

# Université de Nantes

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

Année Universitaire 2005/2006

## Mémoire Pour l'obtention du Diplôme de Capacité d'Orthophoniste

présenté par

*Aline COMMUNAL*

*(née le 02/02/1977)*

*et*

*Pierre FOUCHER*

*(né le 08/05/1966)*

### Quels enjeux pour l'anamnèse en orthophonie ?

*Présidente du Jury :*

**Docteur Elizabeth Peuvrel**

*Directeur du Mémoire :*

**Monsieur Alain Brice**

*Membres du Jury :*

**Madame Christine Darchen**

**Monsieur Marc Franco**

# SOMMAIRE

## PREAMBULE

## INTRODUCTION p. 1

## I PARTIE THEORIQUE p. 4

1. DEFINITIONS
2. LES DIFFERENTS SAVOIRS THEORIQUES EN LIEN AVEC L'ANAMNESE EN ORTHOPHONIE
3. LES DIFFERENTS SAVOIRS THEORIQUES EN LIEN AVEC L'ANAMNESE AILLEURS QU'EN ORTHOPHONIE
  - 3.1 Qu'est-ce qu'un entretien dans le cadre thérapeutique ?
  - 3.2 Quelles sont les spécificités du premier entretien ?
  - 3.3 Quels sont les différents types d'anamnèse qui existent ?
  - 3.4 Que sait-on du langage verbal et non verbal au cours d'un entretien ?
  - 3.5 Que peut-on dire des sources anamnestiques ?
  - 3.6 Que peut-on dire de la demande du patient, et de l'histoire de son trouble ?
  - 3.7 Que peut-on dire des spécificités de l'enfant ? Sur l'entretien avec un enfant ?
  - 3.8 Et de la famille ?
  - 3.9 Que faut-il retenir de nos connaissances sur le milieu scolaire et sur le milieu social ?

## **II DEMARCHE DE RECHERCHE, METHODOLOGIE**

**p. 69**

1. POURQUOI LE CHOIX DES ENTRETIENS ?
2. LES LIMITES DE L'ENTRETIEN DANS UNE DEMARCHE SCIENTIFIQUE
3. LES ENTRETIENS : CHOIX ET NOMBRE DES INTERVENANTS, DUREE
4. MISE AU POINT DU QUESTIONNAIRE

## **III LES DONNEES RECUEILLIES DANS LES ENTRETIENS**

**p. 76**

1. ASPECT FORMEL : COMMENT S'ARTICULE L'ENTRETIEN
  - 1.1. Quand a lieu l'anamnèse
  - 1.2. Durée de l'anamnèse
  - 1.3. Type d'entretien
2. LES INFORMATIONS RECUEILLIES
  - 2.1. Les questionnaires utilisés
  - 2.2. L'observation des attitudes, des interactions
3. LES SOURCES D'INFORMATION
  - 3.1. Le dossier médical
  - 3.2. L'enseignant
  - 3.3. L'accompagnant

4. LES SUPPORTS
  - 4.1. La prise de notes
  - 4.2. Le compte-rendu de bilan
5. L'ENFANT
  - 5.1. A qui s'adresse l'orthophoniste lors de l'anamnèse
  - 5.2. La demande
  - 5.3. Le dessin comme donnée anamnétique
6. REFLEXIONS SUR LA PRATIQUE
  - 6.1. La formation, les références théoriques
  - 6.2. L'expérience professionnelle dans la pratique de l'anamnèse
  - 6.3. Le caractère intrusif de l'anamnèse
  - 6.4. L'orthophoniste en position de sujet supposé savoir
  - 6.5. La dimension psychologique de l'anamnèse
7. LES FONCTIONS DE L'ANAMNESE
  - 7.1. Choisir les tests
  - 7.2. Etayer le diagnostic
  - 7.3. Avoir une vision globale du patient
  - 7.4. Elaborer le projet thérapeutique
  - 7.5. Demander des examens complémentaires
  - 7.6. Proposer une autre orientation thérapeutique
  - 7.7. Etablir le transfert, la relation, la confiance

## **IV LES ENJEUX DE L'ANAMNESE**

**p. 122**

1. L'ANAMNESE CONTRIBUE PAR ESSENCE A POSER LE DIAGNOSTIC. MAIS COMMENT S'Y PREND L'ORTHOPHONISTE ?
  - 1.1. Par l'observation
  - 1.2. Par le recueil d'informations auprès des tiers
  - 1.3. En ayant une vision holistique du patient et historique de son trouble
  - 1.4. En utilisant les informations tirées de l'anamnèse pour définir les tests
2. L'ANAMNESE CONTRIBUE A ELABORER LE PROJET THERAPEUTIQUE –C'EST UNE SUITE LOGIQUE DE SA FONCTION DIAGNOSTIQUE-. DE QUELLE MANIERE ?
  - 2.1. En proposant des examens complémentaires et d'autres orientations thérapeutiques
  - 2.2. En permettant à l'orthophoniste de prendre ou non position, de dire et taire à son tour
  - 2.3. En aidant à l'élaboration du projet thérapeutique
3. L'ANAMNESE : UNE SITUATION DE COMMUNICATION
4. LES AUTRES ENJEUX DE L'ANAMNESE
  - 4.1. Créer la confiance
  - 4.2. Engager le transfert, peut-être ?
  - 4.3. Commencer le travail et engager le patient dans sa rééducation
  - 4.4. Une vision globale du patient, une vision humaine de l'orthophonie
  - 4.5. Chaque anamnèse est unique
  - 4.6. Chaque anamnèse est un moment crucial
  - 4.7. D'autres enjeux ?

## **CONCLUSION**

**p.155**

## **PRÉAMBULE**

Qu'est-ce qui peut pousser deux étudiants en fin de cycle d'études d'orthophonie à réaliser ensemble le mémoire, sésame indispensable à l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste ? Pourquoi faire à deux ce que l'immense majorité des étudiants fait seul ? Peut-être parce que nous avons constaté que nous partagions une curiosité commune, que nos interrogations se rejoignaient et que nous nous intéressions aux mêmes objets.

Et c'est justement parce qu'au fil de nos conversations nous avons compris que ce qui était à l'oeuvre au cours d'une anamnèse nous posait question à l'un comme à l'autre, que nous avons envisagé de traiter ensemble de ce sujet. Nos interrogations tournaient en fait autour de l'environnement du patient, de sa plainte, de sa demande ainsi que celles de son entourage, de la première rencontre avec l'orthophoniste, de l'histoire du trouble...

Nous avons donc réfléchi de concert aux hypothèses de travail, au plan général du mémoire, puis au plan de chacune des parties. Nous nous sommes réparti la lecture des ouvrages bibliographiques, et avons mis en commun les résultats de leur étude. Enfin, nous nous sommes partagé les tâches rédactionnelles, tout en nous consultant l'un l'autre pendant l'écriture. Nous avons effectué des relectures dans une dynamique d'échange perpétuel et permanent.

En fin de compte les contraintes du travail à deux nous apparaissent légères comparées à ses intérêts. Ce n'est pas la progression hasardeuse de deux personnes se suivant sur le sentier étroit d'une problématique, mais une marche de front sur une route qui, de ce fait, va s'élargissant.

## INTRODUCTION

Comment en étions nous arrivés l'un et l'autre à cette interrogation sur l'anamnèse ?

Pour l'étudiant en orthophonie, elle est une denrée trop rare. En effet, il est peu fréquent d'assister à des bilans au cours de nos stages, et à des anamnèses encore moins. De plus elle n'est quasiment pas abordée en elle-même au cours de nos études. Pour quelles raisons ? Peut-être parce que l'anamnèse se situe à une place très particulière qui est à l'image de l'orthophonie en général : un carrefour entre plusieurs disciplines, et que cette polyvalence va un peu à l'encontre de nos enseignements, plutôt spécialisés. Quoi qu'il en soit, notre recherche nous permettra peut-être de comprendre pourquoi nous l'avons si peu rencontrée.

Les connaissances de l'étudiant concernant l'anamnèse, et par voie de conséquence de l'orthophoniste qui débute, reposent essentiellement sur sa formation théorique. Nous avons été formés dans deux facultés, celles de Nantes et de Toulouse. Nous bénéficions donc de deux éclairages différents sur l'anamnèse que nous avons pu mettre en commun. Nous avons par ailleurs eu la chance d'assister à quelques anamnèses lors de nos stages. Ces expériences nous ont fait prendre conscience de la très grande diversité des pratiques anamnestiques des orthophonistes. Nous avons même rencontré des orthophonistes qui réduisaient l'anamnèse à quelques paroles rapidement échangées. Cette constatation a donné le jour à une première question, qui pourrait paraître provocante, « l'anamnèse en orthophonie a-t-elle une utilité ? ». Après quelques débats passionnés, nous sommes convenus qu'elle en avait bien une.

Dans une recherche du « meilleur » qui caractérise l'étudiant, nous nous sommes alors demandé quelle devrait être l'anamnèse « idéale ». Question certainement trop candide et inadaptée, puisque l'anamnèse en orthophonie s'avère être multiple, que chaque pathologie semble imposer une anamnèse différente. Il s'agissait donc de prendre en compte cette diversité. Par la suite

nous nous sommes demandé quelles étaient les pratiques et les savoirs, issus d'autres métiers, qui nourrissaient l'anamnèse orthophonique. L'orthophonie se trouve, rappelons-le, au carrefour de la linguistique, de la pédagogie, de la sociologie, de la médecine et de la psychologie, les praticiens de ces deux derniers domaines pratiquant l'anamnèse. De là, une autre question : quels sont les points en commun entre l'anamnèse orthophonique, et celle des autres professionnels ? De fait, l'anamnèse est réalisée dans tous les métiers médicaux et la plupart des métiers paramédicaux, la médecine notamment ayant une tradition anamnétique très ancienne. Enfin, nous avons pu constater que la littérature sur l'anamnèse en orthophonie était très réduite. Cela nous a étonné, et posé question.

Finalement, de ce bouillonnement d'interrogations hétéroclites et propres à chacun de nous deux, a émergé une question qui nous a paru devancer toutes les autres, à savoir :

### **A quoi sert l'anamnèse en orthophonie ?**

Avant d'y répondre, il paraissait nécessaire de voir à quoi l'anamnèse servait dans les autres domaines médicaux et para-médicaux. Nous sommes donc partis de l'étymologie et de l'histoire de l'anamnèse, avant de considérer de plus près les savoirs théoriques que nous ont apportés nos études. Il nous a paru nécessaire, si ce n'est indispensable, d'enrichir ces savoirs par les apports de la littérature venus des professionnels de la médecine, de la psychologie, de la pédagogie, de la sociologie, de la linguistique, mais aussi de la neuropsychologie, de l'histoire et de l'orthophonie.

C'est après cette revue qu'une seconde étape nous conduira à relater notre démarche de recherche, et décrire notre méthodologie concernant les entretiens que nous avons choisi d'effectuer auprès d'orthophonistes et de professionnels médicaux.

Nous consacrerons ensuite une troisième partie à comparer les résultats obtenus lors de ces entretiens, et à mettre en exergue les analogies et les singularités relevées dans les pratiques de l'anamnèse décrites, en ne manquant pas de formuler les questionnements qu'elles nous évoquent.

Enfin, à partir des données recueillies, et à la lumière de certaines notions de la première partie que nous confronterons à la réalité entrevue dans les entretiens, nous réfléchirons aux fonctions de l'anamnèse en orthophonie.

# I PARTIE THEORIQUE

## 1 - DEFINITIONS

On donne en général comme étymologie du mot *Anamnèse* l'association du préfixe grec *-ana-* qui indique un mouvement de bas en haut, en remontant, avec le mot grec *Mnêmê* : souvenir. Il paraît plus intéressant, puisque le mot *Anamnesis* existe en grec, avec le sens de « action de rappeler, d'où souvenir », d'en chercher l'origine dans le verbe *Anamimnêsko* qui signifie « **faire** ressouvenir, rappeler le souvenir » (c'est seulement au passif qu'il prend le sens de « **se** souvenir »).

Chez Platon l'Anamnèse est l'opération par laquelle l'âme se souvient de l'idée, de la vérité qu'elle a contemplée, avant son incarnation, au ciel des idées. Et le mot a, jusqu'au XX<sup>e</sup> siècle, conservé un sens philosophique, auquel s'est juxtaposé un sens liturgique : « prière de la messe qui suit l'élévation et rappelle le souvenir de la rédemption » définit en 1960 le Grand Larousse Encyclopédique. Et ce n'est qu'en deuxième sens, que ce dictionnaire donne : « renseignements tirés des souvenirs que le médecin provoque chez le malade et dans son entourage et concernant toutes les circonstances qui ont précédé l'étape actuelle ». Et c'est bien évidemment ce sens qui nous intéresse, ainsi que la démarche, l'enquête, l'entretien qui permettent de faire apparaître ces renseignements.

Le mot *Anamnèse* a dû être utilisé par les médecins au XIX<sup>e</sup> siècle : le Littré de 1889, s'il ignore le mot, cite *Anamnétique* qu'il définit ainsi : « terme de médecine, qui rappelle le souvenir. Signes anamnétiques ou commémoratifs, signes à l'aide desquels on découvre ce qui a précédé ». Mais la véritable diffusion du mot se situe au XX<sup>e</sup> siècle, et surtout dans sa seconde moitié : d'abord dans la psychanalyse qui l'a annexé et imposé puisqu'on a pu dire que « la cure psychanalytique est une anamnèse prolongée » ; ensuite dans la médecine qui, surtout lorsqu'elle prend une dimension psychosomatique, l'a repris et utilisé.

Mais au-delà de l'histoire du mot, importe plus la place de cette pratique dans l'histoire de la médecine. Quand l'art de soigner et guérir a achevé sa désacralisation (amorcée peut-être dès l'ancienne Égypte) sans doute au V<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate de Cos (460-380 avant Jésus-Christ) ne se contentait pas d'examiner son patient : il interrogeait, s'informait sur son genre de vie<sup>1</sup> Mais cette enquête préalable à la cure a dû, dès cette époque, se maintenir difficilement car, très vite, les systèmes philosophiques ont tendu à l'emporter en médecine sur l'observation raisonnée. On retrouve cependant sa pratique chez des médecins, grecs en particulier, jusque dans la Rome républicaine et impériale : les médecins interrogent même parfois les proches avant le patient et, d'une manière générale, considèrent qu'il faut poser les questions pour mieux connaître et mieux guérir le malade. Chez Galien (131-201 après Jésus-Christ), qui marque une étape importante dans l'histoire de la médecine en faisant la synthèse de tout le savoir médical de l'Antiquité, l'entretien préalable avec le malade reste une part importante du travail du médecin.

Après lui, et, semble-t-il, pour longtemps en Occident, sous l'influence de l'église et d'un aristotélisme réduit à une caricature, l'image du médecin va rester figée comme celle de celui qui sait devant un patient ignorant et/ou passif. Certes, dès avant la renaissance, l'influence de la médecine arabe se fera sentir et des progrès considérables seront accomplis dans la connaissance de l'anatomie de la physiologie humaine. Mais ces progrès ne s'accompagnent guère d'une considération pour le patient, une curiosité pour sa vie, sa personnalité, son histoire. Les médecins ne se contentent sans doute pas de discuter sur le mal, comme chez Molière, mais ils s'occupent plus d'une maladie que d'un malade.

Peut-être faudra-t-il attendre le développement, au XIX<sup>e</sup> siècle, de la psychiatrie, de la psychologie et finalement de la psychanalyse pour voir réapparaître et se développer la pratique de l'anamnèse : on commence à reconnaître l'importance de la première rencontre, de la communication.

---

<sup>1</sup> On pourrait aussi, pour sortir de l'Europe, citer un des grands médecins chinois de l'époque des Han, Chang Yuyi (215-167 avant Jésus-Christ) qui, dans ses écrits, fait une place à ce qu'on peut appeler une anamnèse.

Mais il est vrai que parallèlement, du fait des progrès gigantesques accomplis au XIX<sup>e</sup> et surtout au XX<sup>e</sup> siècle, dans les techniques d'investigation, dans l'imagerie médicale, et dans les connaissances, le médecin a reconquis le pouvoir de celui qui sait.

Au terme de cette revue historique -sans doute incomplète- il nous faut constater que la pratique de l'anamnèse ne s'est pas universalisée mais tend à se répandre : médecins généralistes, ostéopathes, homéopathes, etc. lui accordent une place plus ou moins importante. Et le Dictionnaire d'Orthophonie (2002) la définit ainsi : « Ensemble des renseignements recueillis sur le patient et son trouble, au moyen d'entretien ou tout autre possibilité. Elle est particulièrement importante en orthophonie pour déterminer les difficultés antérieures et obtenir des informations sur l'étiologie éventuelle des troubles ».

En prolongeant ces définitions, et en revenant à l'étymologie, on pourrait avancer que l'anamnèse ne se réduit pas aux renseignements recueillis sur le patient et son trouble : elle est une démarche de recherche d'informations, elle passe par des outils : un ensemble de questions, un lieu et un temps d'entretien avec le patient, un questionnaire éventuel, le tout destiné à **faire ressouvenir**, à rappeler le souvenir, donc l'histoire du patient et de sa souffrance.

## **2 - LES DIFFÉRENTS SAVOIRS THÉORIQUES EN LIEN AVEC L'ANAMNÈSE EN ORTHOPHONIE**

L'anamnèse nécessite un ensemble de moyens et de conditions. Parmi ceux-ci, le questionnaire, qu'il soit formel ou non, est essentiel. Nous sommes donc partis des questionnaires qui nous sont proposés au cours de notre enseignement pour définir quels étaient les différents savoirs théoriques nécessaires à l'anamnèse en orthophonie. À partir de ces différents questionnaires, nous avons essayé d'en reconstituer un unique, aussi exhaustif que possible, mais synthétique. Exhaustif, dans le sens où il pourrait recouvrir toutes les pathologies qui nous sont présentées au cours de nos études. Synthétique, car chaque item peut être développé à volonté.

Nous nous sommes donc demandé quels étaient le ou les savoirs qui nous avaient été enseignés en lien avec chacun de ces items. Nous sommes bien sûr conscients que nos expériences se limitent aux enseignements des écoles de Nantes et de Toulouse, et ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la formation orthophonique en France. Voici donc la liste des thèmes abordés, suivant un ordre plus ou moins arbitraire :

- Renseignements administratifs
- Objet du bilan, demande initiale
- Qui adresse le patient
- Antécédents médicaux
  - Généraux
  - Grossesse, naissance
  - O.R.L.
  - Ophtalmologiques
  - Neurologiques
  - Psychiatriques
- Antécédents paramédicaux
- Antécédents orthophoniques

- Antécédents familiaux
  - Premier cercle (mère, père, fratrie)
  - Deuxième cercle (famille plus lointaine)
  - Histoire familiale
- Antécédents scolaires
- Développement
  - Psychomoteur
  - Linguistique
  - Psycho-affectif
  - Logico-mathématique
- Ecologie, vie quotidienne
  - Repas
  - Sommeil
  - Loisirs
  - Environnement
- Histoire du trouble
  - Date d'apparition
  - Symptômes
  - Gêne
- Comportements
  - Du patient
  - De l'entourage

Reprenons chacun de ces items :

### **Renseignements administratifs**

Cela nous est présenté comme un moyen d'une part de répondre aux exigences administratives de la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie, et d'autre part de permettre une gestion pratique des dossiers par les praticiens.

## **Objet du bilan, demande initiale**

L'orthophoniste se renseigne auprès du patient ou de son entourage sur le motif de la consultation. Cela répond nous a-t-on appris à quatre nécessités :

- administrative : définir la cotation de l'acte bilan,
- professionnelle : choisir le type de bilan,
- d'ordre psychanalytique : dissocier la demande initiale de la demande réelle,
- d'ordre thérapeutique : dissocier la demande du patient de celle de son entourage.

## **Qui adresse le patient**

Là encore, nous apprenons qu'il s'agit d'une nécessité administrative, puisque cela est demandé par la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie.

## **Antécédents médicaux**

Ce groupe d'items renvoie à des savoirs purement médicaux. Nous ont été donnés des enseignements dans les domaines suivants : O.R.L., neurologie, psychiatrie et dans une moindre mesure : ophtalmologie et embryologie. Ces domaines ont été abordés sur les plans anatomique, physiologique, épidémiologique, pathologique et thérapeutique.

## **Antécédents paramédicaux**

Nous avons suivi des enseignements en psychologie clinique, sociale et cognitivo-comportementale, en psychomotricité, en neuropsychologie et en orthoptie. Nous les présentons ici suivant l'ordre décroissant du volume horaire de cours.

### **Antécédents orthophoniques**

Ce savoir est transversal à tout l'enseignement transmis par les différents intervenants orthophonistes.

### **Antécédents familiaux**

Il est à noter qu'il existe une ambiguïté concernant le terme « antécédents familiaux ». Au cours de notre formation, il nous est implicitement et succinctement décrit comme regroupant les informations concernant des pathologies ou des troubles que présenteraient ou auraient présentés des membres de la famille du patient. Nous préférons l'entendre ici au sens plus large, mais littéral : « chacun des actes ou événements du passé en lien avec la famille du patient ». Notre savoir en ce qui concerne ce sujet touche, encore une fois, à la psychologie sociale et clinique pour ce qui est de l'ordre de la fratrie, des séparations, des recompositions, des naissances, des deuils... Sur un plan plus médical, nous avons été sensibilisés à un éventuel caractère héréditaire de certaines pathologies. De même, l'importance de l'environnement socioculturel dans l'émergence de nombreux troubles nous a souvent été signifiée.

### **Antécédents scolaires**

Des stages de première année en classes de Grande Section et Cours Préparatoire, ainsi qu'en d'éducation spécialisée, sont venus enrichir une formation théorique sur l'institution scolaire. Un rapport de stage d'observation nous a de plus obligés à une réflexion sur ce sujet.

## **Développement**

Cet item recouvre quatre aspects :

- le premier est d'ordre langagier et fait référence à un savoir en linguistique et aux différentes théories qui animent celle-ci,
- le deuxième concerne le développement psychomoteur ; nous l'avons abordé bien sûr en psychomotricité mais aussi tout au long de la formation,
- le troisième concerne le développement psychoaffectif : c'est essentiellement en pédopsychiatrie et en psychologie clinique que nous l'avons étudié, et, plus succinctement, en psychologie cognitive.
- le dernier, le développement intellectuel ; nous l'avons vu en psychologie cognitive, ainsi qu'au cours de l'enseignement des troubles logico-mathématiques.

## **Écologie, vie quotidienne**

Le premier sous-item est l'alimentation. Il renvoie à des enseignements que nous avons reçus sur la déglutition, la stomatologie, la psychiatrie (par exemple dans le cas de mérycisme) et la psychologie. Un autre sous-item est le sommeil. Il se réfère à la neurologie, à la psychologie clinique et à la psychiatrie. Nous trouvons encore les loisirs. Ceux-ci ne se rapportent à aucun enseignement en particulier. Enfin, dernier sous-item, l'environnement s'intéresse au contexte de la vie du patient. Il en est question dans les modules de phoniatry, de gériatrie et de psychologie clinique et sociale.

## **Histoire du trouble**

La date d'apparition du trouble, la description des symptômes et de la gêne sont relatifs, tels qu'ils nous ont été enseignés, à un savoir médical d'une part, et à la psychologie clinique d'autre part.

## **Comportements**

C'est essentiellement pendant les cours de pédopsychiatrie que nous avons abordé les comportements du patient à l'école, en classe et avec ses camarades. Pour ce qui est de la vie professionnelle ou du comportement en famille, nous y avons été sensibilisés au cours des enseignements sur la voix et sur le bégaiement.

De plus, nous avons reçu un enseignement sur la déontologie professionnelle qui abordait entre autres la question du secret professionnel, question importante pour la pratique de l'anamnèse.

Rappelons que l'anamnèse est quasi systématiquement abordée, dans sa spécificité, pour chacune des pathologies que nous avons étudiées (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, retard de langage, retard de parole, troubles d'articulation, dysphasie, dyslexie, dysphonie, maladies dégénératives...). C'est d'ailleurs à partir de ces enseignements que nous avons élaboré un « questionnaire type ». Mais à chaque fois ou presque, les questions à poser, les renseignements à obtenir, nous sont donnés sous une forme de liste dont chaque item est peu commenté. Exception faite du bégaiement, la part des tests et de l'observation clinique prend nettement le pas au cours de l'étude de chacune des pathologies sur celle de l'anamnèse.

Toutefois, nous nous devons de rappeler qu'à ces enseignements « magistraux » s'ajoute un savoir empirique et riche que nous accumulons au cours de nos stages. Mais la très grande diversité des lieux de stage, du type de structure qui nous accueille, du type de patients rencontrés et bien sûr des pratiques de chaque orthophoniste donnent à ce savoir un côté très arbitraire, différent pour chaque étudiant. De plus, rares semblent être les étudiants qui ont pu assister à une anamnèse au cours de leurs stages.

Après avoir fait cette revue de détails, nous nous sommes demandé si notre formation nous apportait bien les savoirs nécessaires à la pratique de l'anamnèse. À première vue, à chaque item du questionnaire correspond bien un savoir qui nous a été enseigné. Notre propos n'étant pas de critiquer la qualité de l'enseignement reçu pour chacun de ces savoirs ni l'importance relative donnée à chacun, nous pouvons donc en conclure que notre formation semble suffisamment complète pour aborder la pratique de l'anamnèse.

Mais qu'est-ce qui explique alors cette impression de ne pas avoir les compétences requises pour effectuer une anamnèse juste ? La première réponse qui nous est venue, est, qu'à aucun moment au cours de notre formation, nous n'avions travaillé de manière spécifique et complète sur ce sujet. Sur un plan pratique, les questions des modalités de l'anamnèse, telles que le moment, la durée, le lieu, la manière ou encore le choix des interlocuteurs ne sont jamais abordées de front au cours de nos quatre ans d'études. En fait, l'anamnèse semble faire appel à des savoirs qui sont disséminés tout au long de nos études. Il apparaît donc que c'est à nous, orthophonistes en formation, de « recomposer » les connaissances nécessaires à cette pratique. Aucun enseignant ne semble nous avoir montré la nécessité de cette « recomposition ». De surcroît, la possibilité d'avoir une réflexion sur cette pratique, par exemple comprendre les raisons qui peuvent nous pousser à poser telle ou telle question, nous est rarement offerte. Nous pouvons même aller plus loin en affirmant que nous ne voyons pas toujours comment utiliser les réponses à certaines questions qui nous sont pourtant présentées comme incontournables. Par exemple, que nous apprend exactement le fait qu'un oncle de l'enfant que nous avons en face de nous est dyslexique ? Ou encore, que faire quand apparaît une discordance de demande entre un enfant et ses parents ?

### 3 - LES DIFFÉRENTS SAVOIRS THÉORIQUES EN LIEN AVEC L'ANAMNÈSE AILLEURS QU'EN ORTHOPHONIE

Nous venons de voir que malgré une apparente adéquation entre les savoirs qui nous sont transmis au cours de notre formation et le « questionnaire-type » qui servirait de guide aux orthophonistes pour mener leur anamnèse, nous ressentions comme un manque l'absence de réflexion sur la pratique de celle-ci. C'est pourquoi nous avons décidé de nous tourner vers la littérature pour essayer de combler ce manque. Notre recherche s'est centrée autour des mots-clés suivants : l'anamnèse, l'entretien, le premier entretien, le langage, le développement de l'enfant, l'histoire du trouble, la mémoire et enfin, le milieu familial, social et scolaire. Nous avons bien sûr privilégié les ouvrages rédigés par des orthophonistes, des phoniâtres, ou encore des thérapeutes du langage. Deux éléments nous ont surpris :

- tout d'abord, il n'existe pratiquement pas d'ouvrages sur ce sujet dans la littérature orthophonique. Une recherche par le mot clé « anamnèse » sur la base de données de l'UNADREO<sup>2</sup> (Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie) donne quatre références bibliographiques : deux concernent des ouvrages qui utilisent l'anamnèse comme support de recherche des étiologies de la dyslexie<sup>3</sup>. Une autre concerne un article paru en 1988 dans la revue Glossa, tiré d'un des deux ouvrages précités, sur : « L'anamnèse »<sup>4</sup>. Une dernière concerne un mémoire de l'école de Marseille soutenu en 1967 intitulé : « Etude de

---

2 L'UNADREO essaie depuis plus de 20 ans de faire exister une véritable recherche spécifique en orthophonie en permettant notamment à des orthophonistes de mener à bien des actions de recherche. L'UNADREO propose une base de données bibliographiques qui concernent des ouvrages et mémoires publiés en France et des articles publiés dans des revues européennes voire américaines. Ce fichier contenait en juin 2005 près de 15 000 fiches.

3 □ « Aspects pédiatriques et neurologiques des troubles déficitaires de l'attention chez l'enfant mauvais lecteur et dyslexique », WILLEMS G. ; MBONBA E., A.N.A.E., 1994  
□ « L'anamnèse comme support de recherche des étiologies de la dyslexie », BON Françoise ; CASTAGNE Isabelle ; LAUGA Pascale, Mémoire Toulouse, 1985

4 « L'anamnèse », BON Françoise ; CASTAGNE Isabelle ; LAUGA Pascale, GLOSSA, 1988

l'anamnèse des troubles du langage chez l'enfant (83 observations) »<sup>5</sup>. Ce mémoire au titre prometteur a été quand même rédigé il y a presque 40 ans. De plus, il n'est pas référencé au SCD (Service Commun de Documentation) de l'université de Nancy, bien qu'identifié comme tel par l'UNADREO. Dans tous les cas, quatre références sur 15 000 ouvrages fichés, c'est peu.

- de la même façon, il semble exister peu d'ouvrages de réflexion sur l'anamnèse en médecine. Seuls trois ouvrages dont le titre contient le terme « anamnèse » sont référencés sur les différents sites des bibliothèques des Facultés de Médecine françaises. Sur ces trois ouvrages, deux sont français<sup>6</sup>, un est allemand<sup>7</sup>. La recherche par le mot-clé « anamnèse » renvoie à une trentaine seulement de références. Et ces ouvrages décrivent des pratiques cliniques spécifiques à telle ou telle pathologie, et ne sont en aucun cas une étude, une description ou une réflexion sur l'anamnèse en médecine.

Malgré tout, nous avons retenu une trentaine d'ouvrages dans des champs assez variés -même si les ouvrages en lien avec les pratiques thérapeutiques ou la psychologie représentent une part importante de l'ensemble-. À ce premier ensemble est venu s'ajouter une autre trentaine d'ouvrages au fur et à mesure de notre travail et de notre réflexion. De la lecture de ces ouvrages, nous avons retiré plusieurs questionnements que nous nous proposons de restituer dans cet ordre :

- **Qu'est-ce qu'un entretien dans un cadre thérapeutique ?**
- **Quelles sont les spécificités du premier entretien ?**
- **Quels sont les différents types d'anamnèse qui existent ?**
- **Que sait-on du langage verbal et du langage non verbal au cours d'un entretien ?**

---

5 « Etude de l'anamnèse des troubles du langage chez l'enfant (83 observations) », FIGARELLA-ABEILLE M., Mémoire Marseille, 1967

6 □ « Examen clinique de l'enfant : comment recueillir l'anamnèse et examiner un enfant », Algranati, Paula S., Pradel éd., 1998

□ « Manuel de diagnostic clinique : anamnèse et examen », Swartz, Mark H., Maloine éd., 1991

7 « Anamnese und Befund : Didaktisch-methodische Anleitung », Jürgen Dahmer, Biblio. Stuttgart : G. Thieme, 1970

- **Que peut-on dire des sources anamnestiques ?**
- **Que peut-on dire de la demande du patient, et de l'histoire de son trouble ?**
- **Qu'en est-il des spécificités de l'enfant ? De l'entretien avec un enfant ?**
- **Et de la famille ?**
- **Enfin, que faut-il retenir de nos connaissances sur le milieu scolaire et sur le milieu social ?**

Beaucoup de ces questions sont nées au cours de nos lectures. C'est le cas notamment du langage non verbal, des spécificités de l'enfant, et du milieu social. Reprenons une à une ces différentes questions, et tâchons d'y répondre avec les différents auteurs rencontrés :

### **3.1 Qu'est-ce qu'un entretien dans un cadre thérapeutique ?**

Partons d'une évidence : l'entretien est avant toute une situation d'échange de paroles. Nous nous proposons donc d'étudier quelques particularités de la parole susceptibles d'intervenir dans le déroulement d'un entretien dans un cadre thérapeutique. Rappelons tout d'abord trois actions fondamentales de la parole (BLANCHET, 1991) :

- fonction *référentielle* : dire comment sont les choses,
- fonction *modale* : dire ce qu'on pense des choses,
- fonction *d'acte* : altérer l'état de l'auditeur.

Nous verrons que dans un cadre thérapeutique, ce sont essentiellement les fonctions référentielle et modale qui sont en jeu. La fonction référentielle se traduit, dans le cadre qui nous intéresse, par un discours de narration d'une situation vécue. La fonction modale, elle, existe dans un discours d'opinion. Ainsi, selon le degré de réalité ou d'abstraction du fait invoqué, une assertion oscille entre le « croire » (fonction modale) et le « savoir » (fonction référentielle). Par ailleurs, il est intéressant de noter que le registre modal reflète l'état psychologique du locuteur.

Dans cette situation d'échange qu'est l'entretien, il existe deux positions interchangeables : celle du « locuteur premier », qui produit le(s) énoncé(s) source, et celle de « l'interprète », qui manifeste sa réception de l'énoncé source. L'interprète, en « examinant » le discours à partir d'une perspective nouvelle, lui confère un sens nouveau (PROŤA & SALAZAR ORVIG, 2003). Comprendre l'autre, ce n'est donc pas à adhérer à son point de vue, ou éprouver simplement de l'empathie. Cela suppose un certain positionnement. Pour l'expert, cette place peut aller jusqu'à celle « d'herméneute », c'est-à-dire une place où il n'est plus « pris » dans l'échange, mais le regarde de l'extérieur. En situation d'entretien clinique l'un des interlocuteurs, le clinicien, est placé dans cette double position d'expert et d'herméneute (PROŤA & SALAZAR ORVIG, 2003).

