle ci. Donc il y a un petit jeu de changement de chaise. C'est marrant

parce que du coup ça crée de la vie, chacun essaie de se créer son espace.

2- Est-ce que vous auriez des choses à dire concernant les attitudes corporelles? (regard, toucher, posture...)

Justement, ce que je considère important, c'est quand l'enfant arrive, le corps de l'enfant va me parler sur sa façon d'être. Les enfants qui sont en général dynamiques et qui un jour traînent des pattes, je sais d'emblée qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Donc du coup moi je vais m'adapter à ce truc là. C'est à dire que je vais continuer mes rituels, ces rituels là sont posés, mais ils vont se faire un peu différemment en fonction de ce que l'enfant me présente en fait.

Du coup moi mon corps... je vais pas me poser d'emblée en fait quand j'arrive. Je ferme la porte, l'enfant s'installe, je regarde un peu comment il investit le lieu. Je vais pas directement me poser et (me placer devant l'enfant, en avant) je trouve ça hyper intrusif en fait. Au niveau corporel je vais faire exprès d'être à la fois très présente mais en même temps laisser de la place. Soit du coup je vais prendre un crayon... ça dépend comment je le sens en fait. Après pendant la séance je ne suis pas forcément à la même place, je change, mais pendant les premières minutes ça reste du face à face.

3- Est-ce un moment de rencontre?

Oui. C'est un premier contact en fait. Je fonctionne très à l'intuitif, donc ce premier contact qui se passe dans la salle d'attente, parfois je sens des choses que je ne peux pas expliquer, je le ramène dans mon bureau en me disant « J'ai senti un truc en fait ». Il y a des fois, ce n'est pas assez fort pour que je le reprenne en fin de séance mais il y a des moments où je me dis il va falloir que je pose des questions. Ça, ça va se faire après, je laisse murir un peu les choses en fait. Après c'est une rencontre mais il y a besoin de plein d'autres choses pour que la rencontre s'installe.

Ces cinq premières minutes, c'est peut être aussi le temps d'un passage. Ils arrivent, ces enfants, d'un truc, ils ont besoin d'arriver jusqu'à moi et du coup on est dans une transition. Moi c'est pareil, je viens de fermer la porte avec un autre, j'en reçois un nouveau, et parfois ces cinq premières minutes servent de transition. Si la séance précédente a été lourde, ou riche de trucs... Moi, les rituels me servent aussi pour lâcher le truc d'avant, puis me dire hop, je me recentre. Donc il sert de passage aussi je trouve, pour les deux. Des fois l'enfant est plus en avance que moi. Il est déjà dedans que j'y suis pas tout à fait encore. Il y a aussi des enfants qui ont besoin (de temps pour rentrer dans la séance) qui n'y sont pas alors que moi je suis déjà là. Il y a des fois où on est décalés. Donc la rencontre ne se fait pas tout de suite. Ce n'est pas systématique.

4- Est-ce que parfois les raisons, les objectifs de la prise en charge sont évoqués en début de séance? (Dans quel but?)

Pas souvent. Je fais plus un rappel de ce que l'on a fait la fois d'avant, voir comment ça a été investi, de éventuellement est-ce qu'ils ont une idée de ce qu'ils voudraient faire.

Après si vraiment il y a un caractère systématique de faire un petit jeu et de ne pas

investir ce que je propose, là à ce moment là je vais peut être réexpliquer pourquoi ils viennent. Mais je ne le fais pas forcément en début de séance.

5- Qu'est-ce qui peut aider à installer l'enfant dans la séance (et à plus grande échelle dans la prise en charge) ?

Le prendre tel qu'il est tel qu'il arrive. Moi quand ils arrivent je les prends tels qu'ils sont. Il y en a qui sont fougueux, il y en a qui sont amorphes. Je verbalise parfois ce que je ressens et je me laisse embarquer un peu dans l'univers dans lequel ils sont. J'ai des idées un peu de rééducation, mais je laisse un espace très très grand à leur univers. Et du coup je pense qu'aller à la rencontre de leur univers ça leur permet d'aller à la rencontre du mien, et que les choses se font. Après les exercices pratiques, les exercices cadrés, c'est un peu secondaire pour moi en fait. Quand l'enfant est reconnu pour ce qu'il est, ce qu'il est complètement, ça se met à bouger.

Après ce qui est compliqué c'est d'arriver à les reconnaître, à faire sauter tous les petits murs qui les enferment.

Les installer dans la prise en charge, je vois au delà de ce cabinet, je vois les liens avec les instits, le lien avec les parents, le lien avec tous les intervenants en fait. Pouvoir aller voir un instit et lui dire « Moi j'ai aussi perçu ça, ça ». Faire des échanges de regards ça permet d'arrêter d'écraser l'enfant dans son truc et de pffouuu (élargir?) voila.

On ne sait pas trop ce que les enfants viennent chercher ici. On sait que l'on a un rôle à jouer, après...

Moi je me laisse embarquer. J'ai une petite trisomique, elle m'embarque dans ses trucs, on se roule par terre, j'adore. J'entends d'autres choses, les trucs psychologiques, je les prends, j'entends, mais j'ai aussi envie d'ouvrir les sentiers. Mais ça ne marche pas à tous les coups.

Des fois, je ne suis pas bien lunée, ça ne marche pas. Il faut être disponible, c'est ça qui n'est pas simple, il faut faire abstraction de nos propres bagages. Et il y a des jours où les bagages sont lourds, plus lourds en tous cas. On le sent, en général si on arrive et que l'on n'est pas disponible, les rééducations vont être vraiment différentes.

Après quand je dis que je me laisse embarquer, j'ai un certain cadre quand même. Je me laisse embarquer de manière cadrée.

Mais c'est vrai que les séances où on est hyper présents, où on est vraiment dans l'écoute de l'enfant, il se passe des trucs, plus que quand on est (distrain). Les cinq premières minutes, des fois elles sont comme ça (on est distraits), et c'est le reste de la séance qui va faire que l'on se pose.

Il y a des séances où il s'est passé des trucs super, t'es un peu dans l'euphorie de la séance précédente, donc il faut passer à autre chose, fermer le dossier, prendre l'autre, c'est assez symbolique du coup.

C'est vrai que ça me permet de me poser. J'ouvre le dossier, je mets la date, je relis ce que l'on a fait avant, tout ça. Du coup avant de faire la rencontre avec ce qu'il amène là, dans la seconde, on fait aussi d'abord la rencontre avec ce qu'il était la semaine d'avant, et puis on fait un petit mélange de tout ça.

Je me rends compte que les choses bougent quand il y a du lien de fait. Plus on coupe nos regards, plus on échange, plus on permet à tout ce qui était en train de confiner l'enfant de sauter. On rouvre l'espace. Ça prend du temps.

Il y a aussi l'individuel qui est important dans ce que je découvre de lui. Après je sais que ce que je découvre, c'est aussi d'une certaine manière orienté. On voit aussi en fonction de ce que l'on est. L'enfant, je le vois d'une certaine manière, il va être perçu d'une

autre manière, et je sais pas qui a raison, qui a tort. Plus on échange, et plus ça refait la richesse de l'enfant. Mais les adultes aussi c'est pareil.

Ces premières minutes de contact sont hyper importantes dans les indices, ça te donne des indices. Après des fois tu peux être à côté de la plaque. Des fois, j'ai cru percevoir des trucs et puis je suis à côté de la plaque.

Et puis des fois tu captés rien dans les premières minutes et après il y a un truc qui se lâche dans la dernière minute, au moment où tu ouvres la porte. C'est important aussi ces dernières minutes, ça peut être le moment où ils vont lâcher le morceau.

Les premières minutes disent beaucoup de choses aussi de l'investissement qui a été mis dans la prise en charge et de l'investissement que peut mettre l'enfant aussi dans le travail en général. Un enfant qui a envie de progresser, qui a investi la prise en charge à fond, en général il ne va pas chercher des jeux tout de suite en fait. Il s'assoit. L'enfant qui se disperse dans le bureau, en général, il y a quelque chose de ... on sait que l'on va être dispersé dans la prise en charge. Ça peut être des petits signes de choses longues à mettre en place quant à la motivation et tout.

ENTRETIEN AVEC G. G.-B.,

le 20/01/2012.

Elle exerce en libéral, ses séances durent 30 minutes.

1- Qu'est-ce qui est important pour vous concernant l'espace, le temps et le matériel dans les premières minutes de séance?

L'espace est très important pour moi. J'ai toujours à cœur d'allumer des petites lumières, d'allumer une petite bougie, de faire diffuser des huiles essentielles ou de l'encens. Ça me paraît très important le cadre sensoriel. C'est pour ça que j'ai toujours à cœur le balcon fleuri, autant que possible, parce que je mesure que c'est un temps qui est précieux de venir ici, et il faut que tout de suite l'alliance elle soit faite au maximum et déjà que l'on s'y sente bien. Donc avant même le matériel, déjà moi, le cadre.