D'autres aspects caractérisent la situation patient/thérapeute dans un entretien inscrit dans une relation thérapeutique :

Tout d'abord, il convient de préciser que tout entretien, même s'il se déroule dans un cadre strictement thérapeutique et professionnel, ne répond pas aux critères minimaux qui caractérisent une méthode scientifique. « Aucune variable en jeu n'est véritablement contrôlée ; tout se passe comme si l'intervieweur usait au mieux de sa personne et de sa sociabilité » nous rappelle Alain BLANCHET (1991). Pour lui, l'entretien « apparaît plus comme un jeu social que comme une technique scientifique ». Ce point nous semble à mettre en perspective avec l'exigence de plus en plus grande de « scientificité » des tests utilisés en orthophonie.

Par ailleurs, cette situation d'entretien est particulièrement asymétrique. Colette CHILAND (1987) la décrit comme suit : « les deux interlocuteurs n'occupent pas des positions symétriques. L'un vient demander quelque chose à l'autre qui ne demande rien ; il vient en raison de la fonction que l'autre occupe, fonction qui suppose une formation, laquelle permet de prendre une certaine position dans le dialogue. Les noms donnés aux interlocuteurs marquent l'asymétrie du dialogue. » Elle prolonge son propos en notant que le patient accorde une toute-puissance, une omniscience au thérapeute. En réponse à cette asymétrie, Geneviève DUBOIS et Jean-Pierre

KUNTZ (1999), respectivement phoniatre et orthophoniste, proposent d'avoir un propos qui précise la place, le champ et les modalités de l'intervention du thérapeute et qui dit également que celui-ci « renonce à une position de maîtrise pour véritablement accompagner le sujet dans sa démarche ».

Enfin, une dernière caractéristique de cette situation est ce qu'Edmond GILLIERON (1994) appelle « l'effet de cadre ». C'est-à-dire que le cadre thérapeutique de l'entretien, le fait par exemple que le patient passe du statut de simple membre de la société à celui de personne souffrant de troubles, mobilise un certain nombre de réactions qu'il est intéressant de repérer. Par exemple, il démontre à propos du cas d'une patiente qu'il existe une analogie frappante entre l'histoire de celle-ci et la dynamique qui se joue au cours de l'entretien. Edmond GILLIERON prétend avoir pu observer ce genre de phénomène des centaines de fois.

En résumé, nous pourrions dire que l'entretien peut être réduit à la description d'une succession de discours émis par deux interlocuteurs ou, à l'opposé, « comme l'expression symptomatique de contenus permettant de comprendre le système de représentations d'un patient et son fonctionnement » (BLANCHET, 1991). Cette deuxième position implique d'avoir conscience des fonctions référentielles et modales de la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, de l'asymétrie de la situation (le thérapeute comme expert « tout-puissant »), et des effets de cadre. Mais cette position qui place le thérapeute en situation d'herméneute ne doit pas faire oublier que l'entretien n'est en aucun cas une méthode scientifique, tout au plus un modèle clinique.

Intéressons-nous aux stratégies possibles du patient. Sa parole peut être observée selon l'axe du « registre coopératif » (PROÏA & ANOLLI, 2003) : un patient peut avoir des paroles coopératives, mais aussi, tenter de « noyer le poisson ». Eva-Marie GOLDBER (2000) affirme que ce phénomène est assez fréquent, qu'il « évoque une stratégie de défense, comme pour dérouter un adversaire imaginaire ». Le risque pour elle est alors de vouloir faire préciser à chaque fois des questions d'anamnèse, alors que ces évitements

dans la narration permettent aux patients d'éviter de perdre la face. Ainsi, pour le patient et son entourage, l'opacité peut parfois être préférable à la transparence (BLANCHET, 1991). Ainsi en est-il du silence. Pour Geneviève DUBOIS & Jean-Pierre KUNTZ (1999), il peut parfois être « l'unique voie que l'enfant ou l'adulte puisse emprunter [...] Ce silence répond d'un impossible à dire ». Aussi, faut-il laisser un espace vacant que l'adulte ou l'enfant pourra occuper ou non. « La communication est à ce prix-là, au prix d'une écoute qui se fait le plus souvent silence. » Ces deux thérapeutes du langage demandent donc à cet enfant, cet adulte, de se positionner en tant que sujet porteur de sa propre parole.

Et pour le thérapeute justement, quelles sont les stratégies possibles ?

D'évidence, le thérapeute a d'abord à choisir le style d'entretien : *directif* versus *non directif*. Alain BLANCHET (1991) énonce que dans le premier cas, « les phases d'entretien interrogatoire » font diminuer la production discursive, alors que « les phases d'entretien de recherche », qui caractérisent le second, augmentent cette production. Bien sûr, cette orientation ne peut être que globale. Tout thérapeute mélange inévitablement les questions ouvertes et les questions fermées.

Mais dans tout entretien, le thérapeute ne se contente pas d'interroger, il reprend aussi le discours du patient. Or nous avons vu que l'appréhension du discours de l'autre dans un cadre thérapeutique ne peut pas être qu'une simple adhésion aux propos émis : c'est d'abord la prise en compte du discours, puis l'attribution d'un nouveau sens à ce discours. On a donc un premier mouvement discursif (la prise en compte) situé à une distance minimale par rapport aux énoncés sources, et un autre (l'attribution d'un nouveau sens) qui se caractérise par une forte distance par rapport à celui-ci. En suivant cet axe, Anne SALAZAR ORVIG (PROÏA, 2003) propose une typologie des activités interprétatives :

**A/ les reprises.** Elles sont de deux grands types :

- *la reprise d'énoncé* : pure intégration du discours entendu,
- *la reprise d'un constituant discursif* : ici se situent l'anaphore et la

reprise lexicale.

**B/ les reformulations.** Il ne s'agit pas seulement d'une synonymie. Il y a forcément une divergence entre les énoncés et la reformulation. On parle de reformulation jusqu'à un certain seuil de distorsion (FUCHS, 1994). Elles sont de quatre ordres :

- *les reprises modifiées* : cette reformulation reste très proche de l'énoncé source, notamment en reprenant le même lexique,
- *les reformulations non spécifiques* : par exemple : « c'était quand ça ? », où « ça » renvoie au récit du patient mais en laissant à celui-ci la responsabilité de son propos,
- *les reformulations paraphrastiques* : l'interprète reprend l'énoncé du locuteur premier, mais n'en assume pas nécessairement la formulation et donc le point de vue. Exemple : « je crois que vous avez dit que s'il ne faisait pas ses devoirs c'était contre vous... »,
- *les reformulations référentielles* : elles sont à une distance sémantique encore plus grande de l'énoncé source. On pourrait même dire que le seuil de distorsion a été dépassé et que l'on a affaire à un nouveau contenu.

**C/ les interprétations.** Les réponses peuvent prendre la forme d'une interprétation explicite. Cette interprétation peut être de deux formes :

- *les hypothèses interprétatives* : l'énoncé interprétatif se situe dans le même plan narratif mais correspond à une élaboration propre à l'interprète. Par exemple : « et vous envisagez un redoublement ? ». C'est une hypothèse que le thérapeute soumet à l'approbation du patient.
- *les interprétations proposées* : l'énoncé interprétatif est de type réflexif, il effectue un retour sur le discours source, retour qui lui confère un nouveau sens. Par exemple : « j'ai l'impression qu'il y a quelqu'un dont vous avez parlé à plusieurs reprises et qui est important pour vous, c'est... » L'interprète endosse la responsabilité (« j'ai l'impression ») tout en se référant (« vous avez parlé ») au discours du patient. Ce type d'interprétation est primordial en

psychothérapie nous dit l'auteur.

Toute reprise oblige donc le thérapeute à choisir la distance à laquelle il se situe par rapport au discours du patient. Il n'y a donc pas de reprise « neutre ».

Voilà pour les stratégies. Voyons maintenant ce que nous propose la littérature à propos des attitudes possibles du thérapeute en situation d'entretien. Voici comment Alain BLANCHET (1991), à propos de l'entretien en général, décrit l'attitude de l'intervieweur : il « devrait détourner son attention du niveau strictement informatif et s'intéresser particulièrement au niveau intentionnel du discours. Cette écoute « décentrée » conduirait l'intervieweur à analyser le discours de l'interviewé comme une production subjective envers laquelle il exclurait tout jugement moral ou vériconditionnel. » Ainsi, l'auteur propose une activité d'écoute essentiellement interprétative. Pour lui, tout indice verbal ou non verbal traduira un certain état psychologique de l'interviewé, ou être compris comme un des effets de la situation particulière de l'entretien.

Ce même auteur nous propose aussi quelques conseils techniques pour la conduite des entretiens : l'intervieweur doit être « patient, bienveillant, parfois intelligemment critique, non autoritaire ; il ne doit pas conseiller, juger ou discuter avec l'interviewé. L'intervieweur devrait intervenir pour aider l'interviewé à parler et soulager ses inquiétudes, encourager un compte-rendu fidèle et précis de ses pensées et sentiments, aiguiller le discours sur les points oubliés ou négligés [...] ». De plus, cet auteur nous rappelle que l'intervieweur se doit de tenter en permanence de répondre aux trois questions suivantes :

- qu'est-ce qu'il me dit des choses dont il parle (*fonction référentielle*) ?
- qu'est-ce qu'il me dit de ce qu'il en pense (*fonction modale*) ?
- qu'est-ce qu'il me dit de ce qu'il cherche à accomplir comme acte à mon égard (*fonction d'acte*) ?

Cette capacité d'écouter l'autre simultanément sur trois plans rejoint ce que

nous disait Anne SALAZAR ORVIG (2003) du clinicien placé d'autorité dans une double position d'expert et d'herméneute, dès lors qu'il tente de comprendre le patient. Cette attitude nécessite une grande disponibilité. C'est à cette seule condition que le clinicien peut être présent comme interlocuteur « vivant et bienveillant ». Cela suppose au minimum un travail de contrôle de soi, d'observation de soi-même et peut-être même d'auto-analyse (CHILAND, 1987). Ainsi, *l'écoute bienveillante* n'est pas une attitude passive. Ce n'est pas un « masque professionnel ». C'est un travail actif. Actif, car il faut empêcher sa problématique personnelle d'interférer. Ce travail est difficile parce que le patient « vient nous toucher de manière imprévue à nos points les plus sensibles ». C'est donc un travail d'équilibriste car il faut éviter l'identification active -ne pas penser « que ferais-je à sa place ? »-, mais user de sa propre sensibilité pour pouvoir imaginer ce que nous pourrions faire si nous étions lui pour résoudre ce problème. « C'est avec ce que nous ressentons que nous pouvons le servir, à condition de ne pas être débordé » (CHILAND, 1987).

Très proches, Geneviève DUBOIS et Jean-Pierre KUNTZ (1999) dans leur conviction d'un « au-delà » des mots énoncés par le patient, disent « appeler par leur attitude à d'autres mots », ménageant ainsi une aire de parole plus vaste. Ils résument ainsi ce que doit être l'attitude du thérapeute du langage : se placer « dans la position de l'enfant soumis à cette injonction : « tais-toi et écoute »; regarder, accompagner du regard le dire et le geste » pour soutenir l'autre, le reconnaître ; « éprouver : ressentir en nous-mêmes les difficultés de cet autre, sa souffrance [...] dans une relation de sujet à sujet ». Pour ces spécialistes des troubles du langage, cette position se démarque de la cure analytique, même s'ils reconnaissent volontiers un « enracinement dans la dimension symbolique du langage ». Il s'agit en effet « d'être *avec* » le patient, de l'inviter à être dans le « dire », sans pour autant être dans « l'interprétation verbalisée ».

Nous voyons donc que trouver la juste attitude en situation d'entretien engage le thérapeute dans un travail complexe. Il doit à la fois écouter l'autre dans les différentes fonctions de son langage et de son attitude corporelle, être bienveillant sans s'identifier, et ne pas se laisser déborder par sa propre

problématique. Et pour les thérapeutes du langage, il s'agirait même de faire tout cela en minimisant (« être avec ») la distance avec le patient. Tout ceci incite à penser que celui-ci exerce une influence importante sur le comportement du thérapeute. Edmond GILLIERON (1994) a constaté qu'elle était souvent « énorme ». Il a à ce propos édicté une règle générale : « cette influence est inversement proportionnelle à l'expérience du thérapeute ».

### **3.2 Quelles sont les spécificités du premier entretien ?**

Le premier entretien est d'abord un temps d'accueil du sujet. Il s'agit d'accueillir un enfant ou un adulte qui n'a souvent pour seul bagage que quelques mots : « des mots médicaux, diagnostiques, des mots sanctions, des mots douleur aussi, qui nomment le trouble ». On peut aussi le voir comme une promesse : « promesse de respect (d'une personne et de sa parole), respect d'une démarche » (DUBOIS & KUNTZ, 1999).

Comment tenir cette promesse ? « Lorsqu'on demande à des praticiens, qu'ils soient psychologues, médecins, avocats, rééducateurs et d'autres encore, de dire ce qu'ils font lors d'une première entrevue, on rencontre la plupart du temps une certaine gêne. S'il est relativement simple de dire comment on effectue une anamnèse, il est en revanche nettement plus épineux d'expliquer comment on s'y est pris et de quelle manière on s'est engagé en tant que praticien dans cet échange. » nous prévient Eva-Marie GOLDBER (2000). Elle souligne par là la difficulté même de cet exercice.

Formellement, comment est structuré ce premier entretien, cet accueil ? Cette psychanalyste propose les cinq temps suivants :

- l'instantané de la saisie : rapide et éphémère, c'est « l'image et la sensation que suscitent la première vision du patient et de son entourage, mais avant toute analyse, élaboration ». Lors de cette saisie, tous les sens sont mobilisés, particulièrement la vue. D'ailleurs, elle ajoute que le transfert s'engage dès le premier regard,

même s'il lui faut du temps pour se déployer dans la parole. La première apparition du patient et de sa famille nous met aussi en mesure de prévoir la catégorie à laquelle il appartient et les attributs qu'il possède. Ce qu'Ervin GOFFMAN (1968) appelle son « identité sociale », qui regroupe « des attributs personnels tels que l'honnêteté, et des attributs structuraux comme la profession ».

- les élaborations imaginaires : elles prennent appui sur nos expériences propres, nos préjugés et notre culture, ce sont « les associations d'idées, les images, les renvois qui s'élaborent immédiatement à partir des premiers dires du patient ». L'auteur nous incite à laisser venir en nous ces associations, et à noter ces impressions premières. Mais ces élaborations imaginaires ne sont pas que l'apanage du thérapeute : du fait que le patient n'a de réelle référence que celle de son imaginaire, ne connaissant rien du thérapeute hormis sa profession, Edmond GILLIERON (1994) qualifie la situation de premier entretien de « situation psychanalytique plus pure ». En effet, les attentes du patient sont strictement fondées sur ses propres besoins du moment. Ainsi, la part qui relève de l'imaginaire lors d'une première rencontre est essentielle aussi bien pour le patient que pour le thérapeute puisque les deux ne savent rien de l'autre. Seule existe une attente mutuelle. Cette situation peut être très riche en enseignements sur la personnalité du patient : il « imagine » l'autre ; il n'a comme point de repère que ses propres attentes ; « il s'efforce alors, inconsciemment, d'influencer le thérapeute pour le faire correspondre à ses propres attentes ». Pour en savoir plus, il est intéressant d'observer « la manière dont le malade cherche à utiliser le thérapeute » (GILLIERON, 1994).

- le repérage mutuel : il s'agit de ce que le thérapeute comprend des problèmes du patient, et de la prise de conscience par celui-ci de cette compréhension. Pour Eva-Marie GOLDBER (2000), c'est aussi le moment « où le transfert se noue ».

- le moment sensible : c'est le moment, repérable à un mot ou à un comportement précis du patient, où, pour l'auteur, le travail commence véritablement. Et ce moment n'est pas forcément compris comme tel dans l'instant.

- l'accusé de réception : c'est la restitution explicite par le clinicien de ce qu'il a entendu des troubles du patient et de sa demande.

Cette proposition de structure du premier entretien en vaut sans doute une autre, mais nous l'avons arbitrairement choisie comme base de réflexion sur ce thème.

Nous pouvons aussi regarder le premier entretien à la lumière des recherches en éthologie. Celle-ci nous apprend que les rituels soutiennent les protagonistes face à l'angoisse que suscite le caractère de nouveauté de la première rencontre. Mais nous savons tous, pour l'avoir vécu, que cette fonction de « pare-angoisse » est très relative. Elle n'a pas chez l'homme l'efficacité du rituel animal. Pourtant, dans cette situation, l'intensité des émotions ne doit guère différer de ce que peut ressentir un animal. Mais alors que le langage des animaux n'est soumis qu'aux émotions proches, contextuelles, la « fonction parolière » apporte à l'homme une dimension historique. « L'animal est dans l'imaginaire et dans le réel, mais jamais dans le symbolique » (CYRULNIK, 2002). Ainsi, si au cours du premier entretien le patient cherche d'abord à se rassurer à l'aide des échanges ritualisés telles que les formules de politesse, à l'instar des rituels animaux, il va, devant leur peu d'efficacité, se servir des propos destinés à informer son interlocuteur de ce qui l'amène à consulter. Et de fait, le maniement de la parole est un excellent moyen de protection. Mais « moins l'expression verbale est maîtrisée, plus les phénomènes comportementaux sont repérables », plus l'échange est difficile. Il existe donc un lien entre la « tranquillité » de l'échange et le milieu socioculturel (GOLDER, 2000).

Revenons sur la fonction protectrice du langage. Maud MANNONI (1965) pense que le premier entretien est « souvent complètement à reprendre, tant le premier discours des parents est d'abord le discours des autres ». Un discours protecteur donc. La difficulté est alors de faire que le patient devienne sujet porteur de sa propre parole. Pour qu'une mère puisse par exemple lâcher : « cet enfant m'use, je ne peux plus le sentir... », il faut que l'Autre ne se change pas « en éducateur ou en juge », que sa réponse ne soit pas « mutilante pour son être ». Il faut que cet Autre enfin « accepte que jaillisse une vérité qui n'est pas nécessairement conforme à la sienne ».

Si le corps joue un rôle central, la parole, nous le voyons, est essentielle dans sa fonction symbolique pour apaiser la tension de cette première rencontre. Françoise DOLTO (1984) nous rappelle justement que le corps s'articule à la parole dans ce qu'elle nomme *la dimension préverbale*. Cette *histoire préverbale* est faite des rapports qu'a eus l'enfant avec son premier autre tutélaire. Pour elle, cette dimension est particulièrement sensible dans toute première rencontre. Car, tout comme le bébé dépend pour sa survie de l'autre tutélaire, c'est dans l'Autre que réside la réponse à notre questionnement. La première rencontre renvoie au leurre du « où-est-ce-par-quoi-j'aurai-l'Autre ? » et donc, au narcissisme primordial.

En résumé, le premier entretien est à la fois un temps qui mobilise tous nos sens, où l'imaginaire occupe une place très importante, un moment de tension -qui pourra ou non être apaisée-, et un moment d'articulation entre le corps et la parole. C'est aussi un moment où la parole est ambivalente : rassurante, exposante ou mutilante. Or nous avons vu que l'entretien en général dans un cadre thérapeutique était déjà en soi un exercice complexe. Les spécificités du premier entretien combinées à cette complexité expliquent donc que Geneviève DUBOIS et Jean-Pierre KUNTZ (1999) le qualifient de « très éprouvant physiquement et psychiquement tant l'attention et la tension sont grandes ». Ils se disent dans une situation « d'intense réceptivité ». Ils décrivent ce premier entretien ainsi : « Souvent, les mots fusent de toutes parts, les anecdotes s'enchaînent, les associations s'opèrent ; nous nous faisons creuset d'une parole en ébullition. L'histoire de ce sujet, petit à petit, prend forme, contour et densité pour nous ; les lacunes, les

accrocs de l'histoire se font jour également. Nous attendons, relançons, pointant le discours de l'autre de sorte qu'il puisse aller plus loin ».

Ici se repose la question de l'attitude du thérapeute que nous avons évoquée avec Alain BLANCHET, et qui devient encore plus aiguë quand il s'agit du premier entretien. Edmond GILLIERON (1994) décrit ainsi les écueils du premier entretien : « ou bien, dans une perspective diagnostique classique, on en vient à proposer une méthode d'investigation directive, ou bien dans une perspective de psychodynamique, on s'intéresse à la relation thérapeutique et la question diagnostique est mise à l'arrière plan. [Tous les auteurs] s'accordent pour dire que l'on trouve résumé, dans le premier entretien, tous les éléments qui constitueront l'essentiel de la cure psychanalytique ». La psychiatrie semble avoir tenté de résoudre le dilemme en adoptant un entretien en deux phases. Dans le début de l'entretien on adopte une attitude non directive -le propre de la psychanalyse-. Dans la seconde, on devient plus directif -le propre de l'entretien biomédical- (BOUVARD & COTTRAUX, 2002).

Terminons notre recherche sur le premier entretien avec Maud MANNONI (Gallimard, 1965) qui le relativise ainsi : « le premier rendez-vous n'est souvent guère plus qu'une mise au point, une mise en ordre de pièces d'un jeu d'échecs. Tout reste à jouer par la suite, mais les personnages ont pu être mis en place. »

### **3.3 Quels sont les différents types d'anamnèse qui existent ?**

Il apparaît en filigrane dans la réponse aux deux premières questions, « qu'est-ce qu'un entretien ? » et « quelles sont les spécificités du premier entretien ? », que viendraient s'opposer deux conceptions différentes de la manière d'aborder et de mener un entretien dans un cadre thérapeutique. Nous pensions au départ pouvoir la résumer à l'opposition « directif »/« non directif », mais il s'est avéré que s'il existe bien une opposition, les termes en sont nettement plus compliqués et nuancés. C'est ce que nous allons tenter de voir en faisant un tour d'horizon, non exhaustif, des différents « types »

d'anamnèse à caractère thérapeutique.

À tout seigneur, tout honneur, commençons par donner la parole aux médecins :

*"La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile". HIPPOCRATE (IV<sup>ème</sup> siècle avant J.C.)*

*"Ce que l'on nomme l'image clinique n'est pas la simple photographie d'un malade alité ; c'est une peinture impressionniste du malade entouré de son foyer, de son travail, de ses relations, de ses amis, de ses joies, de ses peines, de ses espoirs et de ses craintes"*  
*Francis Weld PEABODY (1881-1927)*

Ces citations ne veulent que souligner deux points :

- en médecine, « un bon interrogatoire fait la moitié du diagnostic »,
- pour cette science, précurseur en la matière, la clinique, et donc l'interrogatoire qui en fait partie, est un art complexe.

Ce qui suit est essentiellement tiré de l'ouvrage de Mark SWARTZ (1991), qui semble faire référence en ce domaine. Selon lui, il n'y a pas de règles bien établies pour mener l'entrevue. Il rappelle cependant « qu'un bon interrogatoire fait appel à l'écoute, à l'évaluation, à l'interrogation, à l'observation et à la compréhension ».

- écoute : être attentif,
- évaluation : séparer ce qui est pertinent de ce qui l'est moins, et classer les renseignements par ordre d'importance,
- interrogation : sonder les domaines importants qui exigent plus de précision,
- observation : exploiter les données de la communication non verbale,

- compréhension : la compréhension des inquiétudes et des appréhensions du malade permet au médecin de jouer un rôle plus empathique.

Pour Mark SWARTZ, le secret, « c'est l'art de poser les questions », le ton de la voix jouant un rôle non négligeable. Sont préférables les questions qui amènent le patient à user librement de la parole. Mais les deux types de questions, ouvertes et fermées, sont complémentaires :

- Les questions ouvertes sont très utiles pour débiter l'entretien ou changer le domaine de discussion. Il faut toutefois veiller à garder le contrôle de l'entrevue.

- Les questions directes servent à diriger l'attention sur certains faits spécifiques dévoilés par ces questions ouvertes. Elle permettent de clarifier et d'ajouter des détails.

Parmi les questions directes, il faut éviter les questions « oui-non ». La réponse est souvent ambiguë. Il faut éviter aussi les questions suggestives telles que « ressentez-vous la douleur dans le bras gauche en même temps que dans la poitrine ? » ; la réponse est fournie dans la question. Enfin, il est bon d'éviter les questions multiples, sources de malentendus. Pour les questions directes, les *comment ?*, *où ?* et *quand ?* sont généralement plus efficaces que les *pourquoi ?* qui ont tendance « à mettre le malade sur la défensive ».

L'auteur insiste sur l'importance d'adapter son langage au malade, en évitant le recours à la terminologie médicale et en n'hésitant pas, au besoin, à recourir à des expressions familières. Il faut avant tout favoriser la *communication*. C'est elle qui est la clé du succès. Pour s'en assurer, l'auteur suggère d'utiliser la *facilitation* («Mmm, Mm », « Continuez »...), la *confrontation* (attirer l'attention du malade sur quelque chose dont il n'est pas conscient), l'*interprétation* (confrontation basée sur la déduction) ou encore la *répétition* (écho aux propos du malade, où l'intonation donne un nouveau sens au mot). À l'inverse, la désapprobation entrave cette communication. Il faut donc savoir « écouter sans préjugés ». Il s'agit aussi d'être attentif au langage corporel : l'expression du visage et des

mouvements du corps fournissent d'utiles indices. Le médecin peut aussi utiliser ce langage (sourire, hochements de tête, regard interrogateur, etc.) pour encourager le malade à continuer. Mais attention, s'il est parfois approprié de faire un signe et de dire « je comprends », quelques malades risquent d'interpréter cela comme un signal que le clinicien en a assez entendu.

Chez SWARTZ, la recherche de la communication n'implique pas une absence de directivité : il propose un plan très détaillé des renseignements à obtenir (motif de la consultation, histoire de la maladie actuelle, antécédents médicaux, antécédents professionnels et environnementaux, antécédents familiaux, antécédents psychosociaux, et enfin revue des systèmes). À la fin de l'entrevue, le clinicien doit avoir « une impression nette » de la demande, de l'histoire du trouble, mais aussi une « certaine compréhension de sa situation économique et sociale ». Enfin, il est bon de laisser au malade le « dernier mot » avec une question comme : « Y a-t-il quelque chose que vous désiriez me dire et que je ne vous ai pas demandé ? ». Ce n'est qu'après cela, qu'il pourra véritablement prendre des notes et entreprendre un examen clinique.

Cette approche humaniste, ou tout au moins humaine, n'a-t-elle pas été bouleversée par « l'économie de santé » et l'arrivée des nouvelles technologies au cours des dernières décennies ? Sur un site universitaire consacré à l'enseignement de la sémiologie médicale aux étudiants en médecine<sup>8</sup>, les auteurs indiquent que l'utilisation des techniques modernes « ne doit avoir pour unique but que d'améliorer les données cliniques et en aucun cas de les supprimer ». Et ils insistent sur une « approche humanisée » des soins aux malades.

Nous venons de le voir, l'opposition « questions ouvertes »/« questions fermées » n'est pas très pertinente. Nous proposons plutôt de distinguer deux types d'anamnèse : *l'anamnèse méthodique* et *l'anamnèse associative* (GILLIERON, 1994).

---

8 <http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/cmglivret.html>

*L'anamnèse méthodique* est basée sur une hypothèse pathogénique. C'est celle que nous venons de voir avec Mark SWARTZ. Le thérapeute cherche à compléter une grille préalablement établie. La finalité est de poser un diagnostic. Il mélange questions ouvertes et questions fermées et cherche à obtenir le maximum d'informations. En général, il étudie l'individu suivant l'axe passé/présent. Il existe un écueil : en dehors des cas où l'étiologie est sûre (maladie organique démontrée), on risque de caser le patient dans une « catégorie essentielle descriptive » (par exemple le DSM IV<sup>9</sup> en psychiatrie). Par contre, l'avantage indéniable de ce type d'anamnèse, est qu'il repose souvent sur une démarche scientifique. En sciences, le chercheur observe un phénomène à l'aide d'une grille préalable, établie à partir d'une part de ce qu'il voudrait trouver et d'autre part d'une théorie. À l'instar du chercheur, le thérapeute va mettre en rapport l'observation clinique et un modèle théorique de référence. Par exemple, le neuropsychologue établira des liens précis entre une liaison clairement localisée et la symptomatologie (GILLIERON, 1994).

Ce type d'anamnèse n'est pas réservé aux thérapies « dures » comme l'allopathie. On peut le retrouver en médecine dans l'oligothérapie qui propose une « approche fonctionnelle », en rapport avec la *notion de terrain* (SIMON, 2002). A partir d'une anamnèse détaillée et très organisée, et d'une observation clinique du comportement du patient, l'oligothérapeute se propose de le ranger dans une des quatre « grandes familles » : *Hyper, Hypo, Dystonie, Anergie*. De même, l'entretien d'anamnèse reste un élément essentiel de l'homéopathie. Le plus souvent, l'homéopathe réalise une anamnèse très longue, qui peut durer jusqu'à deux heures, et qui lui permet de s'informer non seulement des troubles ressentis par le patient, mais aussi de connaître toute l'histoire de ce dernier. Il insiste dans un premier temps sur l'épisode le plus récent : début des troubles, symptomatologie, puis il pousse l'interrogatoire aux antécédents les plus lointains du patient, à ses habitudes de vie : sommeil, habitudes alimentaires, digestion, sexualité,

---

9 Le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4) est un outil de classification qui représente le résultat actuel des efforts poursuivis depuis une trentaine d'années aux États-Unis pour définir de plus en plus précisément les troubles mentaux. Il a été publié par l'Association américaine de psychiatrie en 1994. Il s'agit de la 4ème version du DSM.

tempérament... (SAREMBAUD, 1999).

De même, la psychologie comportementale et cognitive utilise une approche méthodique (MIRABEL SARRON, 1995). Les entretiens se déroulent en deux temps : un premier entretien d'ordre clinique pour établir un diagnostic symptomatologique et d'autre part, faire préciser la demande ; un deuxième entretien pour poser un diagnostic fonctionnel. Le premier repose sur un « questionnement inductif », où est largement fait usage de la reformulation. Mais c'est surtout le deuxième entretien qui est sous-tendu par une démarche scientifique qui vise à émettre une hypothèse fonctionnelle de compréhension des troubles. Il existe plusieurs méthodes très précises d'analyse fonctionnelle qui prennent appui sur l'interrogatoire des comportements du patient : S.O.C. (Stimulus-Organismes-Conséquences), B.A.S.I.C. I.D.E.A. (Behavior, Affect, Sensation, Imagery, Cognitions, Interpersonnal, Drugs, Expectations, Attent), S.E.C.C.A. (Stimulus, Emotions, Cognitions, Comportement, Anticipation), etc. Malgré tout, la grande majorité des thérapeutes, avec l'expérience, ne suivraient pas les grands modèles formels d'analyse.

Ainsi, l'*anamnèse méthodique* se distingue par une méthode, une grille ou un modèle, une lecture chronologique de l'histoire du trouble, mais surtout, et c'est sans doute là l'essentiel, par une volonté de faire correspondre une symptomatologie avec un modèle théorique et scientifique précis. Quelles pourraient en être les limites ou les dérives ? Eva-Marie GOLDBER (2000) note à propos des systémistes<sup>10</sup> qu'ils réduisent une communication à des significations. Ils modélisent, à partir de l'anamnèse et des observations, la communication et les interactions entre le(s) patient(s) et l'entourage, puis tentent de manipuler celles-ci. Or pour elle, « affirmer qu'une observation exprime quelque chose d'*objectif* concernant l'observé est pure fiction ». Elle y voit même un « primat de la maîtrise », « une volonté de réduire l'autre au pouvoir du plus fort ». Elle cite aussi le cas de l'*Ecole de Milan* qui « semble avoir réussi l'impossible, puisqu'elle peut se passer de la présence de la

---

10 le modèle des systémistes se fonde sur le principe de bipolarité entre l'émetteur et le récepteur ainsi que sur une transition circulaire de l'information. Une des nombreuses divergences entre la théorie analytique et la théorie systémiste est dans l'approche quant à la fonction de l'interlocuteur.

famille pour établir le programme de rééducation ». Le mode anamnestique et thérapeutique est le suivant : le thérapeute établit une fiche détaillée dès le premier coup de téléphone, sur laquelle il note les informations recueillies. A partir de cette fiche, il construit une hypothèse de fonctionnement et un programme d'intervention. Sans hypothèse, pas de travail possible, mais avec, le thérapeute est comme « un train sur des rails ». On est assez loin du « sujet porteur de sa parole » (DUBOIS, 1999), ou de l'auto-analyse (CHILAND, 1987). De plus, ce travail semble faire peu de cas de ce que peut ressentir le thérapeute.

*L'anamnèse méthodique* suit donc une direction donnée par un modèle théorique, selon des critères scientifiques. À l'inverse, *l'anamnèse associative* suit une direction donnée par l'inconscient du patient. « Elle consiste à mettre en rapport les problèmes actuels du patient avec le passé ; plus exactement, la procédure est la suivante : dans les premières minutes de l'entretien, le patient expose d'ordinaire les raisons qui l'ont conduit chez le thérapeute ; il parle de ses symptômes ou de ses conflits actuels ; il précise aussi le début de leur apparition (GILLIERON, 1994). » L'initiative de l'anamnèse appartient donc au patient. Dans *l'anamnèse associative*, le thérapeute « ne se contente pas d'écouter son patient ; il a d'emblée une première réaction émotionnelle intérieure [...] Il doit s'exercer à reconnaître en lui ces premières réactions émotionnelles car elles sont un très puissant instrument d'investigation. » Ces réactions émotionnelles relèvent de facteurs liés pour une part au patient, et pour une autre part au thérapeute lui-même. Pour le patient, ces facteurs dépendent d'une certaine « qualité de la relation » qu'il cherche à établir avec le thérapeute et qui dépend directement de sa personnalité. Il en est de même pour le thérapeute, d'où la nécessité d'avoir « quelques connaissances de lui-même au moment il reçoit son patient ». La réaction émotionnelle du thérapeute est donc « le produit de la rencontre de sa propre personnalité et de celle du patient », produit malgré tout affecté par la dissymétrie de la relation, et la nécessaire réserve du thérapeute. Mais cette « position réceptive » du thérapeute ne le protège guère. Pour se défendre il a intérêt à « comprendre ce qui se passe », et donc émettre des hypothèses. En posant une question comme « pouvez-vous me

parler de votre vie familiale ? » Ou « de votre vie professionnelle ? » Le thérapeute doit pouvoir « se faire une idée des relations du patient avec son environnement », à condition qu'il « porte son attention sur ce qui est en train de changer dans le moment actuel ». En résumé, le thérapeute doit se laisser influencer pour poser un diagnostic, selon deux points de vue :

- l'observation du comportement lors du premier entretien (point de vue actuel),
- l'anamnèse du sujet (point de vue historique).

Souvent, les données anamnestiques viendront confirmer des hypothèses construites sur la base du comportement du patient à la première consultation. Ainsi, en laissant le patient « imposer un rôle » au clinicien, on lui permet de montrer « comment ses souffrances pourraient être apaisées » (GILLIERON, 1994).

Par ailleurs l'*anamnèse associative* requiert un type d'écoute particulier : l'*écoute flottante*. Elle impose, par exemple, de ne pas vouloir reconstituer immédiatement une histoire familiale. En effet, on risquerait d'y « perdre le bénéfice d'un effet rendu par le récit du narrateur. Ainsi, un effet de fouillis peut ne pas être lié au contenu précis mais à une impression désagréable qu'on s'y perd. » (GOLDER, 2000) De la même façon, la recherche à travers l'anamnèse de faits précis et avérés pourrait être un travers : Maud MANNONI (Le Seuil, 1965) insiste sur le fait qu'une « certaine vérité » peut apparaître à travers le mensonge.

En synthèse, et si nous acceptons l'idée que dans toute relation thérapeutique comme dans toute relation interhumaine s'opère un certain transfert, nous pouvons diviser les thérapeutes en deux groupes selon la place qu'ils accordent à l'inconscient : les praticiens de l'*anamnèse méthodique* « qui travaillent dans le transfert », et les praticiens de l'*anamnèse associative* « qui travaillent sur le transfert ». C'est sur cette notion de transfert que les différentes écoles « se séparent le plus radicalement ». (GOLDER, 2000). Ce propos mériterait peut-être d'être nuancé (en tous cas en ce qui concerne les orthophonistes) en ce sens : plus que le choix d'une de ces deux pratiques, ce serait plutôt l'intention de privilégier les aspects méthodiques ou les aspects

associatifs de l'anamnèse qui départagerait

Néanmoins, cette distinction semble opposer les thérapeutes « organistes » et les cognitivo-comportementalistes d'un côté, aux psychothérapeutes d'obédience analytique de l'autre. En fait, les positions, même au sein de ces professions, seraient moins tranchées. Ainsi, Françoise DOLTO n'entreprenait pas une cure sans avoir au préalable réalisé une anamnèse complète avec l'enfant et sa famille, nous apprend la revue « Le Coq Héron » (1989). Entre autres, parce que cela permettait à l'enfant de ré-élaborer sa propre histoire. Dans « Le travail psychothérapeutique », elle décrit par le menu tout ce que « le psychothérapeute doit savoir en interrogeant les parents ». Cette psychanalyste propose ainsi sur plusieurs pages ce qui ressemble bien à une *anamnèse méthodique* (DOLTO, 2002). De même, Maud MANNONI, autre figure emblématique de la psychanalyse française, s'est toujours gardée d'opposer étiologie psychologique et organique : le médecin et l'analyste n'auraient pas à se disputer des domaines dont les rapports sont inconnus. De la même façon, elle respectait la psychométrie tout en constatant la « très grande diversité de réussite scolaire et sociale chez ces enfants à Q. I. insuffisants » (MANNONI, Le Seuil, 1965). Ainsi, tout en pratiquant une approche *associative*, elle reconnaissait un bien-fondé à l'*anamnèse méthodique*.

Edmond GILLIERON (1994), psychiatre et enseignant, brouille les cartes en proposant une anamnèse selon un point de vue « psychodynamique globalisant », issue selon lui d'une synthèse des théories systémiste et psychanalytique. Cette anamnèse se déroule comme suit :

- observation attentive de la relation médecin-malade,
- étude des modalités de la consultation,
- à ce stade le thérapeute émet des hypothèses pour lui-même,
- reconstitution des éléments anamnestiques sur la base de ces hypothèses.

Ce schéma suit « un ordre chronologique inverse de l'ordre habituel : plutôt que d'expliquer la psychopathologie actuelle en fonction du passé, on reconstruit le passé, sous forme d'hypothèses, à partir de la problématique présente, ce qui correspond exactement à la démarche du psychanalyste, à la différence près que l'on recherche des indices très précoces -et, si possible vérifiables- du fonctionnement psychique du sujet consultant ». Cette démarche au cours de laquelle « les anamnèses familiale ou personnelle sont utilisées comme moyens de vérification d'hypothèses initiales émises sur la base des premières interactions intervenant entre le patient et le thérapeute », reprend un principe de la psychanalyse : aller du présent au passé, mais s'appuie sur une démarche systémiste : « étudier la dynamique relationnelle précoce qui s'installe entre le patient et le thérapeute [...], l'analyser et la rapporter à la structure psychologique du patient, à la nature des problèmes qui le conduisent à la consultation et enfin aux antécédents de ce dernier ». Difficile de dire s'il s'agit là d'une *anamnèse associative* ou *méthodique*...

Enfin, du côté des « méthodistes », CÉLÉRIER, ORESVE & JANIAUD (1999) décrivent le médecin généraliste comme un organiste qui jouerait avec deux claviers et un pédalier, soit trois niveaux :

- Le premier concerne le travail minutieux de recueil des données, de tri des symptômes et d'identification de la maladie. Qui peut se résumer par l'aphorisme : « Ne pas passer à côté de .... »
- Le second se caractérise plus par une "attention flottante" qui prête plus l'oreille au contexte de vie du patient sur les plan personnel, familial, professionnel, etc.... On pourrait le résumer par : « Ne pas passer à côté de ... l'écoute de la vie ».
- Le troisième niveau est celui où le médecin se met à l'écoute de ce que le discours du patient, le « style » de celui-ci éveille en lui-même comme mouvements émotionnels divers (sympathie, antipathie, agressivité, lassitude, envie de s'endormir, angoisse, etc...) et dont l'origine n'est pas toujours évidente, formée qu'elle est, à la fois par des choses appartenant à la problématique éventuelle du patient (qu'il « transfère » à son médecin) et par des éléments appartenant en propre à l'histoire personnelle du médecin et qui sont réveillés par le

patient (à son insu) : *contre-transfert*.

Nous pouvons aussi re-citer les mots prononcés au début du XXe siècle par le médecin Francis WELD PEABODY, pour qui « l'image clinique [...] est une peinture impressionniste du malade... ». Ces propos, que ne renieraient sans doute pas nombre de ses confrères actuels, sont-ils si éloignés de l'*anamnèse associative* ?

Nous retiendrons de ce chapitre consacré aux différents types d'anamnèse que s'il existe bien un distinguo entre *anamnèse associative* et *anamnèse méthodique*, il n'est peut-être pas radical. Par contre, un préalable théorique semble nécessaire au thérapeute pour choisir le type d'anamnèse qu'il souhaite pratiquer. « Si l'on peut concevoir que la relation d'aide et de conseil ne nécessite pas forcément une analyse personnelle, l'absence de théorie de référence est déjà plus problématique, puisqu'elle ouvre la porte à l'arbitraire. » (GOLDER, 2000)

### **3.4 Que sait-on du langage verbal et du langage non verbal au cours d'un entretien ?**

Un autre aspect de l'entretien relève de sa complexité : « dans l'échange, certaines paroles visent à communiquer un message, d'autres à l'occulter. La communication verbale (ou digitale) s'accompagne toujours d'une communication non verbale (ou analogique) et ces deux modes de communication peuvent s'accorder ou se contredire » (CHILAND, 1987) ; ces deux modes « sont à part égale dans le langage » (GOLDER, 2000). L'inconscient -Jacques LACAN le disait structuré comme un langage- s'exprime donc autant par la parole que par le corps. Si chez l'animal le comportement face à une situation est à peu près prévisible, chez l'homme, son attitude corporelle dépend directement de sa propre histoire (GOLDER, 2000). Cette histoire spécifique vient s'articuler avec le corps et la parole dans une sorte « d'émoi » (DOLTO, 1984). La gestualité est donc un signal complexe, difficile à interpréter. Mais ce signal est "en attente de symbolisation » et c'est l'interlocuteur, le thérapeute, qui lui donnera un sens.

Le clinicien, dans son attitude bienveillante de réserve, laisse se déposer en lui certains indices comme les vêtements, la posture, les gestes, la mimique, etc, dont il a plus ou moins conscience (CHILAND, 1987).

Et s'il en a conscience, que doit-il en faire ? Quelle attention doit-il porter à ce « langage » ? Eva-Marie GOLDER (2000) nous propose par exemple « de repérer les signes d'embarras et d'en tenir compte de telle sorte que la peur s'atténue graduellement dans l'échange ». Cette peur traduirait le conflit entre l'attirance (l'envie d'être pris en charge) et la peur de l'inconnu en situation de premier entretien. Nous avons vu justement que la parole est un moyen de protection lors du premier entretien (CYRULNIK, 2002), peut-être le langage est-il plus transparent ?

Cette question du corps et de la gestualité peut embarrasser le praticien. Il peut aussi renoncer à essayer d'y voir quelque chose. Encore une fois, nous retrouvons une opposition entre deux attitudes possibles, l'une avec comme point d'appui le regard, et l'autre basée sur l'écoute. Ces deux attitudes, poussées à l'extrême, ont pu donner lieu, pour la première, à des « pratiques regrettables » sur le plan éducatif (comportementalisme) et pour la seconde, à des « dérives verbeuses » (logocentrisme) qu'expliquerait peut-être en partie « l'atrophie de nos sens ». Mais entre les deux, beaucoup de « nouvelles pratiques tout à fait intéressantes » ont pu voir le jour (GOLDER, 2000).

Dans cette optique, les cliniciens, et notamment les orthophonistes qui devraient y être particulièrement formés, se doivent de porter une attention particulière à la voix. Ivan FONAGY (1983) considère l'air phonatoire comme une partie du corps ; Françoise DOLTO (1984) considère, elle, le larynx comme lieu du désir par excellence. Il appartient donc aux cliniciens de recevoir cette voix et, tout comme pour la parole, de « l'entendre » à plusieurs niveaux.

Enfin, s'il est bien une personne avec qui il faut porter une attention toute particulière au langage du corps, c'est l'enfant. Celui-ci est en général inhibé par la situation d'entretien, et tend souvent à se manifester, alors que souvent ses parents se plaignent de lui, par son attitude corporelle. « Le regard, en l'occurrence, joue un rôle capital » (GOLDER, 2000).

Nous pourrions terminer ce propos sur le corps par deux pensées : « l'importance d'un moi qui se croit immortel dans un corps qui se sait mortel », ou encore : « le corps sait ce que le conscient refuse de savoir » (LELOUP, 1994). Cette dernière pensée rejoint l'idée que « le mot représente une chose, sans être vraiment la chose elle-même [...], ce qui revient à dire que toute communication verbale est ambiguë, au contraire des communications non verbales qui, elles, sont toujours univoques » (GILLIERON, 1994).

### **3.5 Que peut-on dire des sources anamnestiques ?**

Rappelons que dans la définition que donne le Dictionnaire d'Orthophonie (2002) de l'anamnèse, les renseignements sont recueillis « au moyen d'entretien ou de tout autre possibilité ». C'est donc à ces autres sources d'information que nous allons nous intéresser. Nous avons trouvé et retenu relativement peu de choses sur ce sujet. Malgré tout, nous proposons d'aborder deux aspects de cette question :

- les renseignements fournis par d'autres sur le patient,
- le dessin comme source d'information.

Que peut nous apprendre l'entourage du patient, en dehors de l'entretien ? Une première information nous est déjà donnée par la présence ou non de l'accompagnant lors de la première rencontre. Ainsi, si ce dernier montre un désir de rentrer dans le bureau du praticien en même temps que le patient, c'est qu'il se considère en quelque sorte « co-thérapeute » et qu'il souhaite garder un certain « contrôle de la situation » (GILLIERON, 1994). C'est évidemment bien souvent le cas en orthophonie, où les enfants représentent

une part écrasante de la patientèle et où l'accompagnant est le plus souvent un parent. Mais justement, la capacité, ou non, à rester en retrait derrière l'enfant au moment de quitter la salle d'attente, est riche d'enseignements. De manière plus générale, l'intervention d'un proche auprès du thérapeute, par téléphone par exemple, peut provoquer une certaine irritation chez ce dernier qui peut considérer que l'autre « se mêle de ce qui ne le regarde pas ». Mais s'il passe par dessus cette irritation, cette intervention l'informe que des « difficultés opposent actuellement l'auteur de l'appel » au patient. C'est ensuite le contenu même de l'intervention qui dira au praticien si ces difficultés relèvent « d'un excès de dépendance », ou à l'inverse « d'un excès de rivalité ». De la même façon, le premier contact téléphonique avec le parent ou un membre de l'entourage renseigne sur la place à laquelle est mise le thérapeute. Soit « il se montre succinct et évoque un simple besoin d'aide [...], soit il s'efforce de retenir le thérapeute au téléphone et cherche à lui expliquer l'ensemble de ses problèmes ». Cette dernière attitude qui consiste à impliquer le thérapeute avant de l'avoir rencontré, « implique une non-reconnaissance de l'autre en tant que personne indépendante ». (GILLIERON, 1994)

Intéressons-nous aux « prescripteurs ». En orthophonie ce terme peut être entendu aussi bien pour le médecin qui signe l'ordonnance, que pour l'enseignant, le psychothérapeute, le psychomotricien, l'orthodontiste, le médecin spécialiste, un proche de la famille, etc. en amont de la demande. L'existence et la nature de ce « prescripteur » nous apprend deux choses (GILLIERON, 1994) :

- que le patient pouvait ne pas avoir conscience de ses troubles, « que sa venue est le résultat d'un « conflit » avec le monde extérieur »,
- quel est l'objet même du problème du patient : difficultés scolaires, problèmes comportementaux, médicaux...

Prenons le cas où le patient vient avec un courrier d'un autre professionnel, ou que sa visite s'accompagne d'un appel de celui-ci. Le support choisi (écrit ou téléphone) n'est pas dénué de sens. L'écrit est plus rationnel, plus froid, marque une certaine distance ; le téléphone est plus spontané, plus chaleureux. Dans tous les cas, il convient « de s'intéresser en premier lieu à

l'attitude de la personne qui adresse le patient et en second lieu seulement au contenu du message ». Quant un professionnel adresse un patient à un soignant, il reconnaît par la « sa propre impuissance à traiter le problème » et reconnaît des capacités chez l'autre, « ce qui n'est pas toujours facile ». C'est le contenu du message qui éclairera alors les raisons qui ont motivé ce professionnel à orienter le patient. Cette réaction « contre-transférentielle » peut être de l'ordre du rejet, de l'angoisse, de la culpabilité, de la compassion... (GILLIERON, 1994)

Une idée nous semblait intéressante : qu'il pourrait exister, entre professionnels de santé, la possibilité d'une « anamnèse croisée ». Malheureusement, nous n'avons pas trouvé trace de cette notion dans la littérature.

Laissons de côté les autres, et intéressons-nous maintenant aux productions mêmes du patient comme sources possibles d'information. Par exemple, les cahiers d'école d'un enfant informent évidemment le thérapeute de son niveau et/ou de son implication scolaire. Il n'y a apparemment guère là de matière à débat puisque nous n'avons rencontré aucun auteur qui ait jugé digne de parler de ce que pouvait en tirer un clinicien. Ce n'est pas le cas pour le dessin d'enfant qui semble susciter plus d'intérêt, peut-être comme le dit Daniel WIDLÖCHER (1998) « parce qu'il n'existe pas de dessins d'adultes ». Dans un cadre orthophonique, le dessin d'enfant peut être aussi bien celui qu'il réalise pendant l'anamnèse, que celui apporté par les parents ou l'enfant lui-même. Daniel WIDLÖCHER, médecin des hôpitaux de Paris, et Françoise DOLTO qui se voulait « médecin d'éducation », sont les deux auteurs que nous avons retenus parmi beaucoup d'autres parce qu'ils nous semblent assez représentatifs de ce qui a pu être écrit sur le sujet.

Tout d'abord, d'où vient la tentation pour l'adulte de donner au dessin d'enfant une valeur informative ? Est-ce parce que ce dessin est, « à chaque étape de l'évolution des aptitudes intellectuelles, perceptives et motrices de l'enfant, un juste compromis entre ses intentions narratives et ses moyens ». Autrement dit, le thérapeute saurait qu'il lui permet de savoir quelque chose à la fois des désirs et des capacités de l'enfant. Ou peut-être est-ce le résultat

d'une démarche moins consciente de sa part : partant du désir de communiquer avec l'enfant, « c'est-à-dire de voir avec des yeux simples l'image qu'il nous livre, il « glisse sensiblement au désir de le percer à jour au-delà même de ce qu'il peut exprimer de lui ». L'adulte souhaiterait donc « retrouver une partie de son pouvoir perdu et échapper à la nécessité d'un véritable dialogue ». (WIDLÖCHER, 1998)

Quelle que soit son intention, que peut espérer apprendre l'adulte du dessin de l'enfant ? Tout d'abord, voyons avec Françoise DOLTO (2002) ce qu'est un dessin d'enfant. Avant toute chose, elle affirme que « quand un enfant dessine, c'est toujours son portrait qu'il dessine ; sans cela il ne dessinerait pas ». Le dessin de l'enfant, c'est donc l'enfant lui-même. C'est pourquoi elle demandait toujours à l'enfant : « Où es-tu dans le dessin ? Où tu serais si tu étais dans le dessin ? » Et ce que l'enfant représente de lui-même dans le dessin, c'est avant tout l'image inconsciente de son corps. Celui que « tout un chacun porte en lui, à chaque moment de son existence, réveillé, statique, fonctionnel ou endormi ». Ces « images implicites que les adultes dégagent en parlant », Françoise DOLTO les retrouve de façon formellement explicite chez les enfants dans leur dessin ou leur modelage : le dessin « est un langage différent du langage parlé. C'est une structure du corps que l'enfant projette, et avec laquelle il articule sa relation au monde [...] Un dessin c'est plus que l'équivalent d'un rêve, c'est en soi-même un rêve ou, si vous préférez, un fantasme devenu vivant. Le dessin fait concrètement exister l'image inconsciente du corps dans sa fonction médiatrice. C'est ça qui est important. » Image du corps et rapport au monde, voilà donc l'essentiel du dessin d'enfant. Mais Françoise DOLTO reconnaît que l'on peut aussi « envisager le dessin d'un point de vue graphique et analyser la manière adoptée par l'enfant pour agencer les différentes composantes du dessin ».

Justement, voyons avec Daniel WIDLÖCHER (1998) comment utiliser cette source d'information qu'est le dessin. L'auteur analyse celui-ci suivant trois niveaux :

- sa *valeur expressive* : elle s'inscrit dans le « geste graphique lui-même ». Le dessin enregistre « l'état émotionnel » ; le trait peut être

par exemple « rageur et agressif » ou « hésitant et à peine accusé ». Rose ALSCHULER (1947) a ainsi étudié le lien entre le style graphique et la vie affective d'un nombre important d'enfants. Elle en a tiré quelques principes, comme, entre autres exemples : « la prédominance des formes circulaires serait un signe d'immaturité » ; les lignes courbes sont le fait d'enfants sensibles, « soucieux de rechercher l'approbation des adultes »... Daniel WIDLÖCHER nous invite aussi à considérer le choix des couleurs au-delà de leur fonction symbolique traditionnelle, en tant qu'elles donnent « des impressions de tristesse ou de joie, d'harmonie paisible ou de tension », etc. mais l'auteur insiste sur « le caractère très conjectural de ces interprétations » : « il faut tenir compte des autres facteurs et ne pas généraliser à partir d'un détail ».

- sa *valeur projective* : il s'agit « d'appréhender l'effet global provoqué par le dessin », celui-ci refléterait « une vue d'ensemble de la personnalité ». L'auteur dégage deux pôles, deux tendances, qu'on retrouverait chez tous les enfants, selon « des modalités diverses et changeantes ». Le premier pôle est *l'enfant sensoriel* ; « il s'intéresse aux objets familiers [...] Son dessin donne une impression d'extrême richesse [...] Le mouvement et la vie sont dans toutes les dimensions et dans tous les plans de la feuille [...] La couleur domine la forme et donne un ensemble d'impressions de lumière et de vie ». À l'opposé, se situe *l'enfant rationnel* chez qui « le dessin l'emporte sur la couleur [...] La construction est précise, équilibrée, mais statique, figée [...] La symétrie domine, l'espace n'est rempli qu'incomplètement, les objets laissent entre eux des surfaces vides ».

- sa *valeur narrative* : le choix des thèmes et des objets est souvent propre à l'enfant. On peut deviner derrière ces thèmes (scènes de guerre, d'agression, scène domestique, scène entre animaux...) « les préoccupations habituelles, les craintes et les désirs qui commandent la marche des rêveries ». Daniel WIDLÖCHER distingue deux analyses possibles de la valeur narrative du dessin : une interprétation symbolique et une interprétation psychanalytique.

« Lorsque l'enfant nous présente, dans un univers d'animaux féroces, l'araignée comme la bête la plus redoutable, parce qu'elle tue par plaisir et non par faim, il faut prendre ce thème au pied de la lettre et lui garder sa dimension de symbole avant même d'avancer une interprétation psychanalytique [...] Le point de vue psychanalytique apparaît quand [...] nous voyons que le choix de certains objets, de certains thèmes, de certaines particularités stylistiques sont inexplicables pour lui [...] L'histoire racontée s'inscrit dans un registre de pensée différent du système de pensée conscient ». La valeur narrative du dessin a donc surtout une signification symbolique.

Nous concluons cette réflexion sur le dessin d'enfant par quelques mises en garde :

- Il faut se méfier des interprétations trop projectives et trop mécaniques. Ainsi, « prêter (au symbolisme de l'espace) une valeur générale dépasse le cadre des hypothèses de travail raisonnables ». La symbolique générale de l'espace est au service de l'expression graphique, elle n'est pas la projection d'une image de la vie psychique et de la personnalité du patient. (WIDLÖCHER, 1998)

- Naïveté et prudence sont de rigueur en ce domaine : « il faudra prendre le dessin pour ce qu'il est, une image, et rien qu'une image, mais en même temps savoir que cette image est un mode d'écriture complexe [...] Il faudra considérer l'enfant qui dessine dans ce qu'il prétend faire : nous raconter une histoire, et rien qu'une histoire, mais aussi reconnaître dans cette intention les multiples voies dont il use pour exprimer à l'autre le cheminement de ses désirs, de ses conflits et de ses craintes ». (WIDLÖCHER, 1998)

- Attention à ce que l'on restitue de nos interprétations : « ceux qui dispensent à travers les hebdomadaires tests et horoscopes savent que celui qui désire qu'on le devine, ne tolère en définitive que des interprétations qui ne blessent pas trop l'image qu'il se fait de lui-

même ». (WIDLÖCHER, 1998)

- Enfin et surtout, « on ne raconte pas un dessin, c'est l'enfant lui-même qui se raconte à travers le dessin » (DOLTO, 2002), ou, comme le reconnaît Daniel WIDLÖCHER, le dessin d'enfant « a une faible valeur informative : [...] seul nous touche sa valeur de communication personnelle » (WIDLÖCHER, 1998). Ces propos viennent relativiser l'intérêt de l'exploitation des dessins d'enfants comme sources anamnétiques, et les ramener à l'essentiel de ce qu'ils sont : un moyen d'expression privilégiée pour l'enfant, à charge pour l'adulte d'en faire une occasion de communication. L'intérêt de l'objet-dessin semble moins important que l'acte créateur lui-même.

Pour finir sur cette question concernant les sources anamnétiques, nous devons reconnaître que nous avons laissé de côté une question qui est apparue au cours de nos lectures : peut-on, doit-on, enregistrer ou filmer les séances d'anamnèse ? par exemple, Boris CYRULNIK (2002) qui a fait le pari d'articuler ensemble les découvertes de l'éthologie et de la psychanalyse, pense que « le regard demeure prédominant et justifie l'enregistrement vidéo des séances ».

### **3.6 Que peut-on dire de la demande du patient, et de l'histoire de son trouble ?**

Nous avons vu, en étudiant les savoirs théoriques en lien avec l'anamnèse en orthophonie, que l'objet du bilan et la demande initiale faisaient partie des premiers items enseignés. Ce renseignement permettait de répondre à quatre nécessités : administrative (définir la cotation de l'acte bilan), professionnelle (choisir le type de bilan), d'ordre psychanalytique (dissocier la demande initiale de la demande réelle), d'ordre thérapeutique (dissocier la demande du patient de celle de son entourage).

Nous laisserons de côté les deux premières nécessités qui appartiennent en propre au champ de l'orthophonie, et nous concentrerons sur les deux

dernières.

En préalable, il ne faut pas oublier qu'un patient et son entourage qui viennent consulter pour la première fois sont animés par des sentiments ambivalents. Ils sont le plus souvent en situation « de crise » (GILLIERON, 1994) et l'objet de pensées contradictoires, conscientes ou inconscientes, qui peuvent aller du désir -celui d'être pris en charge et d'établir une communication authentique- à la méfiance -que me veut-il ? comment me dérober ?- (CHILAND, 1987). Aussi faut-il prendre les premières phrases, la première demande, formulées par le patient et son entourage comme une information fondamentale : c'est « ce qui pousse consciemment le patient à consulter (motivation consciente) ; ce qu'il veut faire croire ou « penser » au thérapeute » (GILLIERON, 1994). Il n'y a donc pas lieu de s'étonner de certaines demandes initiales, celles-ci peuvent être l'expression d'une défense, d'un désir, pas toujours en adéquation avec le trouble lui-même, mais représentent une façon délibérée d'exposer le problème. Ce qu'un sujet exprime involontairement de son propre trouble est en soi une information précieuse. Mais souvent, la vraie réponse à la question « qu'est-ce qui ne va pas ? » sera « trop prompte ou lente à venir ». Parce que ce qui pose problème « c'est justement ce qu'on a du mal à dire ou ce qu'on dit trop vite, c'est toujours ce qu'on ne dit pas ». Il importe donc au thérapeute de savoir écouter « ce qui ne se dit pas, ce qu'on ne peut pas dire » (LELOUP, 1994). Entendre le non-dit... Hélas, comme le dit le Dr Monique GUERIN (1995), « cet art de la communication, de la perception de ce qui n'est pas dit explicitement par le patient mais qui est souhaité, reste encore bien imparfait ».

Pour être à même d'entendre ce qui n'est « pas dit », il faut justement laisser l'autre « dire ». Dans le cas d'un enfant, « rapporter simplement la plainte de l'entourage s'avère insuffisant ; il est nécessaire en effet qu'un enfant puisse de ses difficultés exprimer un ressenti. Ce peut être simplement quelques mots, une plainte qui, en authentifiant une souffrance, un malaise, donnent aux troubles un éclairage tout particulier, révélateur du symptôme, donc de la coïncidence entre signe et sens » (DUBOIS & KUNTZ, 1999). D'une manière générale, nous avons vu qu'il fallait ménager « une aire de parole ».

C'est à cette condition « que peut se déplacer toute une histoire ; celle que peuvent reprendre les parents à propos de leur enfant, celle qu'un enfant évoque quand il nous dit ce qui pour lui est difficile. Cela peut prendre du temps. Mais c'est un temps fondamental et irremplaçable où s'élabore une véritable demande ». C'est « un point de rencontre » entre les demandes de chacun, « parfois contradictoires », mais qui peuvent ainsi se muer « en vraie motivation » (DUBOIS & KUNTZ, 1999). Dans ce cas, il ne s'agit plus de dissocier la demande du patient de celle de son entourage, mais de les faire coïncider dans un projet nouveau. Pour ce faire, le thérapeute à qui l'on demande de répondre par des recettes éducatives », et donc directement à la demande de l'entourage, doit savoir ne pas intervenir « à un niveau pédagogique », mais sauvegarder la dimension symbolique afin « d'aider le sujet à articuler sa demande, pour qu'il puisse lui donner un sens » (MANNONI, 1965). En allant même plus loin, l'entrevue avec les parents « vise essentiellement, dans un premier temps, à une mise en question du diagnostic élaboré et apporté par la famille ». Cette remise en question ne va pas sans un certain « désarroi » pour les parents. Ceux-ci « découvrent alors que le symptôme scolaire servait à masquer tous les malentendus, les mensonges et les refus ».

Ce point de vue est résolument psychanalytique. Il s'agit bien, comme il nous l'a été enseigné, de dissocier la demande initiale de la demande réelle. Continuons avec Maud MANNONI dans cette voie : « la maladie organique de l'enfant colmate [...] l'angoisse maternelle, c'est en langage de corps que l'enfant exprime ou signifie le désarroi de la mère ». La maladie est un symptôme qui vient ici s'inscrire dans la relation du sujet à l'Autre. Pour Maud MANNONI, il en est de même pour les troubles scolaires. Ainsi quand un enfant, un étudiant, vient consulter parce qu'il « n'arrive pas à travailler », il s'agit pour elle « toujours d'un masque, cachant une vérité qui se situe ailleurs. C'est pourquoi il est bon [...] de se tenir à l'écoute de ce qui, au-delà du symptôme, peut surgir dans un discours ». Le sujet peut en effet être amené à poser la question « mais pourquoi faire des études ? », « pour devenir quoi ? ». Il y aurait en ce cas un réel risque à intervenir « au niveau du réel » : en n'entendant pas ce message « au niveau où il est effectivement

posé (niveau symbolique) », on ferme « une possibilité de dialogue ». Nous pouvons résumer ce point de vue psychanalytique en disant que « le symptôme est là pour rendre compte du conflit et assurer une solution acceptable ; c'est une sorte de « constat amiable » passé entre désir et loi » (DUBOIS et KUNTZ, 1999).

Mais cette notion « d'enfant-symptôme » a une limite que dresse Maud MANNONI (1965) elle-même : s'il « est rare qu'on ne perçoive pas derrière un symptôme un certain *désordre familial*, il n'est pas certain que ce désordre familial ait, par lui-même, une relation directe de cause à effet avec les troubles de l'enfant ». En ce cas, ce qui est néfaste pour l'enfant, « ce qui lui fait du mal », c'est essentiellement le « mensonge » de l'adulte, « ce qui n'a pas été clairement verbalisé ». En fait, Maud MANNONI propose de tirer de l'anamnèse le *symptôme-message* et le *symptôme-non-message*. Le premier « a besoin d'être entendu au cours d'une psychanalyse » ; le second « peut-être rééduqué sans perturber le sujet dans sa relation au monde ». Selon elle, le risque qu'il y a à rééduquer d'emblée le seul symptôme, est « de figer l'enfant dans une structure obsessionnelle, de telle sorte qu'il ne pourra même pas utiliser ce qui a été rééduqué », voire même d'aggraver encore plus son état. Edmond GILLIERON (1994) ne recommande pas autre chose quand il dit que « le psychothérapeute subit les mêmes pressions, de la part du malade, que le médecin somaticien. Ce dernier se trouve souvent pris en porte-à-faux entre deux positions : la première consisterait à répondre à la demande concrète du patient par un acte essentiellement médical ; la deuxième consisterait, au contraire, à s'interroger sur les facteurs psychologiques motivant la demande de soins ». Mais alors, dès lors que tout thérapeute a à s'interroger sur les facteurs psychologiques, qu'est-ce qui caractérise le travail psychothérapeutique ? Edmond GILLIERON propose cette réponse : « la psychothérapie commence là où le thérapeute s'interroge sur la relation qu'établit le malade avec lui. Mais répétons-le, cette interrogation n'est pas la psychothérapie, il s'agit d'une condition nécessaire, mais non suffisante. »

Le symptôme est donc plus qu'un simple dysfonctionnement, il a « ses racines profondes dans la relation du sujet à sa propre existence. Il est une

forme de discours » (DUBOIS & KUNTZ, 1999). À charge pour le soignant d'entendre dans ce discours, et, à travers aussi la demande exprimée par le patient et son entourage, la part qui lui revient. Peut-être cette tâche est-elle particulièrement compliquée pour le thérapeute du langage, celui-ci (le langage) étant à un carrefour.

### **3.7 Que peut-on dire des spécificités de l'enfant ? Sur l'entretien avec un enfant ?**

L'enfant, qui, rappelons-le, représente l'essentiel de la patientèle des orthophonistes, particulièrement en libéral, a cette particularité importante : il ne peut se concevoir sans ses parents.

D'abord, parce qu'il est totalement imbriqué dans sa relation avec eux. Pour « dépasser son enfance », et ainsi échapper à l'emprise de sa relation avec ses parents, l'enfant doit s'extirper « des représentations organisées par ses éducateurs afin qu'il les reproduise ». Pour cela, il doit construire un « idéal de soi » singulier, qui lui soit propre. Nous voyons bien que ce « dépassement de l'enfance », qui seul permettrait à l'individu de se dégager de sa relation avec ses parents, reste le privilège de (certains) adultes. D'autant plus que l'arme dont usent les éducateurs pour imposer ces représentations est redoutable : l'affection (MALRIEU, 2003). Le thérapeute, qui a un enfant assis en face de lui, ne peut donc faire l'économie de s'intéresser à sa sphère familiale, quels que soient les parents et l'éducation que celui-ci a reçue. Très souvent, (« trop souvent ») le point de départ du dialogue qui s'engage avec un enfant est une question implicite : « que me veulent-ils donc (mes parents), et que puis-je faire pour entrer mieux dans leur rêve ? ». D'emblée, « l'enfant se situe par rapport au désir parental ». Négliger cette question, c'est omettre « une dimension essentielle » (MANNONI, 1965).