Le matériel. Ça m'arrive, le plus fréquemment possible, de prévoir le petit jeu, le matériel sur lequel je pense que l'on va travailler. Mais fréquemment, selon les premières minutes de séance, je réévalue en me disant que là, pour aujourd'hui, étant donné l'humeur, étant donné la manière d'être de l'enfant, je revois. Mais ça me rassure d'avoir prévu, dans le cadre du travail, des objectifs de travail, et en même temps cette souplesse qui est je pense nécessaire cliniquement aussi pour être en accord avec le patient.

Les premières minutes, c'est aussi avant d'être dans le bureau, le premier instant, c'est de sonner à l'interphone. Parfois, cliniquement, c'est intéressant de voir comment ça va sonner à l'interphone. Si on a TUUT TUUT TUUUT tout de suite on a une espèce de nervosité qui est induite par la manière de sonner. Ça se parle après. J'accueille, je vais accueillir directement plutôt que d'ouvrir, je trouve ça plus chaleureux. Le cadre du cabinet implique que l'on sonne à l'interphone, et après on rentre, on s'installe dans la salle d'attente, mais dans 80% du temps, quand je ne suis pas avec un patient, je vais accueillir. Parce que je trouve que c'est plus chaleureux aussi, « bienvenue ». Je dis très souvent d'ailleurs ce mot là. « Bienvenue ». Parce que je trouve qu'il est important.

Et puis il y a ce petit moment, il y a différents cas de figure finalement, parce que il y a aussi la situation où je suis déjà en séance, je vais chercher mon patient dans la salle d'attente, et là: Est-il à huit ans sur les genoux de maman? Est-il en train de manger une Pom'Pote et du pain de mie? Là tu as des indices sur « ah, d'accord, il a toujours de la nourriture mixée dans son goûter ». Le papa est-il sur son Iphone alors qu'il attendait

pendant cinq minutes avec son enfant et qu'il y a quand même des livres à disposition dans la salle d'attente. Donc la séance commence tout de suite. Elle commence aussi quand je vais le chercher dans la salle d'attente et je repère que les toilettes ont été allumées, la porte des toilettes est restée ouverte et la chasse d'eau n'a pas été tirée. C'est très très riche, tout de suite. Ça m'arrive d'ailleurs, avant même que l'on commence, de noter: toilettes ouvertes, papa absorbé par son Iphone, ... C'est pour ça que je trouve que c'est une mine d'or ton sujet.

Et puis, il y a aussi la manière dont c'est introduit. La maman qui « Je voulais vous dire hein, j'ai vu la maîtresse, ça va pas du tout » (sur un ton anxieux, précipité). Là on peut imaginer que dans la voiture c'était déjà cette même ambiance pour l'enfant. Ou alors l'enfant qui est là, tranquillement, assis sur la chaise, qui a son cahier - parce que moi je travaille beaucoup avec des petits cahiers, des supports, des traces, j'aime bien laisser des traces. Quand il est avec son petit cahier, on voit déjà que quelque part la séance a déjà commencé. Parce qu'il est assis, qu'il a son petit cahier, voire même il le regarde.

Après une fois que l'on est dans le bureau, il y a toujours ce petit moment où on refait connaissance en fait. « ça va? Tout va bien? Ça c'est bien passé ta semaine? ». C'est vrai que pour moi l'éveil sensoriel est très important, donc par exemple ce matin j'ai fait brûler de l'encens, et S. arrive, il est en CE1, et il me dit « Ah ça sent le barbecue! ». Donc du coup c'est l'occasion aussi de discuter. Je change assez souvent la déco, je rajoute, j'enlève... C'est aussi des moments où il est intéressant, quand ils arrivent, de voir s'ils sont attentifs à l'espace. Je change aussi la disposition du bureau, donc « Ah, t'as encore changé? » « Bah oui, j'ai encore changé », donc se réapproprier (l'espace). Ou alors un nouveau jeu à disposition. Tu vois, j'ai acheté mercredi ce carillon. Mon idée est de commencer la séance avec certains enfants en faisant sonner ce petit carillon, et peut être que j'en ai besoin moi aussi. Tout comme en général on a ce petit bruit quand on arrive dans certaines boutiques.