Ensuite, les parents sont particulièrement impliqués dans la prise en charge de l'enfant : « la consultation pour enfants n'est jamais sollicitée par le

patient concerné (l'enfant), mais par des tiers : les parents » (PROÏA & ANOLLI, 2003). Nous avons vu lors du chapitre précédent que la prise en charge de l'enfant « passe nécessairement par l'analyse de la demande des parents ». Mais ce rôle central des parents crée une deuxième difficulté : « l'enfant n'est pas nécessairement porteur d'une demande. Ainsi son implication et l'instauration d'un processus thérapeutique peuvent s'avérer difficiles ». Le thérapeute doit donc établir une double relation avec les parents et avec l'enfant, en privilégiant celle-ci, « sans que les parents ne se sentent menacés » (PROÏA & ANOLLI, 2003).

Sur un plan psychanalytique, l'examineur, en « nommant l'enfant », en lui donnant des attributs pour « l'orienter, le traiter », va « prendre place dans le fantasme parental » (MANNONI, 1965). En nommant l'enfant, le thérapeute s'il va « dissoudre, par la même occasion, l'angoisse parentale », risque « de désigner (à l'enfant) une place, un vide qu'il est prié de combler ». Or « ce vide, s'il est celui de l'Autre, l'enfant ne peut le remplir qu'au prix de distorsions intellectuelles, scolaires ou caractérielles ». Il importerait donc pour le clinicien de prendre conscience des enjeux psychanalytiques pour prévenir les écueils que présentent la prise en charge d'enfants.

Malgré tout, les parents, l'enfant et le thérapeute sont là, dans ce bureau, pour cette première consultation, dans une « situation trilogique ». Nous remarquons au passage que cette présence conjointe n'a pas que des inconvénients : elle permet aussi « d'observer les interactions au sein de la famille » ou, « d'indiquer concrètement aux parents comment ils peuvent gérer le comportement problématique de leur enfant » (PROÏA & ANOLLI, 2003). Cette configuration à trois entités est d'abord une situation de *communication verbale* au cours de laquelle « chacun peut être locuteur, destinataire désigné, destinataire non désigné » ; c'est ce que nous nommerons le *cadre participatif*. Nous y reviendrons. Mais l'entretien clinique est aussi une situation de *communication sociale*. Nous avons déjà évoqué l'asymétrie de la relation entre le thérapeute et son patient. Dans le cas d'un enfant, « le statut est doublement asymétrique en raison de la différence générationnelle et de son statut de non-expert par rapport au statut d'expert du thérapeute ». Mais ce statut n'empêche pas que la place de

chacun puisse se négocier (PROÏA & ANOLLI, 2003).

À ce propos, que sait-on des interactions au cours d'un entretien thérapeutique qui réunit un enfant et ses parents ? Pour répondre à cette question, nous nous appuyons sur les travaux de deux chercheuses suédoises, Anne Christine CEDERBORG et Karin ARONSSON (1991 et 1994, in PROÏA & ANOLLI, 2003), qui présentent l'avantage d'être à la fois quantitatifs et qualitatifs (PROÏA & ANOLLI, 2003). Nous en retiendrons que :

- « les parents ont un temps de parole beaucoup plus élevé que les enfants, la participation de ces derniers étant tout de même un peu plus importante si l'on inclut les activités non verbales de l'enfant.
- les enfants ont le plus souvent un statut de "non-personne" : les adultes n'adaptent pas toujours leur discours au niveau de compréhension de l'enfant. De plus les enfants (ceux d'âge préscolaire en particulier) semblent accepter ce statut de participant périphérique et ne cherchent pas à participer, même quand ils sont sollicités par l'adulte.
- Les thérapeutes privilégient le point de vue des parents, car le négliger reviendrait à perdre l'opportunité d'aider l'enfant. »

Donc, l'enfant est le plus souvent un participant périphérique, et le point de vue de ses parents prévaut.

Voyons en détail l'adressage que fait le thérapeute à l'enfant et à ses parents : Karin ARONSSON (1994 in PROÏA & ANOLLI, 2003), étudiant des consultations de pédiatrie, a mis en évidence « le fait que les pédiatres délivrent leur conseil de manière indirecte et implicite lorsqu'ils s'adressent aux parents, et de manière directe et explicite lorsqu'ils s'adressent aux enfants ». De plus, ils s'adressent souvent à la mère en parlant à l'enfant. Dans ce cas, l'enfant est mis entre parenthèses, il devient une « non-personne ».

Les autres conclusions intéressantes de cette étude concernent le changement de *cadre participatif* suscité par le thérapeute, c'est-à-dire sa tentative de

donner un statut de *locuteur* à l'enfant dans la conversation :

- « Quand le thérapeute suscite une confrontation entre les points de vue des parents et celui de l'enfant, l'espace de dialogue est fortement respecté par le père ou la mère. Les contributions de l'enfant constituent dans ce cas des ressources que le thérapeute et les parents peuvent utiliser pour leur propre compréhension du problème ou la recherche d'une solution. (Elles permettent) d'obtenir des informations de première main de la part de l'enfant, c'est à dire non filtrées par les parents et provenant de la personne concernée. A un niveau général, [...] ces dialogues constituent pour l'enfant une occasion de se réapproprier un problème qui est initialement déclaré par un tiers (parent et/ou référent) et de devenir un partenaire actif du processus thérapeutique. **Autrement dit, ce type de dialogue serait le lieu où s'accomplit interactionnellement une alliance thérapeutique entre l'enfant et le thérapeute.** »

Dans tous les autres cas, le changement de *cadre participatif* ne suscite pas de véritable participation de l'enfant. En effet :

- « Le fait que l'intervention du thérapeute s'inscrive dans la continuité du discours des parents, que les questions sollicitent souvent des informations que le thérapeute a déjà (pseudo-questions) et surviennent après de longs moments où l'enfant n'a pas pris la parole, permet de supposer que le thérapeute cherche à inclure l'enfant dans la conversation. Toutefois le mode d'ouverture qu'il utilise (demande d'information) amène l'enfant aussi bien que ses parents à traiter la question de façon littérale. Par conséquent l'échange est souvent court, voire même clos par un parent qui répond à la place de l'enfant. Ce que le thérapeute accepte le plus souvent. Parfois, [...] le dialogue se poursuit sous la forme d'une suite de questions et de réponses [...] qui, dans la dynamique générale de l'entretien, apparaît relever davantage d'une respiration dans le dialogue entre adultes que d'une occasion pour l'enfant de donner sa propre définition de ses difficultés. **En fin de compte, [...] le travail**

**interactif accompli dans ces segments mène à une sorte de mise entre parenthèses de l'enfant. »**

Ainsi, seule la tentative de confrontation de points de vue entre celui des parents et celui de l'enfant permettrait à celui-ci de se « réapproprier un problème initialement déclaré par un tiers ». Dans les autres cas, même si le thérapeute s'adresse à l'enfant, cela aurait plutôt comme conséquence de l'écartier de la conversation. Enfin, le changement de *cadre participatif* induit par le thérapeute aurait une autre conséquence :

- « Pour un autre ensemble de segments, le fait que le changement de *cadre participatif* introduise une rupture thématique dans le discours des parents [...] indique que sont ici prioritairement accomplies l'exclusion ou, parfois, la réfutation du discours du père et/ou de la mère ». Dans tous les cas, le changement de *cadre participatif* apparaît comme une ressource opérant au niveau de :

- a) la gestion thématique, l'entretien étant dirigé vers des thèmes considérés comme légitimes par le thérapeute.
- b) la gestion des « faces » des participants, puisque le changement de cadre permet d'interrompre le discours du père ou de la mère de manière socialement acceptable.
- c) la gestion des places, puisqu'en s'arrogeant le droit d'intervenir, d'attribuer la parole à l'enfant et de réorienter complètement ou partiellement le thème discuté par le père ou la mère, le thérapeute affirme sa légitimité d'expert et son statut de guide de l'entretien. »

En résumé, un changement de *cadre participatif* provoqué par le thérapeute a rarement pour effet d'amener l'enfant à situer sa demande par rapport à celle des adultes. Deux raisons pourraient l'expliquer :

- « les thérapeutes estiment que l'enfant n'a (pas) les compétences communicationnelles pour participer à un dialogue au même titre que ses parents, ou pensent que le langage n'est pas un outil sémiotique adéquat pour accéder aux représentations de l'enfant sur sa propre "maladie" [...].

Seraient donc en jeu les représentations que les thérapeutes, en tant qu'adultes et professionnels [...] ont de l'enfant et de ses compétences.

- Si l'on en croit les post-entretiens que CEDERBORG (1991) a réalisés avec les thérapeutes [...], pourrait aussi être en jeu une stratégie délibérée du thérapeute de renforcer l'asymétrie entre parents et enfants ou d'observer les interactions familiales. » (PROÏA & ANOLLI, 2003)

Une autre interprétation est possible : « Il se pourrait que s'établisse une règle interactionnelle stipulant tacitement que toute confrontation est à éviter, et ceci d'autant plus qu'on a affaire à un premier entretien. Dans cette optique, la mise entre parenthèses de l'enfant n'est pas volontaire, mais permet de gérer les places et les identités de chacun ». Enfin, « il serait tout à fait inapproprié de conclure que le thérapeute "devrait" donner davantage de place à la participation de l'enfant. Une telle conclusion reviendrait à négliger le fait que les changements de *cadre participatif* constituent l'un des nombreux éléments qui participent à la manière dont les participants définissent la situation et leurs rôles, et négocient la signification de leur discours. »

Si nous avons pris le temps de reprendre en détail l'étude des interactions qui opèrent au cours d'un entretien qui réunit thérapeute, parents et enfants, c'est qu'il s'agit de la situation d'anamnèse la plus fréquente. Si nous devons ne retenir qu'une idée de toutes ces conclusions, ce serait que dans cette situation l'enfant ne serait à même d'exprimer sa propre opinion, son propre ressenti sur ses difficultés, qu'à l'occasion, créée par le thérapeute, d'une confrontation entre son point de vue et celui de ses parents.

Ceci nous amène naturellement à l'interrogation suivante : qu'en est-il de la situation d'anamnèse où enfant et thérapeute se retrouvent seuls ?

Pour commencer, il est bon de rappeler que l'enfant « ne vient pratiquement jamais de sa propre initiative [...] L'enfant est la plupart du temps réticent, pas demandeur du tout » (GOLDER, 2000). Il n'est donc pas étonnant que

s'installe en début d'entretien un certain silence. Ce silence ne serait pas sans analogie avec la *période d'hésitation* dont parle Daniel W. WINNICOTT (1941) à propos d'une expérience mettant en scène un observateur, une maman et son très jeune enfant, celui-ci ayant à portée de sa main un objet métallique brillant. Nous pourrions dire que pour entrer en relation avec l'autre, dans la situation de l'entretien, l'enfant doit être capable de prendre de la distance avec les images parentales et ne pas se sentir fusionner avec elles, ni menacé par elles.

Si le thérapeute est adepte de l'anamnèse associative, il aura à coeur de laisser l'enfant s'exprimer de façon libre. Mais attention, l'enfant, s'il peut « évoquer tel ou tel événement de sa vie actuelle ou passée, relater un rêve ou une fantaisie imaginaire », s'exprime rarement sur le mode associatif comme l'adulte (ARFOUILLOUX, 1978) :

- chez l'enfant très jeune, avant six ans, « les fantaisies sont élaborées dans l'« ici et maintenant » de l'entretien, sans référence au passé vécu. »

- chez les enfants plus âgés, en période de latence, « l'association libre est perçue comme une menace pour l'intégrité du moi [...] Aussi l'enfant de cet âge oppose-t-il souvent le silence lorsqu'il est ainsi invité à tout dire. Cette résistance ne doit pas être interprétée systématiquement comme de la réticence ou du refus. »

Ainsi, le mariage entre l'enfant et le mode associatif est difficile. S'il souhaite garder cette approche, le thérapeute peut avoir recours aux dessins. Mais, et nous l'avons déjà vu, « leur valeur comme mode d'élaboration associative est sujette à discussion ».

Une autre solution serait d'avoir recours aux jeux. Mélanie KLEIN considère en effet le jeu comme l'équivalent des associations verbales que produit l'adulte en analyse : « par le jeu, l'enfant traduit sur un mode symbolique ses fantasmes, ses désirs, ses expériences vécues ». Elle l'utilisait donc en cure comme l'équivalent des associations verbales que produit l'adulte en analyse (GOLSE, 1992).

Autrement, comment s'adresser à l'enfant ? En lui « parlant vrai » répondait Françoise DOLTO (2002) : « le parler vrai signifie considérer celui qui est en face comme un homme ou une femme en devenir, qui est tout entier langage dans son être, ayant un corps d'enfant, mais comprenant tout ce que nous disons ». Il s'agissait pour elle « de mettre très clairement les choses au net avec l'enfant » : s'assurer qu'il sait bien qui est le thérapeute et pourquoi il est là. « Bien, voilà la raison pour laquelle tes parents sont inquiets et veulent te faire aider, mais toi, que crois-tu ? Que penses-tu ? As-tu besoin qu'on t'aide ? Es-tu content, toi, comme ça ? C'est toi et pas eux que tes parents me demandent d'aider, et peut-être toi, penses-tu que tu n'en as aucun besoin ? » C'est en permettant à ce « colloque clair » de s'engager que l'enfant peut « parler de ce qui ne va pas à ses yeux et se confier ». Comment réagit l'enfant ? « Il y a des cas où l'enfant mis devant sa responsabilité ne sait que décider, s'il doit accepter ou refuser ; mais il veut bien revenir car, après s'être cru dans un guet-apens, la franchise de ce colloque l'a surpris, et l'idée de se sentir plus heureux l'intéresse ». Ce sentiment sur la possibilité d'une conclusion heureuse au premier entretien avec un enfant, Eva-Marie GOLDBERGER (2000) le partage avec Françoise DOLTO, mais elle y met une condition : « un seul entretien suffit pour qu'un enfant saisisse l'occasion pour exprimer son mal-vivre. Selon la manière dont le ou les parents réagissent à cette prise de parole, une suite peut être donnée à la demande formulée ». Il y aurait donc nécessité de faire réintervenir les parents, et d'obtenir d'eux la possibilité de continuer le travail.

Laissons le mot de la fin à Jean-Claude ARFOUILLLOUX (1978) : « Chez l'enfant, dont l'équilibre libidinal est plus instable que celui de l'adulte, l'entretien même le plus anodin en apparence peut amener des remaniements insoupçonnés ».

### **3.8 Et sur la famille ?**

Nous avons ouvert notre réflexion sur l'enfant avec l'idée qu'il ne pouvait se concevoir sans ses parents du fait de l'implication de ceux-ci dans la prise en

charge, et de l'imbrication de l'enfant dans sa relation à eux. Mais bien plus que les parents, c'est toute l'histoire familiale qui est présente dans le cabinet avec l'enfant ; « il porte le poids de l'histoire de chacun de ses parents. » ; l'histoire de l'enfant « commence par celle de la famille tant le sujet est identifié aux signifiants parentaux inconscients avant de pouvoir parler en son nom propre » (MANNONI, 1965). Nous aurions pu aussi évoquer l'importance des phénomènes transgénérationnels sur les rapports entre enfants et parents, comme les secrets de famille par exemple (VIGOUROUX, 2002).

Mais avant d'étudier les conséquences de cette « présence familiale » dans le bureau de l'orthophoniste lors de l'anamnèse, faisons un rapide tour « en famille » :

A quoi sert la famille et quelles sont ses fonctions concernant l'éducation d'un enfant ?

Jacques LACAN (1984) nous dit qu'elle « prévaut dans la première éducation, la répression des instincts et l'acquisition de la langue justement nommée maternelle ». Anne BAUDIER et Bernadette CÉLESTE (1990) ne disent pas autre chose quand elles décrivent les trois fonctions du milieu familial :

- la première fonction, conséquence de la dépendance et de la faiblesse du jeune enfant, est traditionnellement dénommée *maternage*, mais avec l'arrivée des « nouveaux pères », nous pouvons la qualifier aujourd'hui de *parentage*,
- la seconde est celle de « transmission des représentations et des valeurs collectives » ; elle permet à l'enfant de se construire « une première hiérarchie de valeurs (ce qui est valorisé, toléré, à éviter) ». De ce système de valeurs -mais aussi des conditions matérielles d'existence-, va découler une des quatre attitudes parentales possibles : parents autoritaires, parents démocrates, parents permissifs ou encore parents désengagés.
- la dernière fonction consiste à accompagner l'intégration de l'enfant

dans le milieu social ; « la famille est le lieu de multiples apprentissages », notamment de la langue.

Ceci posé, et dans un cadre anamnestique orthophonique, interrogeons-nous sur la part de la famille dans la pathologie de l'enfant. Cette question en évoque une autre : en présence d'un trouble du langage, les difficultés socio-psycho-affectives sont-elles cause ou conséquence ? Ainsi, à titre d'exemple, derrière le bilan de Sophie « qui met en évidence toutes les composantes de la dyslexie de la dysorthographe », peut se cacher l'histoire d'une petite fille où se conjuguent changements, séparations et violences (DUBOIS & KUNTZ, 1999). Mais loin de nous l'idée de trancher ce débat qui réveille vite les passions, nous nous contenterons d'évoquer quelques faits peu contestables :

- le père « joue un rôle important dans la genèse des difficultés scolaires » : « ou bien il est exclu par la mère, et l'enfant se sent en danger dans une situation duelle, ou bien l'image paternelle apparaît dans une situation conflictuelle [...] Ce qui est indispensable, c'est la présence du père dans le discours de la mère. Quand le père ne fait pas la Loi pour la mère, quand celle-ci ne l'estime pas ou ne le respecte pas assez, nous en trouvons toujours les effets au niveau de l'enfant, en particulier chez le garçon » (MANNONI, 1965).

- la fratrie est souvent le terrain d'expression privilégié des antécédents familiaux où apparaissent un ou plusieurs troubles du langage. Dans ce cas nous pouvons nous interroger sur l'étiologie. Est-elle commune ? Est-elle en ce cas héréditaire, génétique ou socio-éducative ? (CHEVRIE-MULLER, 2004)

- la naissance ou le décès d'un frère ou d'une soeur ne sont pas sans conséquences sur le devenir linguistique et scolaire d'un enfant. Ainsi, concernant la naissance d'un puîné, Anne-Marie SIMON (2003) présente cet événement comme un « facteur pérennisant un bégaiement » : cet événement est souvent cité comme contemporain du début du trouble. Cette naissance serait insuffisante à elle-seule

pour le déclencher. Mais Anne-Marie SIMON parle d'une « alchimie toute particulière à cet enfant-là dans une combinaison de facteurs difficiles à identifier ». C'est certainement vrai pour le bégaiement, mais nous pouvons l'étendre au retard de langage ou de parole. Ils ne sont que le versant pathologique de la régression de l'aîné, qui se met à « parler bébé » à la naissance du petit frère ou de la petite sœur, comme il est dit communément. Rappelons que dans la théorie psychanalytique, la naissance d'un cadet est un double traumatisme : « *objectal* (obligation de partager l'objet d'amour) et *narcissique* (ne plus être seul) ». Enfin, à cette dimension verticale (parents/enfants), « il convient d'y ajouter une dimension horizontale, celle des liens qui unissent les frères entre eux [...] Aînés et cadets ont une expérience singulière à vivre, un rôle propre à tenir » (BAUDIER & CÉLESTE, 1990). Cette dimension ne saurait sans doute à elle seule expliquer un trouble du langage, mais a certainement sa place dans le tableau clinique de celui-ci.

- l'hérédité, en ce qu'elle est la transmission de particularités normales mais aussi pathologiques, peut être à l'origine du trouble. C'est un mécanisme « préexistant au développement individuel et non modifiable par les influences du milieu. Les facteurs héréditaires ont leur siège dans les chromosomes ». Cette assertion doit être nuancée en ce qui concerne la personnalité car « on ne possède que des renseignements très fragmentaires et insuffisants sur l'hérédité des traits de caractère [...] dans la mesure où l'influence du milieu joue un rôle important et peut déterminer des *pseudo-hérédités* en cascade, dont il est difficile de tenir compte dans les théories héréditaires » ; « le développement de la personnalité de la naissance à l'âge adulte se fonde sur des bases biologiques et environnementales ». Les études dans ce domaine soulignent clairement l'importance des aptitudes à la naissance, aptitudes cognitives « d'ailleurs inséparables des processus affectifs » (reconnaissance de la voix humaine, de l'odeur du lait maternel, des images humaines, etc.) (GILLIERON, 1994). Quoi qu'il en soit, ces

facultés innées sont d'emblée modelées par l'action du milieu et les vicissitudes de l'histoire du sujet (STERN, 1989). C'est ce que l'on nomme aussi *l'altricialité*, c'est-à-dire l'immaturité du cerveau à la naissance qui, pendant de longues années, fait que la maturation de l'enfant dépend fortement de l'environnement. En résumé, nous pouvons nous risquer à dire que si un trouble visible a une origine héréditaire, son expression est le résultat complexe d'un mécanisme chromosomique et de facteurs environnementaux.

- L'enfant peut réagir de différentes manières à une attente excessive des parents ou de la famille dans la réussite de l'enfant : l'attente des parents peut ne pas concerner les apprentissages ou la réussite scolaire. Elle peut être « tacite et pernicieuse » (CYRULNIK, 1999).

- Dans la population des enfants en rééducation; le trouble s'accompagne souvent, quand il n'en est pas la conséquence, de maltraitance. Soit parce que le milieu socioculturel est propice à toute forme de violence, soit parce que le trouble vient compromettre une relation sereine entre les parents et l'enfant. Il n'est donc pas étonnant que l'orthophoniste soit le témoin en général indirect de comportements familiaux déviants (PARRET & IGUENANE, 2001, GABERL & MANCIAUX, 2002).

- La demande adressée à l'enfant peut être aussi de jouer un rôle qui n'a pas lieu d'être pour son âge. C'est ce que les psychanalystes appellent les « familles incestuelles », où, sans qu'il y ait de passage à l'acte, les positions des uns et des autres sont ambiguës au point que ces enfants se voient interdits de période de latence, et donc perturbés à un moment où ils devraient privilégier les apprentissages (RACAMIER, 1995).

Nous aurions pu continuer à l'envi cette revue de détail, tant le thème de la famille et de la pathologie du langage de l'enfant est riche. Mais revenons à la situation d'entretien :

Nous avons déjà vu en détail avec Karin ARONSSON et Anne Christine

CEDERBORG les interactions qui existent dans la situation triangulaire d'un entretien thérapeutique qui réunit un enfant et ses parents. Mais cette approche était essentiellement centrée sur la position de l'enfant. Nous voudrions simplement la compléter avec quelques remarques plus générales :

- l'entretien est une situation dangereuse pour les identités de chacun (PROÏA & ANOLLI, 2003) : « celle des parents parce que la consultation risque de mettre leur image de « bon parent » en cause, parce qu'ils doivent rendre compte des « difficultés » de leur enfant en sa présence et, enfin parce qu'ils risquent de voir leur discours désavoué par l'enfant ; celle de l'enfant puisque par définition, la situation est motivée par ses « difficultés » ou ses « problèmes » ; celle du thérapeute enfin, car son rôle même « d'agent de changement » suppose qu'il introduise une certaine discontinuité entre son propre discours et celui des parents ou de l'enfant, discontinuité qui est susceptible de menacer les faces de chacun. »

- l'entretien est une menace pour les « faces » des parents en particulier (PROÏA & ANOLLI, 2003) : l'alliance thérapeutique entre le thérapeute et l'enfant risque de « modifier les asymétries liées aux rôles respectifs d'adultes et d'enfants et, par là-même, de constituer une menace [...] pour les parents en particulier ».

Maintenant, intéressons-nous à ce que doit faire l'orthophoniste de cette intrication :

- Il lui faut tenir compte du bain socioculturel : Philippe LACERT (1990), Chef de service en Neurologie et Rééducation Infantile à l'hôpital R. Poincaré, note à propos des troubles spécifiques du langage : « c'est ici le contexte familial qu'il va falloir s'efforcer d'évaluer ; il est bien évident que l'apport de la vie de famille est divers. (...) Il est essentiel si l'on regarde la place que peut avoir le savoir académique et culturel dans la cellule familiale : ce que véhiculent les parents dans leur contact entre eux en présence des

enfants autant que dans leur rapport direct avec eux est à prendre en compte dans l'efficacité des apports thérapeutiques ».

- Il doit aussi ne pas mésestimer l'importance de la famille pour l'enfant : Geneviève DUBOIS et Jean-Pierre KUNTZ (1999) nous présentent le cas d'Ophélie, neuf ans, « petite fille triste qui avait pris en grippe la lecture et l'écriture », et dont le frère aîné, qui a quatre ans de plus qu'elle, « est scolarisé dans une classe spécialisée, après un parcours d'échec scolaire ». Ophélie répond à la question « qu'est-ce qui est le plus important pour toi ? » : « Ma famille ». Pour ces thérapeutes, « c'est effectivement de la famille qu'il va être question tout au long de ce travail qui lui permettra de remettre en ordre et en position ses lettres puis ses mots ».

- À propos du papa, dont nous soulignons l'importance dans la genèse des troubles scolaires, écoutons Françoise DOLTO (2002). Quand une mère lui disait : « Mon mari me laisse toute l'initiative, il est d'accord avec moi... », ou encore « Il n'y croit pas, mais il veut tout ce qu'on veut. », elle écrivait une lettre personnelle au père : « Monsieur, j'ai regretté qu'aujourd'hui, etc. mais il est indispensable que nous trouvions un moment pour nous rencontrer... », et pour le second elle ajoutait : « Votre femme dit que vous lui faites confiance mais il ne s'agit pas de confiance, il s'agit de ce qu'une mère ne peut en rien remplacer un père et que pour moi je ne m'occuperai de votre enfant (si c'est une fille) que si vous êtes venu me voir, me parler de votre point de vue et que nous cherchions la meilleure solution » ; et si c'est un garçon : « que si vous êtes vraiment d'avis qu'il faut une psychothérapie et que nous ayons discuté ensemble de savoir s'il ne lui serait pas préférable de la faire avec un homme. Pour un fils, le père doit connaître le psychothérapeute et décider du travail, sinon votre enfant peut se croire engagé dans une voie où les femmes doivent seules décider de son destin. » Elle disait n'avoir jamais vu un père, « soi-disant indifférent ou opposant, qui ne (lui) téléphone dans les 24 heures pour (la) voir, très heureux qu'enfin on ne lui dise pas qu'il est de trop ! » Sans en faire une recette, nous pouvons

retenir la possibilité d'impliquer le père dans un travail thérapeutique, auquel il est a priori étranger.

Enfin, un dernier point nous semble essentiel, il concerne les limites de l'intervention du thérapeute (GOLDER, 2000). Dans le cas d'une famille que l'on pourrait considérer « pathologique », la poursuite d'un travail n'est possible « que si les parents sont prêts à supporter que leur enfant prenne la parole, dans le sens d'une déprise par rapport à la fusion imaginaire avec eux ». Là apparaît une difficulté majeure du travail de tout soignant : « nous avons à respecter le désir de chacun, fût-il contradictoire, phallique, voire pervers ». Or, « respecter le droit des parents de refuser que l'enfant reçoive une aide tierce est une des positions les plus inconfortables dans le travail avec les familles. C'est toutefois la limite indépassable de notre rôle ».

Nous aurions pu volontairement omettre cette idée, celle-ci pouvant paraître « hors sujet » puisqu'elle concerne l'après. Cependant, c'est souvent au cours de l'anamnèse que va se négocier la possibilité ou non de prolonger le travail, à charge pour le professionnel de santé de rassurer la famille.

### **3.9 Que faut-il retenir de nos connaissances sur le milieu scolaire et le milieu social ?**

Nous pouvons poser la question autrement : le milieu social et le milieu scolaire ont-ils ou non une influence sur la pathologie de l'enfant, et celle du langage en particulier ? Peut-être pouvons-nous commencer à nous interroger sur la possibilité qu'un individu d'échapper à sa condition sociale ? Si tel est le cas, le milieu social aurait finalement une influence relative, et il n'y aurait pas lieu de l'interroger au cours de l'anamnèse.

Nous avons déjà eu l'occasion de le constater au cours de nos stages en milieu scolaire : pour les classes moyennes ou défavorisées, « l'identification aux parents peut être un obstacle », l'enfant pouvant adopter par « conformisme » une attitude de rejet vis-à-vis de la réussite. À l'inverse, l'enfant peut tenter d'échapper à sa condition sociale en investissant les

« instruments culturels » (la langue, la science, le travail, l'idéologie) qu'apporte l'éducation (MALRIEU, 2003). Celle-ci recèle en effet une contradiction : pour « élever l'enfant » à son niveau, l'adulte lui donne « le moyen de se séparer de lui », alors même qu'il attend de l'enfant qu'il reproduise les conduites et les représentations qui lui sont proposées. Ainsi, l'enfant ou l'adolescent peut « dépasser son enfance » en surmontant son attachement au modèle qui lui est proposé par de multiples voies : la désobéissance, l'investissement de l'imaginaire, la réussite scolaire ou professionnelle, l'attitude religieuse, etc. (MALRIEU, 2003). Il n'y a donc pas de réponse unique à notre question de départ (l'individu peut-il échapper à sa condition sociale ?). Nous pouvons même dire que les réactions que produit chez un jeune individu le milieu social sont extrêmement variées. Il n'est donc pas inutile de s'y intéresser, mais en se gardant bien d'en tirer des conclusions hâtives.

Par contre, l'entourage a beaucoup à nous apprendre sur le caractère d'un individu. En effet, celui-ci ne peut s'empêcher d'être « en relation avec son entourage. Même l'évitement des contacts est encore une manière d'entretenir une forme de rapports à l'environnement ». Obtenir des informations sur « le style d'interaction répétitive (patterns répétitifs) induite par le sujet » éclaire bien la personnalité de celui-ci. « Le caractère peut être considéré comme un pont entre la psychologie individuelle et la psychologie collective [...] Le fonctionnement psychique s'appuie d'un côté sur la biologie (intégrité biologique) et, de l'autre, sur l'environnement (caractère) » (GILLIERON, 1994). Encore faut-il être capable d'interpréter correctement les réactions de l'entourage.

Poursuivons notre interrogation en nous recentrant sur le rapport entre langage et dimension sociale. Maud MANNONI (1965) nous en propose une lecture psychanalytique : il y a dans le discours, des parents ou de l'enfant, une part qu'elle qualifie « d'aliéné » en ce sens « qu'il n'est pas le discours du sujet, mais des autres, ou de l'opinion ». Mais ce « masque social » qui n'appartiendrait pas au sujet n'est pas si objectif que ça. Elle souligne à ce propos que si LACAN « a mis si fort l'accent sur le discours du sujet [...] c'est parce que, son histoire, le sujet l'intègre d'une certaine façon dans son

discours ». Autrement dit, le sujet fait sien le discours des autres, et il y a donc lieu pour qui s'intéresse au langage de l'enfant de voir comment il subjective dans sa parole son environnement social.

Mais attention, « que tout fait social comporte peu ou prou une dimension psychologique n'autorise pas à considérer que tout en relève » (BENASAYAG, SCHMIDT, 2006). Ces auteurs, s'appuyant sur une longue expérience clinique en pédopsychiatrie, ont constaté que depuis plusieurs années, les services de psychiatrie et les psychanalystes sont confrontés à un afflux croissant de jeunes en souffrance psychique. Cette explosion de la demande de soins serait pour eux le symptôme d'un profond malaise culturel, une tristesse qui traverserait toutes les couches sociales. Cette hypothèse souligne le fait qu'en toutes choses, on a tôt fait de confondre la cause et les conséquences. Ou encore, que la recherche étiologique est une tâche ardue, et que le contexte social ne doit pas être négligé.

Ainsi en est-il de l'échec scolaire. Après lui avoir trouvé des interprétations morales (paresse), puis médicales (déficiences intellectuelles ou instrumentales) ou psychologiques (désir ou refus d'apprendre), la tendance serait aujourd'hui à l'explication sociale : « la réussite dépendrait de la congruence entre les valeurs culturelles transmises par la famille et celles attendues par l'école » (CATHELIN, 2003). Qu'en est-il ? Peut-il y avoir une seule explication ?

L'école, justement. C'est souvent pour l'enfant le premier véritable lieu de confrontation au jeu social. Et, pour le jeune enfant, souvent le seul. À ce titre, elle peut apporter un autre éclairage que celui de la famille sur le comportement de l'enfant. De nombreux auteurs ont décrit plusieurs profils d'adaptation sociale à partir de l'observation d'enfants en situation scolaire. David STRAYER a, en 1989, distingué trois types d'adaptation (BAUDIER & CÉLESTE, 1990) :

- les enfants *retirés-inactifs*, caractérisés par une faible implication sociale,
- les enfants *amicaux* ayant plus d'implication, surtout en termes d'affiliation, que les retirés,

- les *engagés-dominants*, caractérisés par une forte activité et un taux de conduites agonistes supérieur à celui des deux autres groupes.

Cette « classification » n'est ici donnée qu'à titre d'exemple, parmi beaucoup d'autres. Hubert MONTAGNER, qui avait, quant à lui, décrit dans le détail sept profils sociaux en 1978, considérait le comportement de la famille comme « la cause la plus évidente de la différenciation des profils comportementaux observés » (BAUDIER & CÉLESTE, 1990). Voilà qui relativise les observations faites à l'école sur le comportement de l'enfant, ou plutôt, qui les remet en lien avec le fonctionnement familial. À l'inverse, Nicole CATHELIN (2003), pédopsychiatre, signale deux points qui ne manquent pas d'intérêt en ce qui concerne l'anamnèse orthophonique :

- « la compétence sociale est une caractéristique tributaire du niveau de développement de l'enfant,
- le lien entre compétences à communiquer et adaptation au groupe de pairs est mis en évidence par les diverses approches utilisées ».

En France, « les plaintes concernant la scolarité chez un enfant ou un adolescent représentent un des motifs de consultation les plus fréquents auprès d'un professionnel de santé » (MARCELLI in CATHELIN, 2003). L'école est donc à la fois un bon indicateur des capacités, notamment langagières, de l'enfant, mais aussi le principal « pourvoyeur » de jeunes patients aux professions de santé.

Enfin, « au-delà de cette approche classique (les difficultés scolaires liées à telles ou telles conditions psychopathologiques : retard mental, dépression, psychose, etc.), on rencontre bien évidemment les difficultés spécifiques liées aux apprentissages scolaires (pathologie en « dys » : dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, etc.), mais aussi des difficultés qui se rapportent au cadre de la scolarité (phobies scolaires par exemple) ou encore la pathologie produite par l'école elle-même (stigmatisation par l'échec scolaire, harcèlement et violence à l'école...) jusqu'à l'éventuelle pathologie des enseignants qui n'est pas sans retentir sur l'élève, sa manière d'investir la scolarité et son bien-être » (MARCELLI in CATHELIN, 2003). L'école, parce qu'elle « stigmatise, rejette, révèle des pathologies et parfois même en

fabrique », est donc aussi « productrice de souffrances ». Elle est en tout cas, pour l'enfance, un véritable *creuset de ses pathologies*. Que l'enseignant le veuille ou non, il est aujourd'hui évident « que l'école ne peut plus se contenter d'instruire et que l'enfance et l'adolescence y ont désormais fait leur entrée » (CATHELINE, 2003). Rappelons au passage la « solitude » des enseignants face à ces pathologies, et l'insuffisance de leur formation en ce domaine.

De ce qui précède, naît un constat :

- « l'école est prise entre deux feux : passer à côté d'un trouble qui peut compromettre l'avenir (de l'enfant) ou se montrer exagérément alarmiste » -en médicalisant trop l'approche par exemple- (BARROUX-CHABANOL, 2005).

Et une interrogation :

- entre le professionnel de santé et l'enseignant, quelle collaboration ?

Mais ceci, l'idée du travail en réseau, ou celle, tout aussi actuelle, du *repérage* ou *dépistage* -sans doute pas toujours aussi bienveillante qu'on voudrait le faire croire-, est un autre débat, et sort du cadre de notre réflexion sur l'anamnèse.

Ainsi s'achève le tour des questions que la lecture des ouvrages traitant de près ou de loin de l'anamnèse a engendrées chez nous. Nous avons retrouvé la même difficulté ici qu'au cours de nos études : aucun ouvrage ne nous propose vraiment une vision synthétique sur la pratique de l'anamnèse qui serait directement transposable à notre domaine, l'orthophonie. Il nous appartient encore une fois de « recomposer » les enseignements de ces différents auteurs, oeuvrant dans des domaines très différents. Le manque que nous ressentions à la fin de nos études n'est donc toujours pas entièrement comblé. Cependant, si nous nous sentons toujours incapables de répondre à la question de départ, « à quoi sert l'anamnèse en orthophonie ? », nous sommes maintenant à peu près sûrs d'une chose : la réponse est complexe et multiple, et ne peut être cantonnée au champ purement pathologique. En effet, nous voyons bien maintenant l'importance pour l'anamnèse des dimensions psychologiques, psychanalytiques, sociales, scolaires, familiales, et peut-être et surtout, communicationnelles. Il ne s'agit aucunement de nier les aspects médicaux et thérapeutiques de la démarche anamnétique, qui en demeurent l'essence même, mais de réfléchir aux autres fonctions qui sont en jeu au cours de l'anamnèse. A titre d'exemple, rappelons un des principes posés par Mickaël BALINT : « l'efficacité thérapeutique dépend en partie de la relation médecin-malade » (GUÉRIN, 1995).

Nous pouvons à ce stade reformuler l'ensemble de nos interrogations de départ, sous la forme d'une hypothèse que nous nous proposons maintenant de confronter à la réalité clinique des orthophonistes :

*L'anamnèse en orthophonie contribue à poser le diagnostic et à établir le projet thérapeutique, mais, derrière ces deux objectifs, d'autres enjeux liés à la qualité de la relation semblent se profiler.*

## **II DEMARCHE DE RECHERCHE, METHODOLOGIE**

### **1 – POURQUOI LE CHOIX DES ENTRETIENS ?**

Nous avons pour objectif de recueillir auprès d'orthophonistes des informations sur leur pratique de l'anamnèse, ainsi que leur réflexion à ce sujet. Deux possibilités s'offraient alors à nous : leur soumettre un questionnaire écrit ou nous entretenir avec eux. Nous avons choisi cette dernière solution pour plusieurs raisons.

Il nous semble que l'entretien donne la possibilité aux orthophonistes d'exprimer leurs idées, plus qu'un questionnaire écrit . Il permet également d'élargir le champ d'investigation, au delà de ce que nous avons pu anticiper par le questionnaire que nous avons préalablement élaboré. En effet celui-ci est destiné à la conduite des entretiens mais ne saurait être exhaustif. Nous avons pu, au fil des entretiens, soumettre de nouveaux questionnements aux professionnels.

Par ailleurs l'entretien est interactif et offre par conséquent plusieurs avantages : exprimer les raisons de notre recherche, expliquer la raison des questions quand c'est nécessaire, demander des précisions sur certaines réponses des professionnels, sortir du cadre du questionnaire et laisser les orthophonistes s'exprimer librement notamment, etc. Selon Alain BLANCHET (1991), « l'entretien de recherche est essentiellement l'outil de l'étude qualitative et exploratoire (...) les vertus heuristiques de l'approche qualitative sont attestées par de nombreux auteurs ». Effectivement, les entretiens nous ont bien permis, nous semble-t-il, de découvrir des pratiques et de les entendre exposer clairement.

Enfin, la passation d'entretiens peut être mise en rapport avec la situation anamnétique en elle-même, et ce parallèle nous a semblé intéressant. N'y a-t-il pas une analogie entre l'orthophoniste qui prend en note ce que lui dit le patient, à des fins thérapeutiques, et nous qui posons un dictaphone devant l'orthophoniste pour recueillir des informations que nous allons traiter, à des fins de recherche ?

## **2 – LES LIMITES DE L'ENTRETIEN DANS UNE DEMARCHE SCIENTIFIQUE**

Nous n'avons pas la prétention de nous inscrire dans une démarche scientifique ou statistique par notre recherche au moyen d'entretiens. D'une part les témoignages de quinze orthophonistes ne sauraient être représentatifs pour une étude statistique, et, d'autre part, nous n'avons pas effectué ces entretiens avec une rigueur, une méthode systématique et une uniformité qu'exigerait une démarche scientifique. Alain BLANCHET (1991) précise d'ailleurs que « l'entretien ne répond pas aux critères minimaux qui caractérisent une méthode scientifique ».

Par ailleurs, nous avons constaté que souvent, par la manière de poser nos questions, nous pouvions induire certaines réponses. De plus, nos questions variaient en fonction de nos interlocuteurs et du temps qu'ils nous offraient. En outre, nous avons l'un et l'autre une manière distincte de réaliser les entretiens, ce qui peut être mis en rapport avec les variations d'un orthophoniste à l'autre en ce qui concerne la façon de pratiquer l'anamnèse. Pour Alain BLANCHET, « l'entretien (...) apparaît plus comme un jeu social que comme une technique scientifique » et s'avère être « une tâche hyper-empirique ». Il ajoute que dans l'entretien « aucune variable en jeu n'est véritablement contrôlée ; tout se passe comme si l'interviewer usait au mieux de sa personne et de sa sociabilité (feinte ou naturelle ?) pour faire

parler l'interviewé sur un thème donné ». Il est étonnant qu'avec des bases communes – un questionnaire-, chacun de nous obtienne des entretiens si différents. Notre manière de procéder et d'utiliser le même outil de base est radicalement différente. Cela peut être mis en rapport avec l'anamnèse qui, pratiquée par deux orthophonistes, même avec le même support écrit, donnera à l'évidence deux recueils singuliers.

### **3 - LES ENTRETIENS : CHOIX ET NOMBRE DES INTERVENANTS**

Nous avons recherché des orthophonistes de manière arbitraire dans deux zones géographiques distinctes. Il est à noter que les orthophonistes sollicités se sont montrés dans leur grande majorité volontaires pour participer à notre étude.

Nous nous sommes entretenus avec quinze orthophonistes, un médecin pédopsychiatre et une sage-femme.

Les entretiens ont duré quarante minutes en moyenne, de quinze minutes au minimum, à une heure et demie au maximum. La durée des entretiens a varié selon la disponibilité des professionnels, et parfois selon l'intérêt éprouvé par chacun d'eux pour le sujet.

Pour des raisons pratiques, nous avons enregistré les entretiens puis nous les avons retranscrits. Ils figurent tous dans leur intégralité en annexe.

## 4 – MISE AU POINT DU QUESTIONNAIRE

En préparant les entretiens, nous avons élaboré un questionnaire. Nous avons mis au point ce questionnaire à partir de nos connaissances sur l'anamnèse concernant les items, et en fonction de ce que nous cherchions à savoir sur l'anamnèse : son inscription dans le temps, son déroulement, sa forme, son contenu, ses appuis théoriques, ses fonctions, et, dans le même temps quelles réflexions avaient les orthophonistes sur leur pratique pour chacun de ces points.

Au fur et à mesure que se déroulaient les entretiens, de nouvelles questions nous ont semblé pertinentes. Notre questionnaire de référence a donc évolué au fil du temps. Voici le questionnaire initial :

### **Par rapport au déroulement de l'anamnèse :**

- Quand a-t-elle lieu ?
- En combien de temps ? Durée fixe, variable, en plusieurs fois ?
- Comment est-elle conduite ? Entretien libre, questionnaire dirigé, entretien semi-directif ?

### **Sources de l'anamnèse :**

- Entretien : avec le patient, avec son entourage ; à qui s'adresse-t-on quand le patient est un enfant, un adolescent ?
- utilisation du dossier médical, des données venant d'autres professionnels ?

### **Les items :**

- Renseignements administratifs
- Objet du bilan, demande initiale : du patient, de son entourage
- Antécédents médicaux
  - Généraux
  - Grossesse/ naissance
  - O.R.L.
  - Ophtalmologiques
  - Neurologiques
- Antécédents thérapeutiques
  - orthophoniques
  - autres

- Antécédents familiaux
  - Premier cercle (Mère/Père / F et S)
  - Deuxième cercle (famille plus lointaine)
  - Séparations
- Antécédents scolaires
- Développement
  - Psychomoteur
  - Linguistique
  - Logico-mathématiques
  - Psycho-affectif (aspects fusionnels/Oedipiens)
- Ecologie/ Vie quotidienne
  - Repas
  - Sommeil
  - Loisirs
  - Environnement
- Histoire du trouble
  - Date d'apparition
  - Symptômes
  - Gêne
- Comportements
  - Du patient : à l'école, avec ses camarades, dans sa vie professionnelle
  - De l'entourage

### **Dans quel ordre les items sont-ils abordés ?**

- dans un ordre précis, aléatoire, selon la conversation ?

### **Utilisation d'une grille type**

- oui
  - Par pathologie
  - Suivant l'âge
- non
- ça dépend

### **Appuis théoriques**

- formation initiale
- formation continue
- référence à un courant
- volonté d'une troisième voie
- aucun
  - Pas nécessaire
  - Pratique clinique, savoirs empiriques

### **A quoi sert l'anamnèse ?**

- Qu'observez-vous lors de l'anamnèse, des attitudes du patient et de son entourage ? Cela est-il important ?
- Toutes les réponses vont-elles être utilisées ? Lesquelles en particulier ?

- Est-ce que l'anamnèse contribue :
  - Au choix des tests
  - Au diagnostic
  - A l'élaboration du projet thérapeutique
  - A conseiller une autre orientation thérapeutique
  - A demander des examens complémentaires
  - A engager la relation, le transfert, la confiance

### **Réflexions sur la pratique**

- Est-ce que l'anamnèse est une bonne entrée en matière ?
- L'anamnèse peut-elle inspirer la méfiance en donnant l'impression d'une trop grande intrusion ?
- Est-ce que les gens répondent volontiers ou non ?
- Qu'est-ce qui apparaît dans le compte-rendu de bilan ?
- La pratique de l'anamnèse est-elle plus aisée avec l'expérience ?

Nous avons élaboré le questionnaire pour les orthophonistes conjointement. Cependant nos méthodes respectives d'entretien se sont avérées très différentes. L'un s'en est tenu au questionnaire stricto sensu, tandis que l'autre a davantage laissé libre cours à la discussion lors des entretiens, posant également des questions qui ne figuraient pas dans le questionnaire de référence. Nous pourrions regretter le manque de rigueur de ces différences de méthode car le résultat - les entretiens transcrits - est par conséquent hétérogène. Par contre, nous avons remarqué que cela offrait deux éclairages distincts sur la vision des orthophonistes, ce qui n'était pas sans présenter d'intérêts.

Nous nous devons de dire que certaines insuffisances de notre questionnaire ont été source de difficultés :

- Nous avons voulu recueillir des informations sur l'anamnèse en orthophonie, mais nous avons peu précisé de quel type d'anamnèse nous parlions, par exemple de quelles pathologies et de patients de quel âge. Il apparaît que les orthophonistes ont parlé de façon privilégiée de l'anamnèse des enfants. Ce n'est pas par hasard s'ils ont effectué ce choix, celui-ci correspond à leur pratique la plus courante. De plus, nous n'avons pas systématiquement demandé aux orthophonistes quelles étaient les différences entre la pratique de l'anamnèse pour un enfant , un adolescent et un adulte.

- Nous ne leur avons pas toujours demandé de développer leurs arguments, notamment en ce qui concernait les fonctions de l'anamnèse. Parmi les fonctions que nous avons évoquées lors des entretiens, nous avons omis de mentionner la vision globale du patient, qui est malgré tout spontanément apparue dans de nombreux entretiens.

- Nous avons également négligé de demander aux orthophonistes si, parallèlement aux questions qu'ils posaient, ils étaient eux-mêmes amenés à répondre à des interrogations de la part du patient, ou encore s'ils prenaient position durant l'anamnèse, en réponse à certains propos du patient ou de son entourage.

### III LES DONNÉES RECUEILLIES DANS LES ENTRETIENS

Dans cette troisième partie, nous allons nous intéresser aux informations recueillies lors de seize entretiens.

Nous avons rencontré quinze orthophonistes dont douze pratiquent en cabinet libéral. L'une a un exercice mixte entre une unité neuro-vasculaire à l'hôpital et un cabinet libéral. Deux orthophonistes travaillent au sein d'un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P.), nous les avons rencontrés lors d'un même entretien. Une orthophoniste exerce dans un Institut Médico-Educatif (I.M.E.) pour enfants handicapés moteurs. Nous nous sommes entretenus avec le médecin pédopsychiatre d'un Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (S.E.S.S.A.D.) ainsi qu'avec une sage-femme qui exerce en libéral. Dans un souci de clarté et pour mieux comprendre le sens de certaines réponses, nous précisons le type d'exercice et les années d'expérience de chaque professionnel sous la forme du tableau suivant :

Entretien 1	orthophoniste	libéral	25 ans
Entretien 2	orthophoniste	libéral	11 ans
Entretien 3	orthophoniste	libéral	3 ans
Entretien 4	orthophoniste A	C.M.P.P.	33 ans
	orthophoniste B	C.M.P.P.	29 ans
Entretien 5	orthophoniste	libéral	33 ans
Entretien 6	orthophoniste	libéral	34 ans
Entretien 7	orthophoniste	libéral	33 ans
Entretien 8	orthophoniste	libéral	20 ans
Entretien 9	orthophoniste	libéral	8 ans
Entretien 10	orthophoniste	libéral	11 ans
Entretien 11	orthophoniste	libéral	15 ans
Entretien 12	orthophoniste	libéral/hôpital	8 ans
Entretien 13	orthophoniste	I.M.E	22 ans
Entretien 14	orthophoniste	libéral	1 an
Entretien 15	pédopsychiatre	S.E.S.S.A.D.	12 ans
Entretien 16	sage-femme	libéral	25 ans

Nous avons enregistré puis retranscrit les entretiens qui figurent in extenso en annexe.

Pour plus de cohérence, nous avons modifié dans ce chapitre l'ordre des items par rapport au questionnaire initial. Cette nouvelle présentation regroupe les items selon les thématiques suivantes :

#### **Aspect formel : comment s'articule l'anamnèse ?**

- Quand a-t-elle lieu ?
- Quelle est sa durée ?
- Quel est le type d'entretien ?

#### **Les informations recueillies**

- Les questionnaires utilisés
- L'observation des attitudes, des interactions

#### **Les sources d'information**

- Le dossier médical
- L'enseignant
- L'accompagnant

#### **Les supports**

- La prise de notes
- Le compte-rendu de bilan

#### **L'enfant**

- A qui s'adresse l'orthophoniste lors de l'anamnèse
- La demande
- Le dessin comme donnée anamnétique

#### **Réflexions sur la pratique**

- La formation, les références théoriques.
- L'expérience professionnelle dans la pratique de l'anamnèse
- Le caractère intrusif de l'anamnèse

- L'orthophoniste en position de sujet supposé savoir
- La dimension psychologique de l'anamnèse

### **Les fonctions de l'anamnèse**

- Choisir les tests
- Etayer le diagnostic
- Avoir une vision globale du patient
- Elaborer le projet thérapeutique
- Demander des examens complémentaires
- Proposer une autre orientation thérapeutique
- Etablir le transfert, la relation, la confiance

Item par item et dans un souci de synthèse, nous comparerons et analyserons les réponses obtenues.

## **1 – ASPECT FORMEL : COMMENT S'ARTICULE L'ANAMNESE**

### **1.1 Quand a lieu l'anamnèse**

Tous les orthophonistes rencontrés qui travaillent en libéral effectuent l'anamnèse lors de la première rencontre avec le patient dans le cadre du bilan orthophonique. Toutefois nous allons voir que le moment choisi pour pratiquer l'anamnèse au sein du bilan est variable selon les praticiens.

L'anamnèse a lieu pour dix orthophonistes sur douze en première partie de bilan, précédant les tests. En outre elle est souvent complétée soit pendant les épreuves de bilan, soit après, souvent même lors de séances ultérieures. Ces recherches d'informations supplémentaires font suite à la clinique observée durant les tests ou remédient à des oublis. De plus, plusieurs orthophonistes ainsi que le médecin pédopsychiatre expliquent que tout ne

peut être demandé et exprimé lors de la première rencontre avec le patient. L'orthophoniste 10 dit ceci : « *je suis persuadée que les gens, il faut les laisser dire quand ils ont envie de dire, il ne faut pas les violenter* ». Pour l'orthophoniste 3, « *il vaut mieux y aller en douceur au départ, même si on ne pose pas toutes les questions la première fois* ». Le médecin pédopsychiatre précise qu'elle remet parfois à plus tard certaines questions « *quand par exemple il y a une émotion trop importante de la part des parents, ou que je sens qu'il y a un non-dit, qu'il y a quelque chose qui plane, quand les parents me disent « on vous dirait bien quelque chose mais on ne peut pas parce que notre enfant est là » (...) je laisse en suspens, je dis « on verra ça plus tard », quelquefois je n'y reviens pas, je laisse simplement en suspens, ça interroge aussi les parents eux-mêmes, on n'est pas obligé de répondre toujours à tout* ».

Nous constatons que l'orthophoniste 5 pratique simultanément les épreuves de bilan et l'anamnèse. Cela suppose que l'entourage assiste aux tests quand le patient est un enfant. Ce type de pratique est à interroger quand, traditionnellement, l'anamnèse est un préalable aux tests.

L'orthophoniste 10, quant à elle, procède à l'anamnèse après les tests, donc en dernière partie de bilan. Cette pratique se démarque des autres. Nous pouvons nous demander pourquoi, après une pratique traditionnelle, elle a pris le parti d'effectuer l'anamnèse en fin de bilan et de surcroît en fonction du temps qui lui reste. Ainsi l'anamnèse est reléguée au second plan quand pour une majorité elle est prioritaire.

L'orthophoniste 6 pratique pour sa part une double anamnèse quand le patient est un enfant ou un adolescent. Dans un premier temps il s'entretient avec le patient et son entourage, puis pendant les épreuves il interroge l'enfant ou l'adolescent seul à son tour. Il précise aussi « *on va pouvoir évoquer d'autres points* » et il commente ainsi : « *souvent ils (les enfants) évoquent plein de choses quand ils sont tout seuls qu'ils ne disent pas forcément avec leurs parents* ».

L'orthophoniste 14 consacre l'intégralité de la première rencontre avec le

patient et son entourage à l'anamnèse. Les tests ont lieu lors de la deuxième séance.

Pour les orthophonistes 8, 11 et 12, la prise de rendez-vous par téléphone fait partie intégrante de l'anamnèse. L'orthophoniste 8 explique : « *l'anamnèse commence pour moi dès le coup de téléphone, dès la prise de rendez-vous. Déjà la manière dont la personne se présente, la manière dont elle demande le rendez-vous, la façon dont ça se passe, je perçois une partie de la personnalité et si la demande est claire ou confuse, ou si la personne vient parce qu'on l'a motivée à faire la démarche ou si ça vient d'elle* ». On constate ainsi qu'un certain nombre d'éléments anamnestiques sont traités lors de la prise de rendez-vous, tels que l'objet de la demande, qui adresse le patient, ainsi que des éléments plus subjectifs sur le patient. L'orthophoniste 11 dit ceci : « *je pense qu'elle (l'anamnèse) commence dès qu'on a un contact téléphonique avec les personnes qui demandent le bilan. La façon dont la demande est présentée au téléphone est extrêmement porteuse d'informations. C'est ce sur quoi on va orienter le bilan* ». Nous constatons que le premier contact téléphonique avec le patient ou son entourage représente pour certains le début de l'anamnèse en ce qu'il renseigne déjà le praticien sur le patient et son trouble.

En institution, où travaillent les orthophonistes 4 A , 4 B et 13, les parents et leur enfant rencontrent dans un premier temps, soit un médecin, soit un psychologue pour une première anamnèse. L'anamnèse avec l'orthophoniste a lieu dans un second temps. L'orthophoniste 13 explique : « *ça peut arriver dans le cadre de la rééducation de rencontrer les parents, et c'est plus à ce moment-là que les parents livrent des choses (...) au cours des rencontres qu'on peut avoir, ça peut venir mais ce n'est pas formalisé au sens d'entretien d'anamnèse, ça s'inscrit dans le temps* ». Elle est l'unique orthophoniste interrogée qui commence la prise en charge sans entretien anamnestique préalable.

Nous pouvons constater qu'une large majorité des orthophonistes rencontrés pratique l'anamnèse au début du bilan orthophonique, préalablement aux épreuves. L'anamnèse incarne donc en général les premiers moments de la

rencontre entre le patient, son entourage et l'orthophoniste.

## 1.2 Durée de l'anamnèse

Nous voyons au travers des entretiens que les orthophonistes peinent à mesurer la durée de leurs anamnèses. Il apparaît qu'elle est très variable selon les patients et les pathologies. L'orthophoniste 1 dit que « *ça peut être un peu plus long si on tombe sur une maman bavarde qui se perd dans des tas de détails* ». L'orthophoniste 7, sur la question de la durée, répond : « *ça dépend vraiment des cas et de la façon dont les gens arrivent à se livrer ou pas, il y a des anamnèses qui peuvent durer une heure et d'autres un quart d'heure. Il n'y a pas de règle* ». Cette idée est récurrente dans les entretiens. L'orthophoniste 2 précise que dans le cas d'un bilan de bégaiement l'anamnèse est beaucoup plus longue (elle peut durer une heure) que pour d'autres pathologies (un bon quart d'heure).

Globalement la durée de l'anamnèse oscille de quinze minutes à une heure, la majorité étant entre quinze et trente minutes. L'orthophoniste 5 se distingue en déclarant qu'elle n'accorde que « *quelques secondes* » à l'anamnèse. Cette réponse, qui reflète peut-être un peu de provocation, révèle le peu d'importance donnée à l'anamnèse par cette orthophoniste. La sage-femme rencontrée consacre une heure à l'anamnèse. Le médecin pédopsychiatre consulté nous dit que ses anamnèses durent de une heure à une heure et demie. Nous pouvons nous demander si cette durée conséquente a trait au caractère complexe des troubles des patients du S.E.S.S.A.D. ou à une volonté spécifique du service d'approfondir l'anamnèse. Pour ce médecin la durée « *dépend aussi des parents, s'ils arrivent à verbaliser assez facilement ou pas* ». Cette remarque ressemble à celle de l'orthophoniste 7 précédemment citée.

La durée de l'anamnèse serait notamment liée aux capacités communicationnelles du patient ou de son entourage, à la pathologie rencontrée et au type d'anamnèse plus ou moins approfondi que l'orthophoniste choisit de pratiquer.

### 1.3 Le type d'entretien

Dans une grande majorité les orthophonistes qualifient leurs anamnèses de semi-dirigées. C'est-à-dire qu'ils mènent l'entretien tout en donnant au patient ou à son entourage l'initiative de la parole à certains moments. L'orthophoniste 2 explique : « *quelquefois il y a des familles qui arrivent et qui présentent les choses très clairement, là c'est pré-établi et on n'a pas besoin de reposer les questions, on a pratiquement tout. Il y a d'autres familles qu'il faut par contre diriger, donc c'est variable d'une famille à l'autre* ». Elle met ainsi en relief la nécessité d'adaptation du praticien face au patient et à son entourage. L'orthophoniste 14 exprime la même idée : elle laisse les patients s'exprimer librement dans un premier temps, puis elle les guide plus ou moins selon « *la capacité des parents à parler de leur enfant* ».

De même, l'orthophoniste 5 parle de faire du « *sur mesure communicatif* » en fonction du patient et de son entourage pendant l'anamnèse.

Le médecin pédopsychiatre parle elle aussi d'entretien semi-dirigé, elle dit ceci : « *par expérience on a un plan dans la tête, donc en général je guide les parents avec cette idée de plan que j'ai déjà préconçu auparavant* ». L'orthophoniste 1 est la seule à parler de questionnaire dirigé. Toutefois elle précise que, avant de passer à ce questionnaire, elle laisse la personne s'exprimer parce qu'elle « *en a besoin, elle est là pour ça* ».

Les orthophonistes 7, 8, 9, 10 et 12 s'opposent à ce que l'anamnèse revête la forme d'une série de questions. L'orthophoniste 7 explique : « *ce n'est pas facile l'anamnèse en fait. C'est très important dans la relation qu'on peut avoir avec le patient après, ce n'est pas facile à mener. Il faut être délicat, c'est pour ça que les questionnaires type, je n'aime pas trop* ». L'orthophoniste 8 nous dit : « *c'est sous la forme d'une conversation pour moi, ce n'est pas du tout un questionnaire* ». L'orthophoniste 9 dit à ce sujet : « *je n'ai pas un plan de questions à demander. Je préfère privilégier la relation, le contact, la première fois qu'on se rencontre, donc je n'ai pas*

*forcément envie d'avoir un interrogatoire policé* ». Elle ajoute : « *Je crois qu'il faut donner l'impression aux gens qu'on les écoute d'abord, et on n'est pas là pour les décortiquer. J'ai peur que si on a quelque chose de trop policé, avec des petits tirets, on va louper tout ce que la première rencontre peut nous apporter, toute la spontanéité des gens, tout ce qui se passe, même dans le non-verbal* ». Le rejet d'une anamnèse qui se résumerait à un questionnaire est donc exprimé par plusieurs orthophonistes.

Parallèlement au refus de pratiquer l'anamnèse sous la forme d'un questionnaire, certains disent leur choix de mener l'entretien comme une conversation. Les orthophonistes 4 A, 4 B, 6, 8, 9, 12 et 14 s'inscrivent dans cette voie. L'orthophoniste 6 nous dit : « *je n'entre pas dans un processus première question, deuxième question, c'est sur un mode conversationnel* ». L'orthophoniste 12 parle « *d'échange, de discussion* ». Pour elle « *ce n'est pas amené comme des questions* ».

L'orthophoniste 4 A explique : « *ce qui est intéressant c'est de voir les premiers mots avec lesquels ils (l'enfant et ses parents) vont arriver. Sans qu'il y ait eu de questions de notre part, en laissant les choses comme ça ouvertes* ».

Selon l'orthophoniste 14, l'entretien libre est préférable à l'entretien dirigé car il « *laisse passer les non-dits* ». Elle ajoute : « *ça montre comment la famille parle de l'enfant, sans qu'on ait à intervenir* ».

Si l'anamnèse est en partie un recueil d'informations, nous pouvons nous demander comment ces informations doivent être recueillies. A ce propos les avis et les pratiques divergent. Quelles sont les conséquences pour le patient du choix fait par les orthophonistes de la forme donnée à leurs anamnèses ?

## 2 – LES INFORMATIONS RECUEILLIES

### 2.1 Les questionnaires utilisés

Nous avons demandé aux orthophonistes selon quels critères ils choisissaient les questions posées lors de l'anamnèse. Elles sont déterminées en fonction de la plainte du patient, selon tous les orthophonistes. Il apparaît également que les questions varient selon l'âge du patient, les orthophonistes ne posant pas les mêmes questions face à des patients enfants ou adolescents et adultes. Toutefois certaines interrogations sont invariables telles que celles qui concernent les renseignements administratifs, qui adresse le patient, qui conseille le bilan orthophonique, et le motif de consultation.

Nous pouvons distinguer deux types de démarche qui se répartissent à part égale parmi les orthophonistes rencontrés. Celle qui consiste à questionner le patient ou son entourage de manière systématique selon sa plainte, c'est-à-dire à suivre un questionnaire type en fonction de la pathologie suspectée. Une autre attitude est de poser des questions en fonction de l'observation clinique du patient, donc de choisir les questions qui paraissent pertinentes en fonction de ce que l'orthophoniste voit et entend au cours de l'anamnèse. Par exemple, l'orthophoniste 5 pose des questions sur la psychomotricité dans les cas où elle constate « *des maladresses, un enfant gauche* ». Elle ajoute : « *c'est toujours renseigné par les observations, ce n'est jamais de but en blanc* ». Elle explique « *j'ai une énorme grille-type par devers moi dont je n'extirpe que quelques questions en fonction de la clinique que j'observe. Je n'ai pas une démarche systématique mais je suis attentive à tout ce qui peut faire le contexte du trouble de langage* ». L'orthophoniste 4 A donne un exemple : « *vous voyez un enfant de quatre ans arriver dans le bureau, il est très dégourdi, vous n'allez pas demander : Madame, est-ce que votre fils a eu des problèmes de marche ?* ». A l'opposé d'autres orthophonistes prennent le parti de demander systématiquement aux parents à quel âge l'enfant a marché, et tout ce qui concerne son développement psychomoteur notamment. Selon l'orthophoniste 4 B « *les bonnes questions,*

*les questions pertinentes sont celles qui nous viennent naturellement quand on est en face de quelqu'un qui nous renvoie des choses ».*

L'orthophoniste 6 précise que les questions sont « *aussi en fonction du comportement de l'enfant* ». Selon l'orthophoniste 2 « *en fonction de la pathologie et en fonction de la personne qu'on a devant soi, on sait ce qu'on doit poser et ce qu'on ne doit pas poser, ce qui est important et ce qui ne l'est pas* ». L'orthophoniste 9 dit elle aussi ne pas poser de questions de manière systématique mais en fonction des réponses du patient ou de son entourage.

L'observation clinique lors de l'anamnèse semble donc souvent jouer un rôle important dans le choix des questions. L'anamnèse est-elle pré-établie en fonction de la pathologie, donc figée, ou s'adapte-t-elle au profil du patient ?

Par ailleurs nous constatons qu'en ce qui concerne certaines données telles que la naissance de l'enfant, la grossesse, quelques orthophonistes (3, 7, 8, 10, 11, 12, 14) questionnent systématiquement les parents tandis que d'autres (1, 2, 5, 6, 9) attendent que les parents signalent d'eux-mêmes s'il y a eu un problème.

Il apparaît que les orthophonistes nous ont tous décrit un plan d'anamnèse concernant les enfants et les adolescents. Chez les orthophonistes qui travaillent en libéral, nous retrouvons la même trame de questions. L'investigation porte sur les domaines suivants : les antécédents médicaux, familiaux et thérapeutiques, le développement psychomoteur et linguistique, l'environnement (alimentation, sommeil, loisirs), la famille (fratrie, séparations, deuil, etc), la scolarité, le comportement, l'histoire du trouble, la gêne ressentie.

L'orthophoniste 5 se distingue en faisant une anamnèse très brève en même temps que les tests : « *je me préoccupe surtout d'éventuels troubles alimentaires quand il y a des difficultés praxiques, ou d'otites, c'est quasiment systématique* ». Pour le reste les questions sont posées en fonction de la clinique observée.

L'orthophoniste 14 explique qu'elle ne recherche que des informations qui se rapportent à ce qu'elle travaille en rééducation. Par exemple elle ne demande pas si l'enfant a des troubles de mémoire car elle ne les prend pas en charge. Pour elle, se renseigner sur ce sujet laisserait entendre qu'elle va essayer de remédier au problème.