Il arrive que j'aie cherché un enfant, et je n'ai pas rangé le matériel utilisé avec le patient précédent. Souvent c'est une source intéressante, cette transition d'un patient à l'autre. Par exemple hier, avec un patient de trois ans, on a utilisé des boîtes gigognes, celles-ci sont pour les petits, elles sont assez grosses, tout était par terre. Ensuite C., qui est en maintien de grande section, donc un petit peu plus grande, et en même temps en échec scolaire est entrée, et je lui ai demandé si elle voulait bien m'aider à les ranger. Elle était ravie. Je ne peux plus utiliser un support comme celui là qui est quand même très enfantin avec C., par contre elle a été en réussite, pleinement, avec le matériel utilisé précédemment. Et puis voilà, là je suis en cours de partie de dix de chute avec G., que j'ai commencée mardi, donc je l'ai mis là, en l'air, parce que l'on n'a pas fini la partie, donc c'est vrai que ça peut être « Ah bah tiens, on pourrait jouer? » « Bah là tu vois on a commencé la partie avec G., mais la semaine prochaine je vais noter sur ton dossier que tu veux y jouer. Il y a du fil conducteur parfois, en début de séance, on pose des galons pour la séance suivante.

Souvent, les patients apportent eux-mêmes des sujets, déposent des sujets en début de séance. « Bah tu sais, je vais voir mon papa le weekend prochain! ». « D'accord, ça fait longtemps que tu ne l'as pas vu? » « Bah je sais pas trop ». Alors hop, on reprend le calendrier, on recherche,

2- Est-ce que vous auriez des choses à dire concernant les attitudes corporelles? (regard, toucher, posture...)

Moi j'aime beaucoup voir la manière dont les enfants gèrent leur manteau. Là c'est l'hiver, ils sont emmitoufflés de bonnets et autres, et puis étonnamment certains patients

pourraient rester avec leurs manteaux. Donc après on peut voir aussi le côté psychologique de l'enveloppe qui rassure. (*anecdote sur une enfant de CE2, passive, qui garde son manteau, pour qui le fait de retirer le manteau n'est qu'une obligation, sans lien avec un ressenti physique « jeune fille qui est tellement coupée de ses sensations corporelles qu'elle ne s'est pas rendue compte » du côté confortable à l'absence de manteau*). Il fait très bon dans le cabinet, parce que ça induit de se relâcher, si on a froid, on n'est pas détendu.

Dans un autre ordre d'idée on a aussi l'impulsivité corporelle, où, à peine ils arrivent, ils ne disent pas bonjour, et puis ça y est, ils sont chez eux, ils se mettent à jouer. Là il est intéressant de « Bonjour! »: rentrer en contact.

Qu'y a t-il encore ? Je travaille avec beaucoup de très jeunes enfants, et il y a ce passage de la salle d'attente avec Maman à ici. Il y a ce lien à faire. Souvent, c'est un peu comme une invitation à danser, on fait une petite queue leu leu, je les suis... C'est très rare que je les prenne par la main. J'ouvre la porte (avec un geste indiquant) « tu peux t'installer, tu peux rentrer ». Quand ils sont un peu réticents encore, un petit coup de pouce corporel.

Après il y a « Où est-ce que l'on pourrait l'installer ce manteau? », il y a cette recherche.

Et puis avec les pitchounes, naturellement, je me mets à leur hauteur, bonjour. C'est arrivé qu'avec des très jeunes, un peu réticents à couper avec Maman, je laisse la porte ouverte. Notamment le vendredi où je suis toute seule au cabinet. On est chacun dans un lieu, dans un espace, mais on a quand même les portes ouvertes.

Autrement j'ai cette petite table autour de laquelle il y a quatre chaises. J'ai souvent des stagiaires. Avant, je n'avais pas quatre chaises, mais je trouve qu'aussi c'est intéressant que les parents puissent s'asseoir, plutôt qu'un enfant, l'orthophoniste, et puis le parent qui vient sur une chaise supplémentaire, parfois, en début de séance. On est tous à la même hauteur, ça me paraît important.

3- Est-ce un moment de rencontre? (Si oui: Pourquoi?)

Ah bah bien sûr. Rencontre, se mettre en accord... c'est un accordage en fait. Des retrouvailles. Et puis c'est un moment très particulier, le début de la séance, parce que pour moi, le travail, avec mes patients, c'est des histoires. Des histoires de patients, des histoires de famille, des histoires d'école. Je retrouve une histoire en fait, que j'ai laissée la semaine précédente. Il y a ce moment de transition, très particulier, où on se réadapte, en fonction de l'âge, en fonction de l'histoire. L'histoire portée par le patient, et ses parents, et tout son bagage. C'est vrai que pour moi c'est des moments où c'est comme un bal, ou au début d'une nouvelle chanson, où on se réadapte au rythme par rapport à la chanson précédente. On est toujours dans le même corps, on est toujours la même personne qui aime danser, et en même temps on a un nouveau rythme.