L'entretien anamnestique se déroule différemment pour les orthophonistes qui travaillent en institution. Une anamnèse ayant été effectuée préalablement par un médecin ou un psychologue du service, l'orthophoniste dispose par écrit d'un certain nombre d'informations concernant le patient (antécédents médicaux, antécédents thérapeutiques, antécédents familiaux, développement psychomoteur, développement linguistique, etc). L'anamnèse réalisée par l'orthophoniste revêt alors une autre forme, elle sera l'occasion de rencontrer la famille, « *de faire alliance avec les parents* » dit l'orthophoniste 4 B, « *d'avoir une première idée sur la possibilité de travailler ensemble ou pas* » et de « *donner du sens à ce pourquoi ces gens-là viennent* ». L'orthophoniste 4 B explique : « *si on pense qu'il y a quelque chose du côté de l'organique, du retard de développement, il y a des questions que l'on va poser. Pour le reste, les gens amènent ce qu'ils ont envie d'amener* ». L'anamnèse peut s'intéresser directement au trouble que connaît le patient, « *on doit poser des questions beaucoup plus du côté du symptôme* » explique l'orthophoniste 4 B, « *on parle de lecture, d'écriture, de rapport à l'école* » ajoute-t-elle. L'anamnèse est également l'occasion de demander aux parents si eux-mêmes ont rencontré les mêmes difficultés que leur enfant, donc de chercher d'éventuels antécédents familiaux au trouble de l'enfant : « *je vais interroger les parents sur les ressemblances qu'il peut y avoir entre cet enfant et eux (...) pour un enfant en difficulté de lecture, est-ce qu'eux aussi ont eu du mal à apprendre à lire, est-ce qu'ils se reconnaissent dans cet enfant-là, à qui d'autre est-ce qu'il ressemble dans la famille* ». Enfin, l'orthophoniste 4 B profite de l'anamnèse pour expliquer aux parents sa façon de travailler, « *j'essaye d'en donner autant qu'ils m'en donnent* » dit-elle. Elle poursuit : « *Et l'enfant, je joue avec lui en même temps que je parle avec ses parents. Et pendant tout ce temps, je fais part de ce que j'observe de l'enfant aux parents. Et je leur demande s'ils*

*reconnaissent leur gamin dans ce que je dis*». L'anamnèse devient alors un échange d'informations.

Nous constatons au travers des entretiens que les orthophonistes explorent par leur questionnaire d'anamnèse divers domaines en fonction de la pathologie et de l'âge du patient. La recherche d'informations varie selon chaque praticien, mais nous retrouvons globalement les mêmes champs d'investigation, le type de questionnaire décrit s'appliquant généralement à des patients enfants. Le questionnaire d'anamnèse s'avère différent lorsque l'orthophoniste exerce en institution puisque la plupart des informations recueillies dans une anamnèse sont préalablement délivrées lors d'un premier entretien anamnestique avec un médecin ou un psychologue. Il apparaît que les orthophonistes 4 A et 4 B rencontrent toujours les parents pour une anamnèse orthophonique à la suite de ce première entretien, contrairement à l'orthophoniste 13 qui prend directement en charge l'enfant sans avoir vu les parents au préalable. Cette absence de relation avec la famille avant le début de la prise en charge n'a-t-elle pas des répercussions sur la suite de la prise en charge ?

## **2.2 L'observation des attitudes, des interactions**

Les orthophonistes dans leur ensemble sont attentifs aux attitudes du patient, de son entourage et aux interactions entre les uns et les autres.

L'orthophoniste 1 explique que pendant qu'elle parle avec le parent, tandis que l'enfant dessine, cela lui permet de « *regarder comment il (l'enfant) se comporte, s'il est capable de se fixer sur quelque chose (...) est-ce qu'il va être plutôt calme, bougeant, impatient ? (...) quand il fait un dessin : est-ce qu'il tire la langue, est-ce qu'il suce son pouce ? S'il ajoute des choses, s'il intervient, s'il répond à la place de sa maman (...) on peut observer par exemple le lien fusionnel, le gamin qui va prendre le pas sur les parents, qui a toujours son mot à dire, le gamin qui décide tout, ou le parent très autoritaire et le gamin qui ne va pas s'exprimer* ». A propos des parents, elle ajoute : « *j'observe aussi la maman qui dit : tu viens bébé, ou celle qui*

*rhabille le gamin* ». Ainsi, par l'observation, de nombreuses informations peuvent être récoltées sur le patient, ses parents et leur fonctionnement. D'une part l'orthophoniste recueille des éléments d'ordre clinique relatifs au trouble, dans un but diagnostique. D'autre part elle observe les interactions parents-enfant et recueille ainsi des informations sur leur mode relationnel. Enfin l'observation des attitudes et des réactions du patient la renseignent sur son fonctionnement et sur sa personnalité.

Si l'orthophoniste 2 observe que l'enfant est « *un peu bébé* » (sic), elle demande quelle est sa place dans la fratrie. L'observation est alors source de questions, elle oriente donc en partie l'anamnèse. Cette orthophoniste l'exprime ainsi : « *les comportements qu'on va observer vont nous servir, je le note d'ailleurs. Un enfant qui n'arrête pas de bouger, qui s'en va de sa chaise, qui repart, qui revient, ou un enfant qui est collé à sa mère, oui on va le noter. Les attitudes du patient vont nous apporter des informations, c'est sûr* ».

Pour l'orthophoniste 4 B « *les bonnes questions, les questions pertinentes, ce sont celles qui nous viennent naturellement quand on est en face de quelqu'un qui nous renvoie des choses* ». L'orthophoniste 4 A ajoute : « *vous voyez un enfant de quatre ans arriver dans le bureau, il est très dégourdi. Vous n'allez pas demander : madame, est-ce que votre fils a eu des problèmes de marche ?* ». Pour ces professionnels aussi les « bonnes » questions découlent de l'observation clinique du patient.

L'orthophoniste 5 déclare à propos de l'observation qu'elle a une approche « *résolument clinique* ». Elle précise : « *ce que je peux détecter de non-dit est aussi important, voire plus, que ce qu'on peut me dire* ». Il est à noter que cette orthophoniste juge aussi important, voire davantage, le fruit de ses observations que ce que la parole du parent lui apporte.

Concernant l'observation des aspects fusionnels, l'orthophoniste 6 répond : « *on les voit, on n'a pas forcément une bonne analyse, mais il y a des comportements qui sont quand même assez révélateurs lors des entretiens, sur le comportement de l'adulte et de celui qui va parler, les*

*prises de parole* ». Il est intéressant que ce professionnel manifeste une distance par rapport à ses interprétations quant aux attitudes du patient et de son entourage.

Le même recul est exprimé par l'orthophoniste 7 qui explique : « *il faut se méfier de projeter trop de choses, ce sont des impressions qu'on a au départ, qui ne se révèlent pas forcément vraies* ». En outre elle observe par exemple si l'enfant a droit à la parole, s'il répond à la place du parent, s'il est sur ses genoux.

Selon l'orthophoniste 10 l'anamnèse « *c'est là et seulement là qu'on peut voir beaucoup de choses. On ne les revoit plus jamais dans une situation pareille, celle d'avoir à se présenter, ensemble. C'est là qu'on voit leur façon de fonctionner, qui prend le dessus sur qui par exemple* ». Elle ajoute : « *les parents qui vont monopoliser la parole, tout déballer, ça se fait finalement au détriment de l'observation de l'enfant. En même temps, ça en dit long sur le fonctionnement familial* ».

L'orthophoniste 12 remarque : « *j'ai des cas de patients qui sont très rigides, qui ne se livrent pas. D'ailleurs on le voit dans l'échange, dans la façon de se positionner face à vous : s'ils sont en face, de biais, s'ils sont bien installés, comment ils vous regardent, ou s'ils ne vous regardent pas...A ces signes, vous sentez déjà si la relation passe. Vous ne pouvez pas avoir le même discours avec tous les patients* ». La communication non-verbale est un facteur que l'orthophoniste prend en compte pendant l'anamnèse et qui l'amène à s'adapter au profil du patient, au même titre que ce qui est exprimé verbalement.

Le médecin pédopsychiatre pense que l'observation est fondamentale pendant l'anamnèse, « *c'est plus important que ce qui est dit, parce que dans ce qui est dit il y a quand même un filtre (...) ce que les parents disent je le prends, mais je me fie surtout à ce que je vois, aux attitudes du père, de la mère, de l'enfant, comment ils se placent, comment ils discutent entre eux, comment ils se regardent* ».

L'analyse des prises de parole, des attitudes, des interactions des personnes

présentes au cours de l'anamnèse en est un élément capital. Elle suppose un acte d'observation conséquent, parallèlement aux informations recueillies par des actes de langage. En outre, il apparaît que ces tâches simultanées nécessitent une grande attention de la part du praticien.

### **3 – LES SOURCES D'INFORMATION**

#### **3.1 Le dossier médical**

Quand le patient est un enfant, la plupart des orthophonistes consultent le carnet de santé lorsqu'il est apporté par les parents. En général ces derniers l'apportent lors du bilan lorsqu'il contient des informations à signaler.

L'orthophoniste 5 se distingue en déclarant : *« j'évite de donner dans la médicalisation de la difficulté, ce qui fait que quand les gens viennent avec leur carnet de santé, c'est rare que je le regarde, pour leur signifier que ce sont des éléments mais pas déterminants en ce qui concerne le langage, que c'est autre chose qui m'intéresse ».*

Les orthophonistes interrogés sont attentifs aux bilans médicaux qui leur sont confiés lors de l'anamnèse notamment dans les cas de pathologies organiques.

En ce qui concerne les données venant d'autres professionnels paramédicaux, l'orthophoniste 1 préfère les consulter dans un second temps. Elle explique : *« si c'est l'avis d'un autre intervenant, genre psychologue ou orthophoniste, je préférerais me faire ma propre idée. Je le garde dans le dossier mais je ne le regarde pas tout de suite pour ne pas être contaminée par l'idée de l'autre ».*

L'orthophoniste 9 insiste sur le fait que quand elle reçoit un patient qui a été suivi par un autre orthophoniste, elle refait systématiquement le bilan, y

compris l'anamnèse. Elle explique : *« j'en ai besoin pour moi d'abord, et je ne peux pas prendre quelque chose en cours (...) j'ai besoin de me faire une idée à moi, quelle que soit l'épaisseur de son dossier médical, quel que soit ce que j'en aurais entendu d'une collègue. Si c'est moi qui vais poursuivre le chemin avec cette personne, j'ai besoin de faire l'anamnèse de cette personne, c'est essentiel ».*

L'orthophoniste 13, qui travaille dans un établissement, lit le compte-rendu d'anamnèse réalisée par le médecin de rééducation. Elle dit par ailleurs avoir au sujet des patients beaucoup d'échanges avec ses collègues éducateurs, ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes. Elle ajoute : *« Quand je pense qu'il est important d'avoir des éléments qui pourraient sembler un peu incontournables, je lis les compte-rendus qu'ont pu faire mes collègues auparavant ».*

Les orthophonistes 4.A et 4.B, qui exercent dans un C.M.P.P., recueillent d'abord par oral les informations que leur transmet le psychologue ou plus rarement le médecin qui a effectué l'anamnèse. En outre, ils lisent « la feuille bleue », qui est remplie par les parents où ils *« ont pu écrire la raison de leur venue ici, leur impression concernant leur enfant (...) plein de choses qui concernent les maladies, la propreté, l'âge de la marche... tout ça nous intéresse ».* Ils prennent ainsi connaissance des informations de l'anamnèse dont ils ont besoin pour la rééducation. Cependant, l'orthophoniste 4 B précise que lire ces informations *« c'est se plonger dans le travail de quelqu'un d'autre (...) ce qui concerne ce qu'ont rapporté les collègues, ça c'est difficile. En plus, c'est quelque chose que la famille a dit à quelqu'un d'autre ».*

Le médecin du S.E.S.S.A.D. lit elle aussi les comptes-rendus de bilan effectués par ses collègues éducateur, psychologue, psychomotricien, orthophoniste du service. Cependant elle ajoute *« quelquefois si les cas sont complexes, qu'il y a eu beaucoup d'influences autres, beaucoup de professionnels qui sont déjà intervenus, quelquefois je ne lis rien. Je laisse venir comme ça, pour me faire une idée peut-être plus personnelle. Mais dans le cas général, je lis ».* Elle consulte également les documents de la

C.C.P.E. ou de la C.D.E.S., des psychologues scolaires, les comptes-rendus d'hospitalisation quand les parents en apportent.

### **3.2 L'enseignant**

Les orthophonistes 2, 3, 6, 10 et 12 disent téléphoner de façon quasi-systématique à l'enseignant de l'enfant à l'occasion du bilan. Les informations qu'ils récoltent viennent alors compléter l'anamnèse. Cette pratique orthophonique est à interroger. Cela suppose que les informations recueillies lors de l'anamnèse ne sont pas suffisantes pour ces praticiens.

L'orthophoniste 2 précise qu'elle demande au professeur des renseignements sur le comportement de l'enfant.

Selon l'orthophoniste 14 il est intéressant de pouvoir échanger avec l'enseignant afin de savoir comment l'enfant se place dans la vie sociale : *« le parent ne le sait pas toujours, l'enfant lui-même a sa propre vision »*.

L'orthophoniste 6 explique *« lors du premier entretien, on n'a pas forcément une vue très juste de la chose, parfois les parents ont un discours. En fait il faut le confronter avec l'enseignant, avec les autres personnes qui sont autour de l'enfant, et on n'a parfois pas le même écho »*. Ici il s'agit de multiplier et de croiser les sources d'informations au sujet de l'enfant, de confronter les points de vue des parents et des enseignants dans une recherche de « vérité ». Est-ce le rôle de l'orthophoniste d'effectuer ces démarches auprès de l'institution scolaire de façon systématique ?

L'orthophoniste 10 dit ceci : *« je ne poserai jamais de questions concernant des informations d'ordre privé. Je ne prendrai que ce qu'on me dira. Sinon, concernant l'enfant et ses apprentissages, son comportement, son fonctionnement, alors là oui, bien sûr, l'instituteur peut apporter beaucoup de choses »*.

En opposition à ces démarches, l'orthophoniste 7 remarque *« il y a des*

*parents et des enfants qui ne tiennent pas à ce que l'instituteur soit au courant, il faut respecter ça. Ce n'est pas parce que l'enfant vient en orthophonie que l'instituteur doit forcément être tenu au courant. Je ne refuse pas le dialogue avec l'instituteur, mais il faut qu'il y ait une demande de sa part, donc ce n'est pas systématique. De toutes façons, quand je contacte l'instituteur, j'en parle toujours à l'enfant et à la famille* ». Nous pouvons effectivement nous interroger sur la liberté de choix accordée ou non à l'enfant et à sa famille par l'orthophoniste dans cette recherche d'informations auprès de l'enseignant.

### **3.3 L'accompagnant**

Nous constatons à travers tous les entretiens que l'enfant n'est jamais seul avec l'orthophoniste durant l'anamnèse, il est toujours accompagné d'une personne qui est le plus souvent l'un de ses parents. Il apparaît que la mère accompagne le plus fréquemment l'enfant. L'orthophoniste 3 juge que c'est important de voir les deux parents, mais que c'est rare. Elle ajoute que « *ce serait bien de voir plusieurs membres de la famille, même les frères et sœurs* » afin d'obtenir des éléments supplémentaires sur l'enfant, en l'occurrence sur son environnement familial. L'orthophoniste 7 essaye de voir les deux parents, mais précise que ce n'est pas toujours facile et que c'est souvent l'un ou l'autre parent qui accompagne l'enfant.

Bien que les orthophonistes s'adressent à l'enfant, le parent est un interlocuteur privilégié lors de l'anamnèse : il apparaît que le parent parle plus que l'enfant dans une majorité de cas. Il va renseigner l'orthophoniste sur certains données que l'enfant ignore (par exemple sur sa naissance, son développement psychomoteur et linguistique, ses antécédents médicaux, ses habitudes alimentaires, son sommeil, son comportement à la maison) . Il s'agit aussi de recueillir des informations plus subjectives sur l'enfant : comment le parent décrit son enfant, l'avis du parent sur le trouble de celui-ci, notamment. L'orthophoniste 11 précise : « *je crois beaucoup à la parole du parent* ». Elle ajoute : « *la souffrance d'une maman ou d'un papa, en tout*

*cas de la personne qui élève cet enfant, qui est responsable de lui, qui est au quotidien avec lui, mérite d'être entendue ».*

L'orthophoniste 6 dit que les parents ont souvent « *un discours* » et, pour le médecin pédopsychiatre, « *dans ce qui est dit il y a quand même un filtre* ».

L'orthophoniste 10 raconte qu'il lui est arrivé de poser des questions qui amenaient des réponses du parent révélant des faits que l'enfant ignorait. Ainsi, elle explique : « *je demande souvent aux parents s'ils veulent me dire les choses maintenant, ou plus tard. Je leur propose de les rencontrer une autre fois, seuls* ». Pour compléter l'anamnèse, un entretien sans l'enfant est donc proposé. Cette pratique ne semble pas fréquente. Pour un adolescent, l'orthophoniste 14 dit qu'elle « *garde les parents rapidement, pour les questions de naissance et les données qu'[elle] trouve importantes* ». L'anamnèse de l'adolescent se déroule avec ou sans ses parents, selon le choix de l'adolescent, pour l'orthophoniste 8 ; elle peut se dérouler avec l'adolescent seul pour les orthophonistes 1, 6 et 7.

L'orthophoniste 12 précise que dans les cas de pathologies vasculaires, le patient est accompagné d'un membre de sa famille pour l'anamnèse afin qu'il donne des informations que le patient lui-même n'est pas en mesure de fournir.

## 4 – LES SUPPORTS

### 4.1 La prise de notes

Tous les professionnels rencontrés prennent des notes écrites lors de l'anamnèse. Seule l'orthophoniste 10 enregistre parfois les entretiens quand elle sent qu'ils vont être denses, afin d'être « *totalelement avec l'enfant* ». Selon l'orthophoniste 11 « *malheureusement c'est encore peu le cas en orthophonie de pouvoir filmer ou enregistrer les séances. Nos notes sont intéressantes, mais c'est bien de pouvoir s'entendre, se réécouter* ». Nous pouvons nous demander pourquoi cette orthophoniste n'ose pas faire cette démarche. Nous pouvons penser qu'elle craint d'entraîner un sentiment d'intrusion chez ses patients. Sans l'avoir pratiqué, l'orthophoniste 12 pense que le fait d'enregistrer l'anamnèse dérangerait le patient, serait source de malaise.

En outre, la façon de prendre des notes est peut-être elle aussi importante dans l'interaction avec le patient. L'orthophoniste 7 précise « *quelquefois quand les gens me dévoilent des choses assez intimes j'essaye de ne pas prendre de notes. J'estime que c'est déjà assez difficile pour eux de le dire, alors si on est en train de noter...j'essaye de noter après coup* ». Il s'agit là d'une adaptation du praticien en fonction de ce qu'il juge supportable ou non par le patient.

Si pour l'orthophoniste 14 prendre des notes « *pose quelque chose de calme* », de son côté l'orthophoniste 12 dit prendre quelques notes pendant l'anamnèse puis les compléter quand le patient est parti. L'orthophoniste 11 précise : « *il y a des enfants pour lesquels j'ai cinq pages de notes avec des bulles, des flèches qui repartent, et des enfants pour lesquels quelques mots me suffisent pour remettre le contexte en place* ». Les orthophonistes notent les informations qui leur sont apportées verbalement mais aussi ce qu'ils remarquent en situation d'anamnèse comme les attitudes du patient ou les interactions par exemple.

Ces écrits ne sont pas destinés à être lus par le patient. Ils ne font pas partie du dossier consultable par le patient selon la loi Kouchner.

Il apparaît qu'aucun orthophoniste n'utilise son ordinateur pour y retranscrire les données de l'anamnèse. A ce propos, l'orthophoniste 7 relate une anecdote : *« je ne travaille jamais sur ordinateur pendant l'anamnèse. Ça m'est arrivé une fois en tant que patiente avec un médecin, et j'ai trouvé ça horrible. Il était toujours sur son clavier et moi je ne comptais plus »*. Nous pouvons nous demander si en effet les orthophonistes choisissent les notes écrites plutôt qu'un autre mode parce que c'est celui qui altère le moins la relation avec le patient. Par ailleurs, les expériences des orthophonistes comme celle qui est racontée par l'orthophoniste 7, leur vécu, les oriente peut-être vers telle ou telle pratique.

## **4.2 Le compte-rendu de bilan**

Une grande partie des orthophonistes résume l'anamnèse dans sa globalité dans le compte-rendu de bilan adressé au médecin-conseil et au médecin prescripteur.

Une autre partie sélectionne parmi les informations recueillies celles qu'ils jugent transmissibles à d'autres professionnels. Ces praticiens considèrent *« qu'il y a un secret à garder »*, comme l'exprime l'orthophoniste 3.

L'orthophoniste 4 A, concernant la transmission de comptes-rendus à des professionnels hors du C.M.P.P., dit *« on reste très discret parce que ça concerne quelque chose du relationnel entre ces parents-là, cet enfant-là et l'un d'entre nous »*. Il ajoute *« pour ce qui est propre à la famille, je pense que les gens sont capables d'aller répéter ça à leur manière, avec un nouvel interlocuteur »*.

L'orthophoniste 7 explique que dans le bilan pour la Sécurité Sociale elle met très peu de choses. Elle précise : *« tout ce qui est du domaine psychologique, je le garde pour moi (...) Pour les médecins prescripteurs, j'envoie un bilan où je ne fais pas trop part de ça, je téléphone s'il y a une*

*incidence importante dans la rééducation (...) je ne note pas trop ».*

L'orthophoniste 10 dit « *ne rien mettre* » dans son compte-rendu de bilan sur l'anamnèse, elle déclare « *il est complètement stérilisé mon bilan ! Comme ça il peut être lu par n'importe qui. Parce qu'il y a aussi des parents qui me demandent la photocopie pour l'instituteur. Pour l'anamnèse je mets : l'enfant X est né le tant, est âgé de... , est en classe de... , il consulte pour des difficultés de...* ». Et elle ajoute qu'elle dit aux médecins : « *les comptes-rendus que je vous envoie sont volontairement épurés. Les patients vous disent les choses qu'ils veulent vous dire, ils me disent d'autres choses à moi, et c'est très bien comme ça* ». Pour elle « *une certaine opacité est nécessaire* ». Cette orthophoniste est opposée à ce qu'un dossier soit transmis de professionnel à professionnel et ainsi « *[échappe] en quelque sorte au patient* » .

L'orthophoniste 14 précise qu'elle ne veut pas transmettre certaines informations dans son compte-rendu de bilan parce que « *le bilan qui est envoyé au médecin peut être lu par la famille* ». Elle ajoute : « *moi, je ne transmets jamais le bilan à la famille, je préfère leur en parler* ».

La réserve manifestée par ces quatre orthophonistes est d'une part liée au respect du secret professionnel, quand bien même il s'agit de partager des informations avec un autre professionnel. Ils jugent que ce qui leur est adressé dans leur cabinet, qui est d'ordre privé, doit rester secret. D'autre part la loi Kouchner donne au patient l'accès à son dossier médical, ainsi il peut lire le compte-rendu de bilan qui le concerne et s'il le désire le transmettre à d'autres personnes telles que l'enseignant.

Nous pouvons constater que la conception du secret professionnel est variable selon les orthophonistes et que les pratiques divergent en ce qui concerne la transmission des informations recueillies. Une sélection des informations transmises est par ailleurs effectuée par certains orthophonistes car le patient peut éventuellement lire le compte-rendu de bilan.

Grâce au témoignage d'un médecin-conseil de la Sécurité Sociale que nous avons pris la peine de contacter, nous avons recueilli quelques informations

sur la partie relative à l'anamnèse du compte-rendu de bilan orthophonique. Elle nous explique qu'elle en attend un compte-rendu synthétique des éléments recueillis sur le patient, y compris sur son comportement, et sur son trouble. Elle nous confie qu'elle constate de grandes inégalités parmi les comptes-rendus qu'elle reçoit. En effet, à côté de ceux qui répondent parfaitement aux attentes, elle observe parfois des excès de concision et, à l'opposé, de la profusion. Parfois les orthophonistes n'indiquent que très peu de données anamnestiques, taisant même quelquefois la classe de l'enfant. D'autres professionnels mentionnent sans distinction toutes les informations fournies lors de l'anamnèse, y compris ce que le médecin-conseil qualifie de détails. En outre, elle trouve souvent insuffisantes les données concernant les antécédents thérapeutiques du patient, ce qu'elle impute à un manque de transmission d'informations entre professionnels.

## **5 - L'ENFANT**

### **5.1 A qui s'adresse l'orthophoniste lors de l'anamnèse ?**

Nous avons demandé aux orthophonistes à qui ils s'adressaient dans un premier temps lors de l'anamnèse, quand leur patient est un enfant.

Seuls les orthophonistes 1, 3 et 14 disent s'adresser d'abord au parent présent. L'orthophoniste 3 le justifie en expliquant que l'enfant est mal à l'aise quand on s'adresse à lui d'emblée.

Les orthophonistes 2, 4 A, 4 B 5, 8, 9, 10 et 11 s'adressent d'abord à l'enfant lors de l'anamnèse. L'orthophoniste 5 explique que son interlocuteur est d'abord l'enfant *« pour le mettre d'emblée en position de sujet dans la communication, et pas comme un objet mal boutique que les parents m'amènent pour que je le répare »*.

Les orthophonistes 8 et 10 précisent qu'elles vont parler directement à l'enfant quel que soit son âge.

Ces orthophonistes parlent à l'enfant et lui posent quelques questions avant de s'adresser au parent dans un second temps. Quand il arrive que le parent prenne la parole à la place de l'enfant, l'orthophoniste 10 dit alors à l'enfant : « *dis donc, ta maman a très envie de répondre à ta place, elle a très envie de t'aider, c'est bien. Mais tu sais, aujourd'hui, c'est le bilan, alors on ne va pas trop t'aider* ». De plus, l'orthophoniste 10 invite l'enfant à s'installer face à elle, et le parent à côté de lui.

Les orthophonistes 7 et 12 disent s'adresser en même temps à l'enfant et à sa famille.

Au début de l'anamnèse, les orthophonistes 1, 3, 4 A, 4 B, 9, 10, 12, 13 ainsi que le médecin pédopsychiatre se présentent à l'enfant et lui expliquent en quoi consiste leur travail. L'orthophoniste 1 justifie cette démarche : « *on me présente un enfant, il faut aussi qu'il sache qui je suis, à quoi je sers, et puis pourquoi il est là* ».

Plusieurs orthophonistes (1, 4 A, 4 B, 5, 9, 10, 11 et 12) demandent à l'enfant en commençant l'anamnèse s'il sait pourquoi il vient rencontrer un orthophoniste, l'incitant ainsi à exprimer sa demande.

Les praticiens 3, 10 et 11 précisent à l'enfant, au commencement de l'anamnèse, qu'il peut intervenir quand il le souhaite au cours de l'entretien avec ses parents.

Par ailleurs les orthophonistes 3, 4 A, 4 B, 13 demandent à l'enfant au cours de l'anamnèse s'il est d'accord avec ce qui est dit et ce qu'il en pense. L'orthophoniste 4 B demande à l'enfant : « *est-ce que tu te reconnais dans ce que tes parents disent de toi ? Tu vois, ton père ou ta mère vient de dire ça, est-ce que ça te convient ?* » ou bien « *tu as fait une drôle de tête quand ton papa ou ta maman a dit ça tout à l'heure, qu'est-ce que tu en penses ?* »

Nous constatons qu'une majorité de praticiens s'adressent dans un premier temps au patient quand celui-ci est un enfant. Sept orthophonistes se

présentent à l'enfant. En outre quelques orthophonistes proposent à l'enfant d'intervenir au cours de l'anamnèse pour notamment donner son avis sur les propos tenus à son sujet ou ajouter quelque chose.

Nous pouvons nous demander ce qu'implique le choix de s'adresser à l'enfant initialement, ou à l'opposé à son parent. Cela a-t-il une incidence sur la place du sujet, et sur l'éventuelle suite de la prise en charge ?

## **5.2 La demande**

Nous avons vu précédemment qu'un certain nombre d'orthophonistes incitaient l'enfant à formuler l'objet de sa demande, ou ce qu'il pensait de la demande que ses parents exprimaient. Or il apparaît qu'il arrive parfois que la demande de l'enfant soit différente de celle de ses parents. L'orthophoniste 11 explique « *on a parfois de très grosses surprises. Ses parents viennent parce qu'il a de très grosses difficultés en maths. L'enfant, lui, dit « non, je n'ai pas de soucis, moi ce qui m'embête, c'est les dictées ».*

Selon l'orthophoniste 14 « *bien souvent, la demande de l'enfant n'est pas du tout celle des parents. C'est assez fréquent quand même ».*

L'orthophoniste 11 met en relief le fait que certains enfants sont dans une grande souffrance, mais « *qu'ils ne sont pas assez « nuls » pour qu'on s'en occupe (...) d'autres enfants sont carrément dans les choux, mais ils ont bien d'autres choses à gérer. Et ça, ça se sent dans l'anamnèse ».* Pour l'orthophoniste 7 « *prendre en charge un enfant, un adolescent ou un adulte, c'est souvent en fonction de comment est vécu son trouble. Elle ajoute : « On voit des enfants qui ont un trouble mineur et qui sont extrêmement gênés (...) pour moi ce serait un appel pour le prendre en charge plus rapidement qu'un autre. Comment l'enfant perçoit son trouble, ou sa famille, c'est très important ».*

Un aspect a peu été abordé lors des entretiens : l'absence de demande de la part de l'enfant. La démarche d'aller consulter un orthophoniste vient

souvent des parents à la suite de l'indication de tel ou tel professionnel (médecin, professeur, orthodontiste, etc). D'ailleurs les orthophonistes se soucient de savoir qui a motivé le bilan orthophonique, afin de situer l'origine de la plainte, et de savoir si les parents sont conscients ou non du trouble de leur enfant. L'orthophoniste 12 remarque : *« les enfants, en général, ils suivent. Il n'y a pas cette prise de conscience comme chez l'adulte, ça fait partie de l'éducation, je vais chez l'ortho parce qu'on m'a dit que je lis mal, que j'écris mal »*. L'orthophoniste 11 évoque le cas de certains enfants *« objets »* qui ne *« voulaient pas venir »*, qui *« n'ont pas le choix, de même qu'ils ne peuvent pas ne pas aller à l'école, ils ne peuvent pas ne pas aller chez l'orthophoniste »*.

En ce qui concerne les adolescents, l'orthophoniste 7 précise : *« il faut toujours que ce soit lui qui décide de sa démarche, je ne prends pas d'adolescent qui me dirait « je veux bien venir, mais je viens parce que mes parents m'ont dit de venir, ou un professionnel » (...) on fait le bilan, moi je dis ce que j'en pense, et quand il peut y avoir une prise en charge après, je leur demande de réfléchir et puis qu'ils me rappellent eux-mêmes »*.

### **5.3 Le dessin comme donnée anamnestique**

Nous n'avons pas demandé de manière systématique aux orthophonistes ce qu'ils pensaient du dessin réalisé par l'enfant pendant l'anamnèse.

Les orthophonistes 8, 10, 11 et 14 nous disent qu'ils le considèrent comme un élément important.

L'orthophoniste 8 précise qu'elle ne sait pas interpréter les dessins, mais qu'ils lui permettent de voir si « *l'enfant est gaucher ou droitier, de voir son tracé* », elle recueille ainsi des données sur la psychomotricité de l'enfant. Elle ajoute que le dessin lui permet de voir « *la place qu'il prend, son imaginaire, si son dessin est vivant ou pas* ».

Les orthophonistes 10 et 11 relatent des anecdotes à propos de dessins d'enfants qui, une fois interprétés, expriment des faits familiaux ou des états émotionnels.

L'orthophoniste 14 juge intéressant de constater ce que l'enfant choisit de dessiner et surtout ce qu'il en dit ensuite.

## **6 - REFLEXIONS SUR LA PRATIQUE**

### **6.1 La formation, les références théoriques**

La formation initiale des orthophonistes semble être à la base de leurs connaissances concernant l'anamnèse. Elle est toutefois jugée insuffisante par les orthophonistes 6, 7 et 9. De plus, d'après les propos des orthophonistes 2, 8 et 10, la formation enseigne surtout des grilles de questions à poser aux patients. L'orthophoniste 8, à propos de la formation sur l'anamnèse, remarque : « *ce qui me déplait, c'est que c'était un peu fait comme un test* ». L'orthophoniste 10 dit « *au début, on essaie d'appliquer ce qu'on nous a appris, c'est-à-dire qu'on applique bêtement un questionnaire d'anamnèse, et puis très vite on se trouve confronté à des réactions qu'on n'a pas prévues, et auxquelles on ne nous a pas préparés* ». Nous pouvons nous demander si l'aspect relationnel et interactif de l'anamnèse est aussi approfondi que son aspect formel dans la formation initiale.

Les stages pendant les études d'orthophonie sont formateurs pour la pratique de l'anamnèse selon les orthophonistes 9 et 11. L'orthophoniste 9 a appris à pratiquer l'anamnèse dans le cadre de ses études de médecine qui ont précédé ses études d'orthophonie. Elle précise que celles-ci ne lui ont rien appris de plus sur l'anamnèse, en dehors des stages.

Le médecin du S.E.S.S.A.D. dit elle aussi avoir appris à faire des anamnèses très tôt « *puisque ça fait partie du premier travail hospitalier quand on est externe* ».

La formation continue est venue enrichir la pratique de l'anamnèse de certains orthophonistes. Les orthophonistes 4 A, 4 B et 7 ont effectué la formation Chassagny sur la Pédagogie Relationnelle du Langage. Pour l'orthophoniste 7, cette formation l'a aidée « *à se poser des questions* » sur la façon de mener l'anamnèse. L'orthophoniste 13 cite une formation sur la psychopédagogie en référence à BRUNER et VYGOTSKY.

Les orthophonistes font par ailleurs référence à des lectures qui peuvent influencer leur pratique. L'orthophoniste 4 A dit être influencé par DOLTO et LACAN. L'orthophoniste 5 fait référence à madame BOREL-MAISONNY, à WINNICOTT, à l'approche psychanalytique, aux neurosciences, à la psychologie cognitive. L'orthophoniste 7 se réfère notamment à des ouvrages de psychiatrie. L'orthophoniste 8 nous parle de Pierre FERRAND. L'orthophoniste 11 cite BOREL-MAISONNY et KHOMSI comme références à sa pratique. L'orthophoniste 13 dit se référer à la psychanalyse et avoir tiré des enseignements de la neuropsychologie. L'orthophoniste 14 s'appuie sur un savoir psychanalytique et en particulier LACAN. Elle précise que sa pratique de l'anamnèse ne suit pas le modèle neuropsychologique.

Le médecin pédopsychiatre explique : « *j'ai une base de psychanalyse mais j'essaye de prendre ce qui est bon dans tout* ». Cette volonté d'ouverture intellectuelle, de ne pas s'enfermer dans un courant, est également exprimée par les orthophonistes 8 et 9. Ces derniers disent même craindre d'appartenir à une école en particulier.

## 6.2 L'expérience professionnelle dans la pratique de l'anamnèse

Toutes les personnes interrogées estiment que l'expérience est un atout majeur pour la pratique de l'anamnèse.

L'orthophoniste 1 dit qu'avec l'expérience elle sent quelles questions elle doit poser ou éluder, s'il faut approfondir ou non certains points. L'orthophoniste 3 exprime la même idée ainsi « *avec l'expérience, je pense qu'on va plus vite vers ce qui coince* ». « *Je demande beaucoup moins de choses qu'avant. Au début je demandais consciencieusement beaucoup de choses* » dit l'orthophoniste 10. L'expérience a pour effet de permettre de sélectionner parmi les questions celles qui sont pertinentes selon ces orthophonistes. La sage-femme a le même avis, elle dit qu'elle « *affine beaucoup plus* » son anamnèse grâce à l'expérience.

L'orthophoniste 2 déclare ceci : « *au début, quand on sort de l'école j'avais ma grille déjà pré-établie et il suffisait que le patient commence à parler et que ça ne suive pas ma grille, ça y est on est perdu, on ne sait plus où on en est, on oublie des choses. Forcément, avec l'expérience, on a ça en tête et on sait ce qu'il faut poser comme questions, ce qui est utile ou pas utile* ». De nouveau, l'idée d'une perspicacité dans le choix des questions est associée à l'expérience de l'anamnèse par ces praticiens.

L'orthophoniste 7 dit ainsi : « *on fait tous des erreurs dans nos anamnèses, et on essaie d'en tirer les conclusions, d'être plus habile, de mieux construire l'anamnèse. La pratique compte énormément, mais pour tout. Ça ne s'apprend pas trop, on a beau lire des bouquins, avoir des cours, il faut pratiquer et sentir les gens* ». « *Je m'enrichis de tous ces loupés qui n'en sont pas* » explique l'orthophoniste 13.

L'orthophoniste 12 dit qu'au début de son exercice elle était « *moins à l'aise* » et qu'elle avait « *presque une feuille sous les yeux* ». Les orthophonistes 2, 9, 12 font référence à la présence d'un document écrit comme repère pour conduire l'anamnèse quand ils ont débuté. D'ailleurs l'orthophoniste 14, qui exerce depuis un an, dit utiliser un document où sont

référencées les questions à poser lors de l'anamnèse.

Pour le médecin du S.E.S.S.A.D. « *avec l'expérience, on apprend qu'on a une ligne, mais qu'on est pratiquement tout le temps à côté de la ligne* ». Elle ajoute : « *instinctivement on apprend qu'il y a des endroits où il ne faut pas aller encore (...) ou des attitudes de l'enfant qui font penser que là on a touché un endroit un peu sensible. Je crois que l'expérience apporte une adaptabilité par rapport à la famille qu'on a en face. Quelquefois en s'adaptant on obtient des informations intéressantes, beaucoup plus facilement que si on est trop rigide (...) l'expérience permet de se dire qu'on ne risque rien à sortir du cadre* ». L'expérience apporte selon elle de la perspicacité dans la communication verbale et non-verbale au service d'une plus grande « adaptabilité »; elle associe par ailleurs l'expérience à l'aptitude à prendre une certaine distance par rapport à la « ligne » et au « cadre » que pourrait être un questionnaire dirigé selon un plan bien ordonné.

L'orthophoniste 7 explique que l'anamnèse est difficile à mener « *sauf si on s'en tient à un questionnaire type* » et ajoute que l'expérience la rend toutefois plus facile. « *Je crois qu'il faut bien maîtriser l'anamnèse pour laisser les gens dire le plus de choses* » dit l'orthophoniste 9, qui affirme que l'expérience doit porter l'orthophoniste à privilégier la parole du patient. Il ressort des entretiens que les orthophonistes connaissent une évolution importante entre leur sortie de la faculté où ils s'appuient souvent sur un support écrit en suivant un plan précis d'anamnèse, et le moment où ils s'en détachent et sélectionnent parmi les questions celles qui sont les plus pertinentes et les plus adaptées au profil du patient. Enfin, la pratique professionnelle a pour effet une plus grande aisance dans les relations avec les patients, et une meilleure adaptation aux personnes.

### 6.3 Le caractère intrusif de l'anamnèse

Nous avons demandé aux praticiens si l'anamnèse pouvait inspirer de la méfiance en donnant l'impression d'une trop grande intrusion.

A cette question, l'orthophoniste 1 répond par l'affirmative, en racontant l'anecdote d'une patiente qui lui a dit lors de l'anamnèse : *« je ne m'attendais pas à me déculotter comme ça ! »*. L'orthophoniste explique : *« quand j'ai peur que ce soit pris pour de la curiosité malsaine, j'explique le pourquoi de ma question (...) parce que c'est vrai qu'actuellement, les gens, il ne faut pas rentrer dans leur intimité »*. Enfin elle ajoute : *« chez ceux qui sont en grande souffrance, c'est plus facile parce qu'ils ont besoin d'évacuer »*. Le sentiment d'intrusion dépend, selon cette professionnelle, du degré de souffrance des gens et est une caractéristique de l'époque actuelle.

L'orthophoniste 3 répond ainsi à notre question : *« je trouve que oui, c'est un risque. On ne se rend peut-être pas compte parfois mais on va quand même dans la vie des gens, alors certains disent : pourquoi vous me demandez ça ? Donc c'est bien de re-contextualiser un petit peu et d'expliquer pourquoi on pose ces questions »*. L'orthophoniste 12 explique : *« Nous on sait où on va, mais il faut expliquer à la personne où on va parce que eux ne savent pas forcément ce qu'on va faire de ces éléments qu'ils nous fournissent. Cela peut être perçu comme une simple curiosité »*.

Ces trois orthophonistes font le choix de la pédagogie en expliquant la raison de leurs questions afin de justifier ce qui pourrait passer pour de la « curiosité malsaine ».

Le médecin du S.E.S.S.A.D. est également soucieux d'expliquer les questions qu'elle pose aux parents. De plus, elle ajoute : *« en général je ne force pas trop la main parce que c'est un premier contact et sinon je rajoute à la méfiance, à l'agressivité éventuellement »*.

Pour l'orthophoniste 6 *« c'est sûr, il faut faire attention. C'est toujours délicat, notamment au niveau de la structure familiale »*.

Selon l'orthophoniste 7 l'anamnèse peut inspirer la méfiance « *si elle est mal conduite, si on est maladroit, ça peut arriver. C'est à nous de sentir, de ne pas aller trop loin* ».

Pour l'orthophoniste 11 l'anamnèse peut inspirer de la méfiance : « *il s'agit de ne pas violenter l'interlocuteur (...) il faut savoir sentir quand on devient intrusif, quand on va trop loin. C'est très variable d'une famille à l'autre* ».

Les orthophonistes 7 et 11 expriment la même idée qu'il faut « sentir » pour ne pas aller « trop loin ». C'est une préoccupation qui semble relever de la subjectivité du thérapeute. « *Dans le cas où je me rends compte d'une malaise, d'une réaction de gêne, je n'hésite pas à faire machine arrière, et à m'excuser, si je me suis rendu compte que j'ai blessé, ou que je suis allé trop loin* » explique l'orthophoniste 4 B.

L'orthophoniste 10 dit « *être très prudente* » sur les questions qu'elle pose, et poursuit : « *à force de trop vouloir savoir, on fait violence aux gens (...) je suis persuadée que les gens il faut les laisser dire quand ils ont envie de dire, il ne faut pas les violenter* ». Un trop grand questionnement est considéré par cette orthophoniste comme une violence faite aux personnes. Elle ajoute : « *j'adapte mon anamnèse et mon niveau d'intrusion aux personnes que j'ai en face de moi* ». A propos des adultes elle précise : « *comme il n'y a pas d'enfants, je pense que c'est moins intrusif* ». Cette orthophoniste distingue les niveaux d'intrusion en fonction de l'âge du patient. Nous pouvons nous demander pourquoi il peut sembler moins intrusif de questionner un adulte plutôt que des parents au sujet de leur enfant.

L'orthophoniste 4 A tient ces propos au sujet de l'intrusion : « *à partir du moment où on n'est pas dans le questionnement de l'intime, ce qui va se passer est de l'ordre du métaphorique. On va venir interroger une chose qui renvoie pour cette personne à une blessure intime* ».

A la même question, l'orthophoniste 9 répond : « *telle que je la pratique, je ne crois pas. Si elle (l'anamnèse) est trop policée, trop ordonnée, je pense que oui* ». Et elle ajoute : « *je ne crois pas que les orthophonistes aient ce*

*comportement-là* ». Pour cette professionnelle, il y a un risque que les gens vivent mal l'anamnèse dans le cas où celle-ci revêt la forme d'un questionnaire rigide.

L'orthophoniste 2 n'a pas le même avis sur le sujet que les orthophonistes précédemment cités : *« je n'ai jamais ressenti que les gens vivaient ça (l'anamnèse) comme une intrusion. En général quand ils viennent là c'est quand même qu'ils ont des choses à dire »*. Pour quelles raisons cette orthophoniste a-t-elle une vision qui se distingue des autres ?

Est-ce dû à une différence de pratique ou à une différence de perception de la situation anamnestique ?

L'orthophoniste 14 répond à la question par un net *« je ne suis pas intrusive »*. Toutefois elle se rappelle qu'une fois elle a ressenti un grand malaise chez sa patiente à la suite de ses questions qu'elle-même a ensuite jugée maladroites.

Nous constatons que les orthophonistes dans leur grande majorité sont sensibles au sentiment d'intrusion que peut provoquer l'anamnèse chez le patient ou son entourage. Certains y ont été confrontés, d'autres le redoutent. Ainsi les orthophonistes adaptent leur attitude pour ne pas le déclencher. Certains choisissent la pédagogie, d'autres se fient à leur instinct. La forme de l'anamnèse est également mentionnée comme un facteur pouvant entraîner le sentiment d'intrusion chez le patient.

#### **6.4 L'orthophoniste en position de sujet supposé savoir**

Nous nous sommes demandé si le fait d'être questionnant durant l'anamnèse plaçait l'orthophoniste en position de sujet supposé savoir, en plus de son statut de thérapeute. Quatre orthophonistes nous ont donné leur point de vue sur ce sujet.

L'orthophoniste 8 nous dit à ce propos : *« je pense que la forme sous laquelle on fait l'anamnèse est déterminante. C'est sous la forme d'une*

*conversation pour moi, ce n'est pas du tout un questionnaire. Si je pose plusieurs questions d'affilée, je vais rire de mes questions, je vais regarder l'enfant et lui dire : tu dois te dire elle en pose bien des questions celle-là. Je mets de l'humour tout de suite, donc je ne me prends pas au sérieux ». Cette professionnelle considère qu'elle évite d'être en place de sujet supposé savoir par l'aspect conversationnel de ses anamnèses et son humour. Elle ajoute : « j'ai quitté ce sérieux où je pouvais être dans le pouvoir. Je me mets à la place de la personne qui vient à qui on pose des questions, ce n'est pas facile quand même. C'est important d'être vigilant à être d'égal à égal, sinon c'est de l'intrusion, et là ce n'est pas acceptable ».*

L'orthophoniste 9 répond : *« moi, je suis thérapeute, donc je suis tout le temps à l'écoute de ce qui se passe en verbal ou en non verbal, donc je n'ai pas du tout envie d'avoir un interrogatoire à faire passer aux gens la première fois qu'ils viennent me voir ».* Là aussi la forme de l'anamnèse est en cause. Ces deux orthophonistes excluent la pratique d'un questionnaire dirigé qui les mettrait en situation de sujet supposé savoir.

L'orthophoniste 10 explique : *« à force de trop vouloir savoir, on fait violence aux gens. Or, on représente l'autorité, le savoir. C'est nous qui signons la feuille de soins. Les gens sont en infériorité par rapport à nous ».* Cette orthophoniste souligne la différence de statut entre le patient et le thérapeute, la situation de supériorité de celui-ci qui peut être accentuée par un trop grand désir de savoir. Elle précise qu'elle se sert de ses expériences en tant que patiente pour choisir sa façon de pratiquer l'anamnèse : *« moi-même, chez certains praticiens, je me suis retrouvée à dire des choses que je n'avais pas envie de dire, ou en tout cas que je n'étais pas prête à dire comme ça, pas à froid. Finalement, ça m'a bien servi : maintenant, je me dis que je ne vais pas demander des tas de choses, qui finalement vont me servir à quoi ? Qu'est-ce que c'est que cette manie de tout vouloir savoir à fond ? »* Elle ajoute : *« je pense que parfois, chez certains professionnels, il y a un certain voyeurisme à travers le questionnement du patient. Il m'est peut-être arrivé, à moi aussi, d'aller trop loin (...) en résumé, je pourrais dire qu'on ne peut pas tout demander, tout savoir, tout quantifier ».*

L'orthophoniste 4 B exprime sa façon de s'adresser aux parents : « *c'est vous qui savez, c'est vous qui êtes la mémoire de cet enfant. J'ai besoin des éléments que vous pouvez me donner, ceci afin de ne pas faire trop de bêtises, de pouvoir travailler correctement avec lui* ». Il ajoute : « *cette attitude-là est complètement à l'opposé de celle qui consiste à poser des questions , poser des questions et montrer son supposé savoir, sa toute-puissance* ».

D'après ces témoignages nous pouvons nous demander si la manière d'effectuer l'anamnèse peut influencer la place de chacun lors de l'anamnèse, accentuer dans certains cas la position de sujet supposé savoir de l'orthophoniste.

## **6.5 La dimension psychologique de l'anamnèse**

L'anamnèse peut se caractériser par la recherche d'un ensemble d'informations sur le patient. Elle implique donc une certaine écoute qu'on peut dire bienveillante si, en tant que thérapeute, on se réfère à la psychologie. L'orthophoniste 8 dit être « *à l'écoute* » des émotions du patient, et « *fonctionner dans le moment présent* ». L'orthophoniste 11 parle d' « *être vraiment là, dans l'accueil, dans l'écoute de la demande* ». Selon l'orthophoniste 9, en tant que thérapeute, elle est « *tout le temps à l'écoute de ce qui se passe en verbal ou en non verbal* ». Pour l'orthophoniste 4 A, « *ce qui est important c'est qu'on soit dans l'échange, dans l'écoute ( ... ) pas dans un jugement* ». Parler de l'anamnèse amène l'orthophoniste 11 à dire que « *dès qu'on traite de l'humain, on est dans le psy* », et l'orthophoniste 10 : « *c'est sans doute un boulot un peu psy* ».

## 7 - LES FONCTIONS DE L'ANAMNESE

### 7.1 Choisir les tests

Nous avons demandé à onze orthophonistes si l'anamnèse contribuait au choix des tests du bilan orthophonique, neuf ont répondu par l'affirmative.

L'orthophoniste 2 argumente : « *notamment dans les motifs de consultation, si les parents décrivent des troubles bien particuliers, même si on sait qu'il faut investiguer un peu plus loin, on va quand même cibler* ». De même, l'orthophoniste 3 répond : « *si par exemple on me parle d'un trouble de compréhension, je prends un test de compréhension* ». Le motif de consultation, l'objet de la demande décrit pendant l'anamnèse paraît capital pour que l'orthophoniste choisisse les tests.

Par exemple, l'orthophoniste 12 : « *au cours de l'anamnèse je pose des questions : pourquoi vous venez me voir, qu'est-ce qui vous amène ? Je remonte comme ça depuis le début de l'enfance. Je demande aussi qui a fait la demande (...) donc on essaye de comprendre pourquoi il est venu, et quelles sont ses difficultés. Et à ce moment-là, je vais choisir mes tests en fonction des difficultés* ». L'orthophoniste 11 explique : « *on pose des hypothèses tout en discutant avec l'enfant, les parents, et au fur et à mesure de l'anamnèse, on va faire des choix aussi bien dans les hypothèses que dans les épreuves que l'on va faire passer au patient* ».

L'orthophoniste 7 déclare : « *si je sens que l'enfant est très angoissé, qu'il est à un moment de sa vie où il n'est pas bien du tout, je vais essayer d'alléger les tests* ». Une adaptation des tests en fonction de l'état de l'enfant que l'orthophoniste aura ressenti durant l'anamnèse apparaît ainsi nécessaire.

L'orthophoniste 1 précise que l'anamnèse peut influencer l'ordre de passation des tests, elle explique : « *suivant l'enfant que j'ai en face de moi pendant le bilan, je ne vais pas forcément présenter mes épreuves dans le*

*même ordre, je vais quelquefois faire attention de ne pas mettre directement le doigt sur son problème ».* Il y a donc là aussi une adaptation des tests en fonction de l'anamnèse.

Deux orthophonistes ne pratiquent pas l'anamnèse avant les tests, il est donc exclu que l'anamnèse contribue au choix des tests dans leur cas. L'orthophoniste 5 procède aux tests et pose quelques questions anamnestiques en même temps. Les tests sont choisis d'après le motif de consultation. Il en est de même pour l'orthophoniste 10 qui pratique l'anamnèse en dernière partie de bilan, après les tests.

Nous pouvons conclure que l'anamnèse contribue pour une majorité d'orthophonistes au choix des tests. Certains rapportent ce rôle de l'anamnèse au motif de consultation exprimé, d'autres considèrent que sa contribution est liée aux informations qu'elle apporte dans son ensemble.

Il est cependant remarquable de noter que deux orthophonistes parmi les quinze consultés procèdent directement aux tests, ignorant par là même l'apport de l'anamnèse dans le choix des épreuves.

## **7.2 Etayer le diagnostic**

Les dix orthophonistes interrogés répondent tous que l'anamnèse contribue à l'élaboration du diagnostic.

Pour l'orthophoniste 2 l'anamnèse « *amène autant d'informations qu'un test* ». L'orthophoniste 7 cite un exemple pour exprimer l'importance de l'anamnèse dans le diagnostic : « *un enfant qui est très anxieux, pour lequel les parents vont avoir une attitude très protectrice, ou qui ne comprennent pas l'enfant, on va se dire que le trouble n'est pas seulement organique ou instrumental* ». « *L'anamnèse peut mettre le symptôme dans le cheminement de l'enfant* » dit l'orthophoniste 14 au sujet du diagnostic.

L'orthophoniste 9 explique que l'anamnèse peut contribuer au diagnostic, qu'elle n'est pas « *suffisante* » mais « *intéressante* ».

Pour l'orthophoniste 10, l'anamnèse permet de faire un diagnostic différentiel essentiellement. En outre elle précise que l'anamnèse lui permet d'orienter son diagnostic, « *de séparer ce qui est psychologique de ce qui est organique et de ce qui est éducatif* ».

Selon le médecin pédopsychiatre « *c'est même l'anamnèse souvent qui nous apporte le diagnostic, puisqu'on creuse avec la famille dans ce qui s'est passé avant, dans ce qui a amené l'enfant à son problème actuel* ». Elle ajoute « *maintenant elle ne suffit pas au diagnostic, elle peut nous amener au diagnostic. Elle peut ne pas suffire, parce qu'il y a le filtre parental et que l'enfant, en présence de ses parents, n'aura pas forcément la même attitude. Donc le diagnostic ne viendra pas seulement de l'anamnèse mais de l'anamnèse et des bilans des autres professionnels, des deux en même temps* ».

Nous observons un consensus parmi les orthophonistes interrogés en ce qui concerne la contribution de l'anamnèse au diagnostic. Tous pensent que l'anamnèse permet d'étayer le diagnostic.

### **7.3 Avoir une vision globale du patient**

Nous n'avons pas demandé aux orthophonistes lors des entretiens si l'anamnèse servait à envisager le patient dans sa globalité et, a posteriori, nous avons conscience d'avoir manqué quelque chose d'important. C'est une fonction de l'anamnèse que sept orthophonistes et le médecin pédopsychiatre soulignent. L'orthophoniste 8 précise : « *mon objectif est de rentrer en contact en profondeur avec la personne pour pouvoir travailler en globalité* ». Elle ajoute : « *je ne vais pas travailler qu'au niveau du langage mais avec la personne entière. L'anamnèse est mon outil de départ, on ne peut pas travailler en tant que professionnel si on n'a pas été sentir qui est cette personne humaine* ». L'orthophoniste 9 explique que pour elle l'orthophonie « *est quelque chose qui s'intéresse à l'humain en général, à toute la complexité de la personne humaine. Ce n'est pas une étiquette qu'on pose sur quelqu'un, c'est la personne dans sa globalité qu'on est en train de*

voir ». Selon l'orthophoniste 11 : « on regarde l'enfant dans sa globalité pour comprendre pourquoi ça dysfonctionne ». Elle ajoute : « nous orthophonistes, notre formation et notre histoire nous font avoir une vision globale du patient. Je pense intimement que c'est ce qui sauvera l'orthophonie. Et cette vision globale, c'est l'anamnèse qui nous permet de l'avoir ». Selon cette orthophoniste, parce que l'anamnèse en orthophonie consiste à envisager le patient dans sa globalité, elle fait « notre spécificité ». D'après l'orthophoniste 12 l'anamnèse « vient apporter des éléments indispensables puisque, si vous ne comprenez pas la situation autour du trouble même, vous ne pouvez pas travailler dessus ». L'orthophoniste 13 insiste sur l'importance d'avoir une vision globale du patient, en particulier avec les enfants qui ont un handicap. Enfin, l'orthophoniste 7 nous explique : « il n'y a pas d'un côté les problèmes que l'enfant va avoir en langage oral ou écrit, et puis de l'autre côté sa psychologie, son affectivité, la façon dont il vit dans sa famille. Tout est lié forcément, il n'y a pas de rupture dans tout ça ». Le médecin pédopsychiatre explique : « je pense que l'anamnèse est quelque chose de fondamental pour l'histoire et la problématique d'un enfant, qu'on ne peut pas faire l'impasse sur l'anamnèse. Je pense que ce serait se tromper que de sauter sur la problématique actuelle qui est flagrante, qui est pour la plupart des enfants qu'on a ici assez importante et de faire l'impasse sur toute l'histoire qu'il y a eu avant, parce qu'elle compte toujours ».

Ces témoignages sont en faveur d'une vision holistique du patient, que permet l'anamnèse.

#### **7.4 Elaborer le projet thérapeutique**

Sur treize orthophonistes interrogés, onze considèrent que l'anamnèse participe à l'élaboration du projet thérapeutique.

« Suivant les points d'accroche de l'enfant, je choisis un moyen plutôt qu'un autre » dit l'orthophoniste 3.

L'orthophoniste 5 explique « *j'ai une approche de l'anamnèse uniquement dans ce qu'elle pourrait m'apporter pour plus tard proposer à l'enfant des choses qui pourraient remettre en route le bon processus* ».

L'orthophoniste 6 nous dit : « *dans tous les éléments de l'anamnèse on a pris des enseignements (...) et on va certainement en tenir compte, ne serait-ce que dans le relationnel avec la personne* ».

« *On n'aborde pas chaque enfant qui a un certain trouble de la même façon, en fonction de son vécu, en fonction de ce qu'il est, en fonction de son histoire* » explique l'orthophoniste 9. Elle ajoute : « *je n'ai pas des types de rééducation pour chaque pathologie, j'ai une approche particulière pour chaque patient, sans doute que l'anamnèse va rentrer en ligne de compte dans l'élaboration du projet thérapeutique* ».

L'orthophoniste 12 dit ceci : « *bien sûr, je vais tenir compte de la personne, de ses émotions, de sa sensibilité (...) l'anamnèse va me guider dans ma relation, m'aider à mieux comprendre le patient et sa pathologie, comment il fonctionne dans le milieu familial pour pouvoir adapter la rééducation et l'orienter, l'aménager* ».

Selon l'orthophoniste 4 B l'anamnèse sert à individualiser la rééducation. Pour l'orthophoniste 11 « *le bilan ouvre des portes, ce n'est pas seulement faire un état des lieux, c'est déjà commencer un travail (...) le travail se détermine au moment de l'anamnèse* ».

Les orthophonistes 10 et 14 sont plus réservées sur le rôle de l'anamnèse dans l'orientation du projet thérapeutique. Pour l'orthophoniste 10 l'anamnèse y a une part « *très réduite* ». Elle ajoute que connaître des « *détails* » par l'anamnèse peut la « *charger* ». « *Qu'est-ce que j'en fais de ça après ?* » demande-t-elle. Toutefois, elle reconnaît que l'anamnèse lui permet « *d'orienter son travail* » et elle cite un exemple : « *les parents qui vont tout raconter, qui ne laissent aucun blanc, qui ne font jamais d'arrêt, l'enfant n'a jamais la parole. Alors ce que je me dis, c'est que dans ma rééducation je vais être moins technique, et que cet enfant-là, il va en avoir de l'espace, de la stimulation* ». Selon l'orthophoniste 14, l'anamnèse ne

doit pas trop guider le projet thérapeutique, elle considère que les séances se déroulent entre son patient et elle et que c'est autre chose qui se joue alors.

Même si elle considère que l'anamnèse participe à l'élaboration du projet thérapeutique, l'orthophoniste 7 nuance ses propos en disant « *une fois que j'ai fait l'anamnèse, je fais le bilan, je revois bien ce que m'ont dit l'enfant, les parents, (...) et j'essaye d'oublier l'anamnèse parce que je peux me tromper aussi et je ne veux pas que ça ait trop d'importance dans ma relation avec l'enfant. J'essaye de mettre du recul par rapport à ce qui a été dit et j'essaye d'oublier un peu l'anamnèse pour voir l'enfant tel qu'il est au moment où je l'ai en face de moi* ».

Nous pouvons conclure que les orthophonistes rencontrés pensent, le plus souvent, que l'anamnèse contribue à l'élaboration le projet thérapeutique. Cependant certains ne veulent pas « *être parasité par tout ce qui a été dit* » dans la prise en charge à venir comme l'exprime l'orthophoniste 7.

## **7.5 Demander des examens complémentaires**

Les dix orthophonistes à qui nous avons demandé si l'anamnèse servait à demander des examens complémentaires nous ont répondu par l'affirmative.

L'orthophoniste 11 nous dit : « *je pense que le bilan est un moment crucial pour investiguer. Si on demande au bout de dix séances à faire un audiogramme, on a moins de poids qu'avant de démarrer le travail* ».

Les bilans médicaux que les orthophonistes conseillent sont les suivants : O.R.L. (audiogramme), ophtalmologique, orthoptique, neurologique.

Les orthophonistes considèrent qu'il est de leur rôle de conseiller des examens médicaux complémentaires à l'issue de l'anamnèse. Ils en parlent alors avec le patient ou son entourage et l'indiquent dans le compte-rendu de bilan adressé au médecin prescripteur.

## **7.6 Proposer une autre orientation thérapeutique**

La proposition d'une autre orientation thérapeutique à l'issue de l'anamnèse est une possibilité pour tous les orthophonistes interrogés. Il s'agit de préconiser la consultation d'un psychologue, d'un psychiatre ou d'un pédopsychiatre, d'un psychomotricien, d'un orthoptiste. Cela peut être en complément de l'orthophonie ou comme une alternative à l'orthophonie. L'orthophoniste 6 explique : *« on va voir l'orthophoniste parce qu'on ne veut pas aller voir le psychologue. A nous de dire qu'on n'est pas compétent »*. L'orthophoniste 7 dit : *« ça arrive que je conseille aux parents ou à l'adolescent d'aller voir quelqu'un d'autre, parce que je pense que ça ne relève pas de mes compétences, que je ne pourrai pas l'aider »*.

Cette indication d'une réorientation est un choix de certains orthophonistes dans certains cas à l'issue du bilan, comme nous venons de le voir avec les orthophonistes 6 et 7. Il arrive également que des orthophonistes fassent le choix de prendre en charge des patients pour qui une autre thérapie serait indiquée, par exemple quand les patients ne sont pas prêts à se diriger vers un psychologue notamment. L'orthophoniste 10 explique : *« souvent, je reçois des choses qui ne concernent pas directement l'orthophonie. Beaucoup de gens, surtout à la campagne, se refusent à rencontrer tout professionnel dont le métier commence par « psy ». Mais moi je suis « ortho », droit, et ils ont choisi de me voir. Alors je fais comme je peux, bien ou mal, je n'en sais rien. C'est sans doute un boulot un peu psy »*.

## **7.7 Etablir le transfert, la relation, la confiance**

Concernant l'engagement du transfert entre le patient et le thérapeute, l'orthophoniste 10 pense qu'il n'a pas lieu le jour du bilan, contrairement aux orthophonistes 8, 9, 11, 13, 14 et au médecin pédopsychiatre. Celle-ci nous dit : *« l'anamnèse est un premier contact avec une famille, donc c'est vrai que forcément le transfert se fait »*. L'orthophoniste 13 explique : *« je pense qu'effectivement pour qu'un enfant puisse accorder sa confiance à une personne et à un lieu, il faut qu'il y ait transfert »*. Les autres

orthophonistes ne se sont pas déterminées sur la question du transfert, peut-être parce que c'est une notion psychologique.

L'anamnèse sert-elle à (bien) engager la relation avec le patient et son entourage ? Les orthophonistes nous ont tous répondu positivement. L'orthophoniste 9 nous donne son point de vue : « *je préfère privilégier la relation, le contact, la première fois qu'on se rencontre* ». Elle ajoute : « *je trouve que le premier rendez-vous est essentiel dans la façon dont les gens vont nous percevoir, et dont nous aussi on va percevoir les gens. Mon premier objectif dans l'anamnèse est que la relation s'engage bien* ». La volonté que la relation s'engage bien lors de l'anamnèse est également exprimée par les orthophonistes 3, 6 et 7. Selon l'orthophoniste 3 « *si on est trop brutal, l'enfant risque de se braquer, de même que les parents ; il vaut mieux y aller en douceur au départ, même si on ne pose pas toutes les questions la première fois* ». L'orthophoniste 6 souligne l'importance de l'anamnèse en expliquant que « *si ça ne s'est pas bien passé le premier jour, c'est difficile après* ». L'orthophoniste 7 exprime la même idée : « *le premier rendez-vous est très important, même si les choses peuvent se débloquer après. La première rencontre va orienter sur beaucoup de choses. Si on rate l'anamnèse, c'est difficile après de récupérer les choses* ». Pour l'orthophoniste 4 B l'anamnèse « *sert déjà à faire alliance avec les parents* ». Elle ajoute que le but de cette rencontre est que les gens en ressortent « *sereins* ».

D'après ces orthophonistes l'anamnèse est un moment charnière dans l'établissement de la relation avec le patient et sa famille, pour mettre en place une interaction positive avec le patient.

De nombreux orthophonistes nous décrivent l'anamnèse comme le moment où peut s'installer une certaine confiance. « *Le but est d'établir la confiance* » d'après les propos de l'orthophoniste 10. Pour l'orthophoniste 2 « *ce n'est pas pour rien qu'on fait l'anamnèse au début, c'est quand même pour mettre les gens en confiance* ». Selon l'orthophoniste 11 « *si le premier entretien est bien engagé, si la confiance s'est installée, beaucoup de choses peuvent être dites, interrogées* ».

Ici sont abordés deux aspects distincts : avoir une relation de confiance et mettre les gens en confiance (orthophoniste 2), autrement dit les mettre à l'aise.

Pour le médecin pédopsychiatre *« la confiance ne se fait pas seulement pendant l'anamnèse, la confiance, c'est long. Elle peut commencer à se mettre en place, souvent parce que les parents avaient plutôt peur avant d'arriver et que, finalement, comme ils voient que ça se passe relativement bien, en général, c'est déjà les premiers éléments de la confiance ».*

Nous pouvons constater que l'objectif de l'ensemble des orthophonistes lors de l'anamnèse est que la relation s'engage bien avec le patient et son entourage – deux orthophonistes précisent que, quand ce n'est pas le cas, la suite de la prise en charge est difficile - et qu'une relation de confiance commence à s'instaurer avec le patient et sa famille.