Le rythme, c'est intéressant ce mot là. Il y a des enfants qui vont être très hypotoniques, très passifs, très timides, très introvertis où là c'est vraiment de l'invitation à s'exprimer, à l'énergie, à la vitalité. Les enfants au contraire qui sont des tempêtes à eux tous seuls, ça se pose par la voix, la respiration aussi, (la façon dont on s'adresse à eux). On est caméléons.

Moi ça m'amuse, je trouve ça très riche d'être dans cette recherche (*Anecdote sur une patiente qui la veille a montré une régression, et pour qui elle a du réévaluer ce qu'elle avait prévu, au vu du comportement et du niveau d'excitation de la petite*) J'ai vu là où elle était et je suis allée la rencontrer là où elle était. Et je ne l'ai pas formatée pour qu'elle puisse jouer aux mikados.

Mon cheval de bataille, c'est la respiration nasale, que je trouve essentielle dans la pratique. Ces enfants qui arrivent le nez complètement pris. Là, la première chose est « Oh,

il va falloir que l'on se mouche! ». C'est pas forcément prévu ça.

4- Est-ce que parfois les raisons, les objectifs de la prise en charge sont évoqués en début de séance? (Dans quel but?)

Ça m'arrive de poser la question « est-ce que tu sais pourquoi tu viens me voir? » Je le propose souvent quand je vais chercher un enfant dans la salle d'attente et que l'on me dit « vous savez, il n'avait pas très envie de venir ». Sachant que quand l'enfant dit ça, qu'il n'a plus envie de venir, c'est que l'on arrive à la fin. Donc je les félicite toujours « C'est très intéressant de me dire ça! ». Il y a vraiment du génie chez les enfants, car tant qu'ils en ont besoin, ils viennent avec plaisir. Quand ils commencent à ne plus trop être motivés, c'est qu'ils peuvent être autonomes.

Je ne le fais peut être pas assez souvent. On le considère un peu comme acquis alors que (pas toujours).

On commence souvent par dire quel jour on est, alors après pas la date conventionnelle, scolaire mais plus dire en quelle saison on est, faire des liens avec l'anniversaire, des ponts avec son histoire.

Quant aux objectifs... je le fais finalement quand je propose un jeu. Je ne le fais pas forcément en début de séance. (Exemple du dix de chute: besoin d'anticiper, comme il faut anticiper quand on est en classe, ou face à un problème).

5- Qu'est-ce qui peut aider à installer l'enfant dans la séance (et à plus grande échelle dans la prise en charge) ?

Le plus important, à mes yeux, c'est la confiance des parents. Pendant mes bilans, je me sens comme le détective qui va repérer les indices qui vont me permettre de poursuivre l'enquête et de résoudre l'enquête, et surtout l'alliance, la confiance des parents. Donc cette confiance, je la nourris aussi en début de séance, avec le petit regard complice avec les parents. C'est pour moi le plus important. Si j'ai la confiance des parents, pour moi c'est bon signe.

Pour les enfants... De par ma nature, l'enthousiasme, la joie, le plaisir. Le plaisir de travailler ensemble... Même si on dit qu'il y a beaucoup de travail, le punch, ça aide quand même bien. J'avoue franchement que ça roule aussi parce que moi je me sens bien ici, et que j'y passe du temps, dans la déco, dans mes petites lumières et tout ça. Que l'orthophoniste se sente bien, c'est un pré-requis qui a toute sa valeur pour l'enfant.

Ce qui m'aide aussi dans la configuration de ce cabinet, c'est la confidentialité qui peut y avoir entre le cabinet et la salle d'attente. On est séparés par le hall d'entrée, que je n'avais pas dans mon premier cabinet, la salle d'attente était directement attenante au bureau, et ça ne favorisait pas justement cette mise en confiance. Après la séance il y avait la maman qui disait « Mais j'ai entendu, t'as pas raconté que l'on était allés à Paris ce weekend! Mais alors faut dire, ça, G.! » Je n'ai plus ce problème là. Et aussi la confiance que j'ai, moi en mes patients, c'est aussi pour cela que je ne travaille quasiment pas avec des pathologies neuro dégénératives, parce que moi justement c'est la foi qui fait que ça va forcément aller dans le sens du progrès. Donc ça va toujours aller mieux. C'est mon leitmotiv tu vois, que je porte. Forcément les enfants le sentent aussi.

Et puis ça n'est pas forcément lié au début de la séance non plus mais c'est vrai que même avec les enfants en échec scolaire, on essaie de pointer les lignes de force, les petites choses que les instits et les parents n'ont pas forcément perçu.

TEMOIGNAGES DE PATIENTS :

Nom	Âge	Classe	Réponses	Trouble
Mattias	5 ans	GS	1. ¹ Bien. <i>Reformulation</i> ² Je sais plus. Très bien. Je sais plus. 2. Très bien. 3. Parce que moi... Parce que moi... Je sais plus vraiment. <i>À la question qu'est-ce que tu fais avec ton orthophoniste: Je travaille. À la question est-ce qu'il y a des sons qui sont difficiles à faire: Non.</i>	Schlintement
Violette	5 ans	GS	1. Je sais pas. J'attends. On travaille. Et après je sais pas 2. Je sais pas 3. Parce que je parle mal <i>Reprise par l'orthophoniste</i>	Schlintement + Petit retard de parole
Elie	7 ans	CE1	Refus	Difficultés en mathématiques, en numération
Luc	8 ans	CE2	1. Je pose mes affaires et on fait souvent des petits jeux et des petits exercices. 2. Au début l'orthophoniste parle avec la maman, moi j'étais en train de jouer pendant qu'elles parlaient. Et elle a posé la question si je voulais faire encore du travail avec elle et j'ai dit oui. C'était bien. (Bilan) <i>Reformulation: Je trouve ça bien parce que j'aime bien les jeux et tout ce que l'on fait.</i> 3. Pour me faire travailler. . Pour travailler les devoirs. « Ah bon, tu sors tes cahiers? » Non mais on travaille avec les s et tout ça.	Dyslexique
Manon	8 ans	CE2	1. Bah, c'est que je comprends mieux, je sais pas trop. <i>Reformulation.</i> J'arrive ici. Et après je pars 2. C'est bien. <i>Reformulation</i> J'aimerais bien que l'on discute, que l'on... voilà. (<i>et on le fait pas ça?</i>) Ben si, un peu, mais un peu plus. 3. Parce que j'ai du mal en maths, et je n'arrive pas à résoudre des problèmes, à ... <i>Question de l'orthophoniste: juste pour savoir, en début de séance, on a fait quoi? Emma montre une activité: En début de séance on a fait ça.</i>	Résolution de problèmes, logique
Kilian	9 ans	CE2	1. Ben ça se passe bien. Je vais bien. Des fois on joue à un jeu...	Difficultés en mathématiques,

¹ 1, 2 et 3 correspondent aux trois questions posées aux patients. Elles sont visibles en annexe

² Les mots et phrases inscrits en italique indiquent les demandes de précisions, les reformulations.

			<p><i>Demande de description</i> J'attends l'orthophoniste. Puis l'orthophoniste vient et on se pose des questions. Et puis voilà.</p> <p>2. Bien.</p> <p>3. Parce que avant j'avais des difficultés, j'arrivais pas à me concentrer sur mon boulot, je pensais à des trucs. Parce que depuis quand j'avais l'âge de un an, mon père et ma mère se sont séparés, et puis quand j'avais sept ans ma maman elle a eu un autre, et puis par contre il boivait de trop, il y a eu une bagarre avec lui, il y a eu tous les trucs, voilà.</p>	grands nombres, temps
Brice	9 ans	CM1	<p>1. Plutôt bien. <i>Reformulation</i> Je sonne avant d'entrer, après je rentre, je m'assois et j'attends que Cécile est disponible. Après on travaille ensemble</p> <p>2. Bah c'est bien. J'aime bien quand on fait des jeux, j'aime pas trop les espèces de dictées (bilan)</p> <p><i>Reformulation:</i> Non</p> <p>3. Parce que je suis dyslexlique.</p>	Dyslexique + Zozotement qui ne passe pas
Jamie	9 ans	CM1	<p>1. J'attends dans la salle d'attente. Après je viens avec C. dans la salle. Je m'assois. Et après on fait peut être un jeu, je sais pas.</p> <p>2. Bien. J'aime bien faire des jeux.</p> <p>3. Parce que des fois je confonds des mots.</p>	Confusions de sons
Doris	10 ans	CM2	<p>1. Je rentre, et je sais pas moi, on se dit bonjour et on commence à travailler.</p> <p>2. C'est bien. <i>Reformulation</i> Ce que je trouve bien c'est que à des moments elle me pose des questions comme « Comment ça s'est passé ta journée? » ou « Comment ça s'est passé pendant les vacances? ». Et ça j'aime bien. Je trouve ça gentil.</p> <p>3. Alors, pour l'orthographe, parce que je suis un tout petit peu dyslexique et que j'aimerais bien ne pas du tout l'être.</p>	Petite dyslexie
Marie	10 ans	CLIS	<p>1. Chez l'orthophoniste... Des fois c'est maman qui m'emmène, des fois c'est papa. Dès fois j'arrive un petit peu en retard, je me fais un petit peu gronder (<i>séance précédente, et non</i>). Après des fois on fait des jeux, ou des fois on lit, ou des fois on écrit des petites phrases, ou des fois on fait des histoires.</p> <p>2. J'aime bien.</p> <p>3. Comme j'ai des difficultés, elle m'aide. Comme j'arrivais pas trop à lire, à écrire, je viens chez l'orthophoniste. Des fois j'arrive en retard. Des fois, quand l'orthophoniste a pas fini, j'attends dans la salle d'attente, elle vient quand elle a fini.</p>	Difficultés en langage écrit
Jérémy	10 ans	CM2	<p>1. Déjà je dis bonjour, après on commence à travailler. D'ailleurs on commence à faire plus de l'écriture</p>	Dyslexique

			<p>qu'autre chose.</p> <p>2. Bah...<i>Reformulation</i> j'aime bien. Mais ce que je préfère, des fois, c'est quand on finit, les petits jeux que l'on fait.</p> <p>3. C'est à cause de la dyspraxie. <i>Son orthophoniste lui demande d'expliquer ce qu'est la dyspraxie:</i> C'est des problèmes en lecture et en écriture. C'est grâce à une des maîtresses de mon école que l'on sait que j'ai une dyspraxie.</p>	
Tom	11 ans	6e	<p>1. Comment je pourrais dire? On regarde ce que l'on a fait la séance d'avant et à chaque fois on fait de nouveaux exercices.</p> <p>2. C'est bien parce que comme ça on sait ce que l'on va faire dans la séance, et si on ne se rappelle plus on sait ce que l'on a fait la séance d'avant.</p> <p>3. Parce que je suis dyslexique et je confonds des lettres.</p>	Dyslexique.
Lenny	12 ans	5e	<p>1. Bien. <i>Reformulation</i> Bonjour, ensuite je rentre dans la salle et je m'assois. Et après c'est tout.</p> <p>2. C'est bien</p> <p>3. Je suis dyslexique</p>	Dyslexique
Fleur	12 ans	5e	<p>1. Je vais dans la salle d'attente. Puis je rentre, puis on se dit bonjour, ensuite nous allons nous raconter notre semaine et puis nous commençons la séance.</p> <p>2. Bien. Je trouve que cette organisation est très bonne</p> <p>3. Parce que j'en ai absolument besoin pour corriger ma dyklexique.</p>	Dyslexique
Jérôme	12 ans	6e	<p>1. Ben en fait j'arrive, et on travaille, on fait soit des jeux, on lit ou on écrit. <i>Demande de description</i> Après j'attends dans la salle d'attente, après quand on vient me chercher j'y vais. Et après je travaille.</p> <p>2. Elles sont bien. J'ai pas envie de changer, c'est bien.</p> <p>3. Pour apprendre à parler, à lire et à écrire.</p>	Dyslexique
Tamara	12 ans	6e	<p>1. Ben en fait je sors du collège à pied, je viens avec une copine, parce qu'elle habite pas loin d'ici, après elle me laisse ici, après je m'assois dans la salle et j'attends. <i>Et après?</i> Après je lis un livre, et je fais mes devoirs. Et après? C'est tout.</p> <p><i>Question de l'orthophoniste: Et quand la séance elle commence, quand je viens te chercher?</i> Bah je prends mes affaires et je rentre dans la salle, après je dis bonjour, et je m'assois, je pose mes affaires, j'enlève mon blouson, mon écharpe, et puis je m'assois. Puis je parle. <i>Tu parles... tu discutes?</i> Oui. <i>Sur quoi?</i> Sur si je suis fatiguée ou pas... Après on fait des exercices, je crois, et puis Mme J. me demande ce que je veux faire, et puis soit je dis que je veux faire un jeu, ou</p>	Logique, Résolution de problèmes, Compréhension

			<p>écrire, ou faire de la lecture, ou comme ça, après je choisis ce que je veux faire, après on fait. Et puis après quand la séance est finie je dis au revoir, je prends mes affaires, et puis je vais à la gym.</p> <p>2. Moi j'aime bien. <i>Demande de précisions.</i> J'aime bien quand on fait des jeux (cadavres exquis). <i>Question de l'orthophoniste: Est-ce que tu aimes bien choisir? Oui</i></p> <p>3. Parce que j'ai un petit peu des soucis de maths, pour la compréhension aussi, pour apprendre mes devoirs, et puis un peu pour la logique et après je sais pas trop.</p>	
Linda	13 ans	5e	<p>1. On se dit bonjour, après je m'installe et on commence.</p> <p>2. C'est bien.</p> <p>3. Parce que j'ai des problèmes d'orthographe.</p>	Difficultés en langage oral et langage écrit
Céline	13 ans	4e	<p>1. J'attends dans la salle d'attente. Et elle vient me chercher. Elle me serre la main. On va dans la salle d'attente. <i>Et c'est tout? Oui</i></p> <p>2. Je sais pas</p> <p>3. Pour me faire parler plus fort</p>	Mutique
Constance	14 ans	3e	<p>1. Je monte et je m'installe dans la salle d'attente, j'attends. Ensuite je rentre et souvent on me demande ce que j'ai fait pendant le weekend et pendant les vacances, et on discute, et après on commence. Je sais pas forcément ce que l'on fait après, ça dépend.</p> <p>2. C'est agréable, ça met à l'aise, ça met directement dans le truc.</p> <p>3. Bah pour m'aider en orthographe et en lecture, parce que ma prof d'espagnol m'avait dit qu'il fallait que je vienne voir une orthophoniste, parce qu'en effet j'avais un peu de mal en orthographe et en lecture. Donc je suis venue et ben c'est bien, ça me plaît en plus.</p>	Dyslexique Dysorthographique
Tarik	17 ans	1ère STI DD	<p>1. Déjà généralement elle me pose des questions sur ce qui s'est passé pendant la semaine. Au début on parle, et après on fait des exercices de respiration et aussi des exercices sur la voix.</p> <p>2. Je pense que c'est bien, parce qu'au début on peut parler, donc bah ça aide.</p> <p>3. Je viens par ce qu'en fait je mue de la voix et, comment expliquer, c'est surtout que apparemment ma voix ne s'est pas encore bien placée</p>	Bégaiement, voix aigüe, qui ne se pose pas.

RESUME :

L'objectif de cet ouvrage est de proposer une réflexion sur les enjeux des premières minutes de séance. Ce moment est-il important ? Dépend-il uniquement de la personnalité, de l'histoire du patient et de l'orthophoniste en présence ? Au-delà de la première rencontre, les tout-premiers instants des séances d'orthophonie sont souvent le théâtre d'échanges, de conversations qui installent la relation patient-orthophoniste et influent sur le reste de la séance. En plus de cette notion de rencontre, de relation, quatre thèmes se dégagent dans cette étude : Ce qui est perceptible concernant le corps, celui des patients tout comme celui du professionnel qui les reçoit, l'espace, le temps, et l'évocation des objectifs de rééducation, de séance pendant ces premiers instants. Des entretiens avec vingt patients et vingt orthophonistes nous ont permis d'en savoir plus sur leur expérience, leurs opinions et leurs ressentis concernant ces premières minutes.

Mots- clef :

Premières minutes, Rencontre, Relation, Corps, Espace, Temps, Objectifs.

ABSTRACT :

Our objective here is to offer a reflexion about what is at stake during the first minutes of a speech therapy session. Is this moment important? Does it only depend on the history, on the personality of the patient and the speech therapist involved? Beyond the first encounter, conversations often happen during the very first moments of a session. They have a great importance on the relationship between the patient and the speech therapist, they also have an influence on the rest of the session. On top of this notion of encounter, of relationship, four themes emerge in this study: what can be seen by just looking at the other's body, space, time, and the mention of the speech therapy objectives during these first minutes. Interviews have been conducted with twenty French speech therapists, and twenty patients. They informed us about their experience, their opinions and their feelings concerning the first minutes of a speech therapy session.

Key words:

First minutes, Encounter, Relationship, Body, Space, Time, Objectives