***A travers tous les aspects de la pratique de l'anamnèse que nous avons abordés, se dessine une orientation majoritaire que nous pouvons résumer ainsi :***

L'anamnèse a le plus souvent lieu en début de bilan orthophonique, elle représente donc l'acte initial de la prise en charge du patient. Elle dure en général plus de quinze minutes, une heure au maximum et les orthophonistes conduisent l'entretien sous une forme semi-dirigée. Nous remarquons que beaucoup d'orthophonistes ont la même trame d'anamnèse, se renseignent sur les mêmes domaines, mais certains praticiens les approfondissent plus que d'autres. Les questions varient pour tous les professionnels en fonction de la pathologie, et pour une moitié en fonction du profil du patient également. Tous les orthophonistes attachent de l'importance à l'observation des attitudes du patient et des interactions entre lui et son entourage. Ils tiennent compte des informations non-verbales mais aussi de la répartition des prises de parole. Les praticiens sont attentifs aux données médicales qui

leur sont confiées, et à l'avis d'autres professionnels paramédicaux qu'ils consultent selon les cas avant ou après qu'ils se sont fait leur propre opinion lors de l'anamnèse. Nous constatons qu'un tiers des orthophonistes rencontrés fait systématiquement appel à l'enseignant pour compléter l'anamnèse. Dans le cas du patient enfant, au moins un parent est toujours présent lors de l'anamnèse. Une seule orthophoniste enregistre les anamnèses, tous les autres prennent des notes écrites. Il apparaît qu'aucun praticien n'utilise son ordinateur pour recueillir les données fournies par le patient. En ce qui concerne le compte-rendu de bilan, son contenu apparaît très variable. Une partie des orthophonistes y retranscrit un résumé de toutes les informations recueillies lors de l'anamnèse, ainsi que des commentaires sur le comportement du patient et leurs impressions sur celui-ci. Se distingue une autre tendance qui consiste à éluder certains points qui relèvent pour ces praticiens du secret professionnel. Une majorité d'orthophonistes s'adresse à l'enfant dans un premier temps, lui pose des questions sur la raison de sa venue, donc sur l'objet de sa demande. Plusieurs orthophonistes confrontent le point de vue des parents et de l'enfant, faisant parfois apparaître des divergences. Par ailleurs il apparaît que la plupart des orthophonistes s'appuient sur leur formation initiale pour pratiquer l'anamnèse, notamment pour déterminer les questions à poser aux patients. L'expérience tient une grande place dans la pratique de l'anamnèse, au delà des connaissances issues de la formation initiale. Peu d'orthophonistes disent avoir bénéficié de nouveaux savoirs sur l'anamnèse grâce à des formations continues. Les appuis théoriques pour la pratique de l'anamnèse cités par les orthophonistes sont variés, mais nous constatons qu'une majorité d'entre eux dit ne se référer à aucun courant en particulier. Presque tous les orthophonistes sont sensibles au sentiment d'intrusion que peut susciter l'anamnèse, parce qu'ils y ont été confrontés ou redoutent de l'être. Certains orthophonistes soulignent l'importance de l'écoute lors de l'anamnèse. La grande majorité des orthophonistes attribuent à l'anamnèse un rôle dans le choix des tests, le diagnostic, la vision globale du patient, le projet thérapeutique, l'engagement du transfert, de la relation et de la confiance. Des examens complémentaires et une autre orientation thérapeutique peuvent être conseillés à l'issue de l'anamnèse. Nous pouvons toutefois regretter que

plusieurs orthophonistes ne disent presque rien sur les fonctions de l'anamnèse, en particulier en ce qui concerne sa fonction diagnostique.

Si des points communs dans la pratique de l'anamnèse se font jour, il est intéressant d'observer qu'à travers chaque item abordé, des pratiques et des opinions se distinguent de l'opinion ou des pratiques majoritaires.

A l'issue des entretiens, nous pouvons dire que chaque orthophoniste a une manière bien singulière de pratiquer l'anamnèse.

Il apparaît que l'anamnèse requiert de la part du praticien une adaptation par rapport au patient et à sa famille ; elle est de surcroît effectuée selon la personnalité et le vécu de l'orthophoniste. Nous en concluons que l'anamnèse n'est en aucun cas un acte standardisé.

## **IV LES ENJEUX DE L'ANAMNESE EN ORTHOPHONIE**

### **Réflexion sur la pratique de l'anamnèse, de la fonction diagnostique à la vision globale du patient**

Avant de commencer cette réflexion, refaisons rapidement le point sur les enseignements des parties précédentes :

- l'anamnèse est un ensemble de moyens et de conditions qui permet de recueillir un ensemble de renseignements sur le patient et son trouble. Elle est particulièrement importante en orthophonie pour déterminer les difficultés antérieures, et obtenir des informations sur l'étiologie éventuelle des troubles ;
- la formation initiale dispensée en orthophonie semble suffisamment complète pour permettre la pratique de l'anamnèse. Cependant, à aucun moment cette question n'est abordée dans une réflexion synthétique ; les connaissances nécessaires sont disséminées tout au long de nos études. Cela peut empêcher de prendre du recul sur cette pratique, et donne, la concernant, une impression de relative « incompétence » ;
- l'anamnèse, à la lecture de différents ouvrages, comporte, outre ses aspects médicaux et pathologiques, des dimensions psychologiques, psychanalytiques, sociales, scolaires, familiales, et peut-être et surtout, communicationnelles. Autrement dit, l'anamnèse en orthophonie contribue à poser le diagnostic et à établir le projet thérapeutique, mais, derrière ces deux objectifs, d'autres enjeux liés à la qualité de la relation semblent se profiler ;
- enfin, de nos entretiens ressort l'idée que l'anamnèse n'est en aucun cas un acte standardisé. Malgré tout, un consensus semble se dégager

concernant ses fonctions : choix des tests, diagnostic, projet thérapeutique, examens complémentaires, orientation thérapeutique, engagement du transfert, de la relation et de la confiance, vision globale du patient.

Ces quatre conclusions se rejoignent et nous permettent maintenant de reposer clairement notre problématique :

*L'anamnèse contribue à poser le diagnostic et à établir le projet thérapeutique, mais derrière ces deux objectifs, se profilent d'autres enjeux tout aussi essentiels : favoriser la qualité de la relation, engager la rééducation -et peut-être le transfert-, enfin et surtout, offrir une vision globale du patient.*

Avant de voir en quoi l'entretien anamnestique, en tant que situation de communication, a une fonction importante dans la relation, l'engagement du travail et la vision globale du patient, nous nous proposons de réfléchir à sa fonction diagnostique et d'élaboration du projet thérapeutique. Entre parenthèses, nous avons dans un premier temps, envisagé de reprendre et discuter chacun des points qui avaient été abordés lors des entretiens, en les revisitant à la lumière des apports théoriques. Mais à cette approche « méthodique », nous avons finalement préféré une approche qui se veut plus pertinente : ne retenir que les points pour lesquels une prolongation de la réflexion nous semblait nécessaire. Ils restent cependant nombreux !

# 1 - L'ANAMNÈSE CONTRIBUE PAR ESSENCE À POSER LE DIAGNOSTIC. MAIS COMMENT S'Y PREND L'ORTHOPHONISTE ?

## 1.1 Par l'observation :

Mark SWARTZ (1991) place *l'observation* parmi les cinq éléments nécessaires à un bon interrogatoire. Les orthophonistes affirment justement être tous particulièrement attentifs aux indices fournis par l'observation : les attitudes, les gestes, les interactions, la répartition des prises de parole, les non-dits qui s'en dégagent, etc. ces indices les renseigneraient sur la personnalité du patient, ses capacités, le fonctionnement de sa famille et la nature même de son trouble. Ils y sont d'autant plus sensibles que cette occasion est unique, qu'on « *ne revoit plus jamais (l'enfant et ses parents) dans une situation pareille, celle d'avoir à se présenter ensemble* »<sup>11</sup>.

L'observation oriente même l'interrogatoire disent les orthophonistes. Les « *bonnes* » questions, les « *questions pertinentes* » sont celles « *qui viennent naturellement* » quand on est en face du patient « *qui nous renvoie des choses* ». Le médecin interrogé et une orthophoniste vont même jusqu'à dire que l'observation fournit plus d'informations que ce qui est dit au cours du premier entretien. Peut-être est-ce à mettre en parallèle avec la part essentielle qu'attribue Eva-Marie GOLDER (2000) au regard dans une situation d'entretien avec un enfant.

À l'opposé de cette démarche privilégiant l'observation, certains orthophonistes se méfient de leurs interprétations face à ces comportements, qui « *ne se révèlent pas forcément vraies* », et font attention à ne pas « *projeter trop de choses* ». Excès de prudence, logocentrisme, ou sagesse ?

Il pourrait sembler étonnant qu'aucun orthophoniste n'ait évoqué la voix

---

<sup>11</sup> Pour une plus grande clarté tout au long de cette quatrième partie, nous avons réservé le mode italique aux citations provenant des entretiens ; les citations d'auteurs restent, elles, dans un mode typologique normal.

comme objet d'observation privilégiée lors de l'anamnèse (FONAGY, 1983 ; DOLTO, 1984). En fait, ce constat est le reflet d'une réalité que nous avons rencontrée tout au long de nos études et de nos stages : en dehors de quelques rares praticiens qui en ont fait une de leurs spécialités, la voix est un objet d'études et de rééducation que beaucoup de professionnels et d'étudiants maîtrisent mal, et redoutent. C'est certainement regrettable.

Dans tous les cas, l'idée que le premier entretien est « très éprouvant physiquement et psychologiquement tant l'attention et la tension sont grandes » (DUBOIS & KUNTZ 1999), est largement partagée par l'ensemble des cliniciens. L'importance de l'énergie requise tient sans doute à la nécessité de traiter toutes les voies de communication (verbale et non verbale) et dans le même temps, d'avoir cette double position d'*expert* et d'*herméneute* (PROÏA & SALAZAR ORVIG, 2003), même si aucun orthophoniste interrogé ne l'exprime de cette façon-là. À ce propos, nous pouvons nous interroger sur la non-utilisation, à l'exception notable d'une seule orthophoniste, des possibilités d'enregistrement de la séance. La prise de notes est préférée. Pourquoi ? Elle permet de temporiser nous propose une orthophoniste... Peut-être. Mais c'est sans doute surtout parce qu'elle paraît moins intrusive. Nous y reviendrons. Quoi qu'il en soit, une orthophoniste regrette que ne soit pas prise l'habitude en orthophonie de filmer ou d'enregistrer les séances. Pour Boris CYRULNIK (2002), c'est la prédominance du regard qui justifierait cette pratique dans un souci d'efficacité thérapeutique. Cette orthophoniste l'envisageait surtout en termes de formation pour l'étudiant.<sup>12</sup>

---

12 À ce propos, nous avons joint au téléphone Françoise COQUET, auteur de différents ouvrages en orthophonie et enseignante à l'école d'orthophonie de Lille où a été mis en place un enseignement sur la technique d'enregistrement et l'analyse de supports vidéo. Il n'existe pas à sa connaissance d'anamnèse filmée. Même si elle voit un grand intérêt en termes d'enseignement à de tels enregistrements, elle estime que plusieurs arguments plaident en la défaveur de l'utilisation d'une caméra au cours de l'anamnèse : un problème déontologique tout d'abord, lié à la nécessité d'obtenir l'autorisation de filmer, puis d'utiliser ces images, et ce, dès la première rencontre ; un problème lié à l'intrusion d'un tiers : la caméra ; un problème de temps, puisque cela signifierait pour l'orthophoniste de doubler le temps de la séance en la re-visionnant ; un problème d'ordre pratique puisque l'utilisation de la vidéo implique un investissement matériel de la part des professionnels ; et peut-être le problème pour l'orthophoniste lui-même d'avoir à supporter sa propre image.

De même que nous avons noté qu'avec l'expérience les orthophonistes abandonnaient peu à peu une « grille-questionnaire » rigide au profit d'une écoute plus souple, nous pouvons penser qu'une plus grande pratique permettrait une plus grande disponibilité pour l'observation. C'est ce que semblent suggérer le médecin et deux orthophonistes. Cela rejoindrait le résultat des travaux de DOLE et al. (1982) qui montrent une plus grande aisance de l'expert à élaborer des hypothèses métacognitives sur ses propres pensées, « cet exercice complexe n'étant pas donné d'emblée, mais, on peut le supposer, construit par l'expérience et par des rencontres répétées avec des pathologies de même nature » (PROÏA, 2003).

## **1.2 Par le recueil d'informations auprès des tiers :**

### **- le dossier médical parfois :**

D'une façon générale, les orthophonistes n'hésitent pas à consulter le carnet de santé et les bilans médicaux qui leur sont apportés. Une orthophoniste affirme clairement ne pas regarder le carnet de santé pour bien signifier qu'elle ne se place pas sur un plan médical.

Pour beaucoup par contre, la question se pose de savoir s'ils doivent lire le dossier médical ou les comptes-rendus fait par d'autres professionnels avant ou après l'entretien anamnestique. Certains redoutent en effet d'être « contaminés par l'idée de l'autre ». Le médecin de S.E.S.S.A.D. va même jusqu'à dire que dans les cas trop complexes elle préfère ne rien lire. Par contre, aucun orthophoniste ne semble s'interroger sur la signification et les intentions qui se cachent derrière ces comptes rendus. Nous sommes loin des conseils d'Edmond GILLIERON (1994), psychiatre, qui invitait à s'interroger, d'une part sur les raisons qui ont poussé un professionnel à « reconnaître sa propre impuissance », et d'autre part sur les réactions contre-transférentielles qu'a provoquées le patient. Cette absence de questionnement semble bien tracer la limite entre le travail du psychothérapeute et celui de l'orthophoniste, resitué ainsi à sa place d'auxiliaire médical.

De nos rencontres avec les orthophonistes nous pouvons aussi dégager deux grandes tendances :

- chez les orthophonistes en libéral, les échanges d'informations avec d'autres professionnels restent limités et hasardeux. Cette tendance est d'ailleurs confirmée par le Médecin Conseil de la Sécurité Sociale qui dit regretter nettement, notamment dans le cas de pathologies lourdes comme les pathologies neurologiques, que les orthophonistes tirent des informations médicales parfois complexes de la bouche même du patient, avec tout ce que cela implique en termes de malentendus, omissions, contresens, etc.
- chez les orthophonistes en centre, il existerait une plus grande perméabilité des informations, mais essentiellement au sein même du centre et peu avec l'extérieur. Ceci est inhérent au fonctionnement même de ses structures, où l'anamnèse et les données cliniques peuvent être morcelées entre différents interlocuteurs.

**- l'enseignant souvent :**

Nous avons été très surpris de voir qu'un tiers des orthophonistes dit faire appel de façon systématique à l'enseignant pour compléter le bilan. Est-ce « normal » ?

Sans doute si l'on considère qu'il est un témoin privilégié de la vie sociale de l'enfant, et sans doute même le seul qui soit disponible pour l'orthophoniste. Rappelons qu'en renseignant sur les compétences sociales de l'enfant, et non pas seulement scolaires, cet interlocuteur renseigne aussi sur son niveau de développement et ses compétences à communiquer (CATHELINE, 2003). Rappelons aussi qu'il existe un lien très fort entre le comportement de la famille et le *profil comportemental* de l'enfant à l'école (BAUDIER & CÉLESTE, 1990). Ces deux idées sont clairement évoquées par les orthophonistes interrogés. Par contre, aucun n'évoque l'école ou l'enseignant comme « producteurs de souffrances », voire de pathologies (MARCELLI in CATHELINE, 2003).

A contrario, l'enseignant semble bien être un partenaire privilégié de l'orthophoniste. Il lui permettrait d'obtenir une « vérité » qui resterait, sinon, « voilée » par le discours des parents. Il est à souhaiter que l'orthophoniste ait présente à l'esprit la grande variété des réactions que produit chez un jeune individu le milieu social, et par ricochet de celles de son entourage, et qu'il est donc délicat de les interpréter correctement (MALRIEU, 2003 ; GILLIERON, 1994).

Mais davantage que le rôle « d'informateur » prêté à l'enseignant, ne serait-ce pas plutôt le fait que celui-ci est souvent le « prescripteur » du bilan orthophonique qui fait de lui un partenaire privilégié ? Nous avons vu en effet qu'en France, « les plaintes concernant la scolarité chez un enfant ou un adolescent représentent un des motifs de consultation les plus fréquents auprès d'un professionnel de santé ». Cela engage la réflexion à un autre niveau : l'enseignant est-il le partenaire de soins de l'orthophoniste, ou celui-ci est-il le partenaire éducatif de l'enseignant ? Si, comme le revendique la profession, l'orthophonie n'est pas du soutien scolaire, nous pouvons imaginer que les orthophonistes tendraient à privilégier la première solution. Mais est-ce bien ainsi que les enseignants entendent ce partenariat ?

Celui-ci, tel qu'il semble être pratiqué, amène une autre question : quelle liberté est laissée aux patients et à sa famille de permettre à l'orthophoniste de contacter l'enseignant ? De plus, sommes-nous toujours dans le cadre du secret professionnel ? Prend-on seulement des informations ou en échange-t-on ? Y a-t-il un « pacte » entre l'orthophoniste et l'enseignant ?

Une seule orthophoniste précise attendre qu'il y ait une demande de la part de ce dernier, et s'assurer dans tous les cas de l'accord de la famille.

#### **- l'accompagnant, la mère essentiellement :**

Si les enfants représentent plus de 80 % de la patientèle orthophonique, d'après les orthophonistes la proportion d'enfants accompagnés par la mère est certainement au moins aussi grande. L'accompagnant est parfois le père ;

la présence des deux lors du bilan est exceptionnelle. Or nous savons que le père « joue un rôle important dans la genèse des difficultés scolaires » et qu'il convient de s'assurer de sa présence au moins dans le discours de la mère (MANNONI, 1965). Apparemment, la place du père, à en croire le peu de choses qui en est dit par les orthophonistes, est peu interrogée ; sa présence n'est guère sollicitée ; une seule orthophoniste déclare essayer de voir le père, même si elle précise qu'ils sont moins à l'aise pour parler de leur enfant et de leur vie privée que la mère. Repensons au courrier que Françoise DOLTO adressait au père. Les orthophonistes contribueraient-ils à donner au père le sentiment qu'il « est de trop » ?

La nécessité d'un entretien avec un accompagnant, pour un enfant comme pour un patient cérébrolésé ou atteint d'une maladie dégénérative, est justifié par la nécessité de recueillir des informations que le patient ne pourrait donner correctement ou complètement. Cela peut sembler évident. Peut-être trop. Nous pouvons évoquer ici le titre de « co-thérapeute » que l'accompagnant s'attribuerait (GILLIERON, 1994). Ici, loin de s'interroger sur le « contrôle de la situation » recherché par l'accompagnant, l'orthophoniste semblerait plutôt y contribuer. En effet, les orthophonistes interrogés semblent donner à l'accompagnant une place prépondérante, voire exhaustive, pour le recueil d'informations.

En allant plus loin, la présence de l'accompagnant n'empêcherait-elle pas plutôt le patient de s'exprimer ? Nous avons eu, à titre personnel, plusieurs témoignages d'enfants ou d'adultes déclarant s'être abstenus, dans une situation analogue, de dire des choses qui étaient à leurs yeux essentielles (relation fusionnelle compliquée, fratrie envahissante, violence familiale, alcoolisme...). Dans le cadre d'une aide efficace au diagnostic, une bonne pratique ne serait-elle pas d'avoir une anamnèse avec le ou les accompagnants et le patient, puis une autre avec ce dernier tout seul, d'autant plus que la situation de tests s'y prête bien ? De fait, deux orthophonistes disent avoir adopté cette pratique.

De même que pour l'enseignant, nous pouvons-nous demander quelle est la nature du « partenariat » entre l'orthophoniste et la famille, dans le cas d'un patient qui serait considéré, à juste titre ou non, comme incapable de renseigner sur son trouble.

### **1.3 En ayant une vision holistique du patient et historique de son trouble**

Alors même que la question de la « globalité » du patient ne faisait pas partie de notre questionnaire, la moitié des orthophonistes interrogés nous en ont spontanément souligné l'importance. De ce qu'ils disent, il ressort que l'anamnèse permet à l'orthophoniste d'envisager le patient non pas seulement à travers son trouble, mais dans une dimension entière, avec son environnement, sa famille, ses loisirs, etc. Elle permet de « *travailler en globalité* », de comprendre « *la situation autour du trouble même* ». Ce serait particulièrement vrai « *avec les enfants qui ont un handicap* », donc des pathologies lourdes. L'intérêt de cette vision holistique pour le diagnostic est justifié par le lien qui existe entre le trouble du langage et la psychologie, l'affectivité, l'environnement du patient ; « *il n'y a pas de rupture dans tout ça* ».

Ce consensus spontanément exprimé vient en conjonction avec ce que nous avons vu du nombre et de l'importance des liens entre famille et langage dans la littérature. Rappelons-en quelques-uns :

- la fonction familiale d'acquisition de la langue maternelle (LACAN, 1984 ; BAUDIER & CÉLESTE, 1990),
- le « bain socioculturel » de l'enfant, ou la place que peut avoir le savoir académique et culturel dans la cellule familiale (LACERT, 1990),
- les réactions de l'enfant à l'attente parentale (CYRULNIK, 1999),

- l'intrication entre le trouble du langage et les difficultés socio-psycho-affectives, intrication telle qu'elle jette le trouble dans la recherche de l'étiologie (DUBOIS & KUNTZ, 1999).
- le rôle du père dans la genèse des difficultés scolaires (MANNONI, 1965),
- l'existence des mêmes troubles du langage dans la fratrie, ou au travers des générations (CHEVRIÉ-MÜLLER, 2004),
- la naissance ou le décès d'un frère ou d'une soeur comme facteur pérennisant ou déclencheur d'un trouble (SIMON, 2003), idée à croiser avec l'explication psychanalytique du double traumatisme lié à cet événement, objectal et narcissique (BAUDIER & CÉLESTE, 1990),
- le trouble d'origine héréditaire comme le résultat complexe d'un mécanisme chromosomique et de facteurs environnementaux (GILLIERON, 1994 ; STERN, 1989 VIGOUROUX, 2002).
- la maltraitance familiale qui accompagne le trouble du langage ou qui en est l'origine (PARRET & IGUENANE, 2001, GABERL & MANCIAUX, 2002).
- la perturbation de l'apprentissage en période de latence pour les enfants vivant dans des « famille incestuelles » (RACAMIER, 1995).

Cette liste, rappelons-le, ne saurait être en aucun cas exhaustive. Nous pouvons quoi qu'il en soit en retenir que le trouble langagier doit être appréhendé à la fois dans une vision globale : le patient, son entourage et son environnement, et en même temps diachronique : le trouble est inscrit dans l'histoire du patient, lui-même inscrit dans l'histoire de ses parents et de sa famille. L'anamnèse est bien sûre essentielle dans cette approche historique et holistique du patient et de son trouble. Et évidemment, il ne faudrait pas oublier ce qu'elle peut nous apprendre des causes organiques ou accidentelles de la pathologie.

## **1.4 En utilisant les informations tirées de l'anamnèse pour définir les tests**

Il n'y a pas grand-chose à commenter des réponses fournies par les orthophonistes, si ce n'est que nous avons vu que l'anamnèse permet bien à l'orthophoniste de choisir les épreuves utilisées (précision de la demande, vision globale du patient, élaboration d'hypothèses, adaptation des tests à l'état de l'enfant, à son éventuelle angoisse). Rappelons simplement que deux orthophonistes ne se servent pas du tout de l'anamnèse pour définir les tests, puisque ceux-ci initient le premier entretien, avant toute démarche anamnétique. Cette pratique quasi-singulière nous interroge surtout sur ses conséquences relationnelles : comment l'enfant vit-il cette mise en situation de tests, avant d'être mis en confiance, et avant que n'aient été expliquées les places et les fonctions de chacun ? Nous y reviendrons.

***L'anamnèse aide donc à poser le diagnostic. Que disent justement les orthophonistes de cette fonction ?***

A la vérité, assez peu de choses. Cela peut paraître surprenant, mais à la question « *l'anamnèse contribue-t-elle à étayer le diagnostic ?* », tous les orthophonistes répondent par l'affirmative, mais seuls trois vont plus loin, illustrent, argumentent, ou développent :

- pour « *un enfant qui est très anxieux [...] on va se dire que le trouble n'est pas seulement organique ou instrumental* »,
- un peu dans le même sens, l'anamnèse permet « *essentiellement* » d'établir un diagnostic différentiel,
- ou encore, « *l'anamnèse peut mettre le symptôme dans le cheminement de l'enfant* ».

Ainsi, de même qu'en médecine -« l'interrogatoire fait 80% du diagnostic » prétend Jean-Yves MAIGNE qui dirige le service de Médecine Physique de l'Hôtel-Dieu de Paris- il existerait un consensus chez les orthophonistes sur la fonction diagnostique de l'anamnèse. Notons d'ailleurs au passage que cette finalité est partagée dans la littérature par les tenants de l'anamnèse méthodique et ceux de l'anamnèse associative. Les premiers se basant sur une hypothèse pathogénique (SWARTZ, 1991), les seconds en confrontant le point de vue actuel, l'observation du comportement, et le point de vue historique, l'anamnèse du sujet (GILLIERON, 1994).

À y réfléchir et à défaut de réflexions sur ce sujet propres aux orthophonistes interrogés, nous pouvons sans trop de risques postuler que ce consensus n'est pas partagé que par les orthophonistes. En effet, qu'attendent le patient et son entourage de l'anamnèse ? Qu'est-ce qui les incite à se plier au jeu des questions ? Sans conteste, l'espoir d'obtenir du professionnel de santé un diagnostic. Ou encore, en allant plus loin, que celui-ci confirme le « diagnostic élaboré et apporté par la famille » (MANNONI, 1965).

## 2 - L'ANAMNÈSE CONTRIBUE À ÉLABORER LE PROJET THÉRAPEUTIQUE -C'EST UNE SUITE LOGIQUE DE SA FONCTION DIAGNOSTIQUE-. DE QUELLE MANIÈRE ?

### 2.1 En proposant des examens complémentaires et d'autres orientations thérapeutiques :

D'après les entretiens, les orthophonistes n'hésitent pas à recommander des examens complémentaires (essentiellement O.R.L. et ophtalmologiques). La même unanimité existe pour ce qui est de réorienter vers un professionnel de santé. La seule exception serait que dans les cas « limites », ou dans le cas de familles hostiles à tout ce qui pourrait commencer par « psy » - notamment à la campagne-, certains orthophonistes choisissent d'assumer comme ils le peuvent, « *bien ou mal* », cette fonction. Nous pouvons sans peine imaginer que ce qui les motive est le bien-être de l'enfant.

Cette question n'est sans doute pas aussi simple qu'elle en a l'air et ne se résume pas à une opposition entre « *dire qu'on n'est pas compétent* » et accepter de faire « *un boulot un peu psy* ». En 1978, Jean-Claude ARFOUILLOUX disait des travailleurs sociaux, mais nous pouvons sans peine l'entendre pour les orthophonistes, qu'il « sont pris entre le désir d'aller au-delà de la simple enquête anamnétique et le souci de rester en deçà de la mobilisation psychothérapeutique, avec les réserves que l'on peut faire sur les implications idéologiques personnelles que ne manquent pas d'avoir des interventions directes dans la vie de la personne ». Cette « ambiguïté », ce serait donc à chacun de tenter de la résoudre au gré de « sa formation et de ses choix personnels », à moins d'avoir la possibilité, « au sein d'une équipe, de situer son action par rapport à celle des autres membres et d'en dégager la spécificité ». Possibilité qui n'existe pas quand on exerce en libéral, ce qui est le statut de près de 80 % des orthophonistes en activité<sup>13</sup>.

---

13 Source ADELI (Automatisation DEs Listes) : système d'information national sur les

## **2.2 En permettant à l'orthophoniste de prendre ou non position, de dire et taire à son tour :**

L'anamnèse n'est pas seulement le temps du recueil d'informations sur le patient, ce peut être aussi l'occasion pour celui-ci et son entourage d'interroger l'orthophoniste. En effet, ce dernier est amené à se positionner en tant que thérapeute en répondant aux interrogations des patients. Quelle position choisit-il alors de prendre : être simplement dans l'écoute, dans une « nécessaire réserve bienveillante », ou au contraire, intervenir : expliquer, conseiller, juger, trancher... nous n'avons pas abordé cette question lors des entretiens, c'est à notre avis un oubli regrettable. Tous les orthophonistes, sauf un, ont laissé entendre qu'ils étaient plutôt dans un acte d'écoute et d'observation, et n'ont pas dit devoir ou vouloir prendre position au cours de l'anamnèse. Cela signifie-t-il qu'ils ne le font pas, ou ce non-dit n'est-il que la conséquence de notre oubli ?

La lecture d'un dossier d'Ortho magazine, « Le bilan orthophonique : quoi dire, que taire ? », est venu nourrir notre interrogation à propos de ce discours à tenir en situation de premier entretien. Si pour l'auteur, orthophoniste, le temps de la première rencontre est « peut-être le début d'une mise au travail pour le patient ; c'est sûrement celle de l'orthophoniste ». L'auteur, propose d'être « ailleurs que là où on est attendu » : « Se situer comme autre, c'est [...] sortir de la dialectique bien/mal, positif/négatif, comme le dit la définition du dictionnaire. Faute qui place l'orthophoniste dans une position morale, de celui qui pense « ortho ». Ce que l'orthophoniste a peut-être à dire, c'est situer l'échange hors du champ de la morale, se décaler de cette assignation ». L'auteur met ainsi en garde contre le danger de se présenter « comme garant de la morale, celui qui va dire quand c'est bien et quand c'est mal, celui qui sait, celui qui corrige ». Le risque serait de « placarder un symptôme qui ne correspond à rien de ce que dit le patient, sinon au désir de l'orthophoniste ».

Quoi qu'il en soit, ne pouvant préjuger de ce qu'est la pratique des orthophonistes en la matière, nous retiendrons simplement l'idée qu'écouter,

interroger, ne suffit pas, il faut encore choisir de *dire* ou de *ne pas dire*. Et ce qui est dit ou tu participe certainement à l'élaboration du projet thérapeutique, en ce qu'il engage l'orthophoniste dans sa prise de position concernant le patient, et dans ce qu'il projette le concernant.

### **2.3 En aidant à l'élaboration du projet thérapeutique**

Là encore, nous l'avons vu, un consensus existe autour de l'idée que l'anamnèse aide à élaborer le projet thérapeutique. Ce qui se dégage des entretiens, c'est que l'anamnèse permet surtout d'individualiser la rééducation : « *aborder chaque enfant [...] en fonction de son vécu, en fonction de ce qu'il est, en fonction de son histoire* » ; « *une approche particulière pour chaque patient* » dans laquelle « *l'anamnèse va rentrer en ligne de compte* » ; « *l'anamnèse va m'aider [...] à adapter la rééducation et l'orienter, l'aménager* » ; etc.

Que dire de plus ? pas grand-chose, si ce n'est mettre ces propos en parallèle avec la profusion d'outils rééducatifs, de méthodes, de techniques, ou d'approches qui existent.

Revenons sur notre problématique :

***L'anamnèse contribue à poser le diagnostic et à établir le projet thérapeutique, mais présente d'autres enjeux tout aussi essentiels : favoriser la qualité de la relation, engager la rééducation -et peut-être le transfert-, enfin et surtout, offrir une vision globale du patient.***

Si tel n'était pas le cas, si la fonction de l'anamnèse n'était que diagnostique et thérapeutique, alors la méthode de l'*Ecole de Milan* qui « peut se passer de la présence de la famille pour établir le programme de rééducation » (GOLDER, 2000) ne nous heurterait pas. Si, en orthophonie, l'élaboration d'une fiche à partir des informations recueillies lors du premier coup de téléphone suffisait à « construire une hypothèse de fonctionnement et un programme d'intervention », l'acte d'anamnèse en orthophonie n'existerait pas ; nous n'aurions certainement pas recueilli au cours de nos entretiens

tous ces propos concernant les autres fonctions de l'anamnèse, et l'idée que celle-ci n'est en aucun cas standard.

### **3 – L'ANAMNÈSE : UNE SITUATION DE COMMUNICATION**

Qu'est-ce qui différencie l'anamnèse « milanaise » de celle que semblent pratiquer les orthophonistes rencontrés ? Cette méthode, dans sa recherche d'objectivité et d'efficacité, fait la part belle à la fonction référentielle du langage (dire comment sont les choses), et renie en quelque sorte la fonction modale (dire ce que l'on pense des choses) et la fonction d'acte (altérer l'état de l'auditeur). Or l'anamnèse orthophonique, parce qu'elle est avant toute chose une situation de communication, ne peut éviter que ces deux fonctions interviennent. Et même, qu'elles aient une utilité dans la prise en charge.

Oui, l'anamnèse est une situation de communication. Prenons un peu de temps, à la lumière de ce que nous avons vu dans la partie théorique et au cours des entretiens, pour l'analyser.

Elle est pour l'essentiel une situation de rencontre. Dans cette nouveauté de la rencontre, que nous savons riche en émotions et anxiogène (CYRULNIK, 2002), la fonction modale et la fonction d'acte oeuvrent de façon consciente ou inconsciente, aussi bien dans la parole qu'à travers le corps. Rappelons quelques particularités du langage non verbal : c'est une communication sans ambiguïté, toujours univoque (GILLIERON, 1994) ; il génère, à travers le regard et l'écoute, l'instantané de la saisie et les élaborations imaginaires (GOLDER, 2000) ; il peut être en contradiction avec ce qui est dit (CHILAND, 1987). Ainsi, avant même les premières paroles et durant tout l'entretien, le patient, son entourage et l'orthophoniste se « parlent » et s'influencent mutuellement. Mutuellement en effet : l'orthophoniste n'est pas

seul à observer l'autre, ses interlocuteurs sont tout aussi réceptifs à son attitude, ses mimiques, ses regards... « *Le premier rendez-vous est essentiel dans la façon dont les gens vont nous percevoir, et dont nous aussi nous allons percevoir les gens* » nous dit l'un de ces praticiens.

Comme nombre de premières rencontres humaines, le premier rendez-vous en orthophonie n'échappe pas au rituel apaisant de la présentation. Alors que cette question ne faisait pas partie de notre questionnaire, la moitié des orthophonistes nous ont dit spontanément se présenter, particulièrement à l'enfant. La manière dont l'orthophoniste va se présenter, mais aussi sans doute toute la volonté de contrôle qu'il exerce sur son attitude et ses propos, sont peut être à envisager selon *la théorie de Mickaël BALINT* : « Dans une consultation le médecin se prescrit lui-même, à moins qu'il ne cherche à se vendre » (GOLDER, 2000).

Certes, il lui faut « se vendre ». Mais nous savons qu'il bénéficie d'un statut professionnel qui l'avantage, lui offre aura et protection : il n'est pas demandeur, il a une fonction qui suppose une formation, il porte un titre « qui marque l'asymétrie du dialogue » (CHILAND, 1987). Un autre élément vient encore conforter ce statut et accentuer cette asymétrie. Il s'agit de la prise de notes. Nous nous sommes rendu compte, au fur et à mesure que nous prenions de l'assurance dans la pratique de l'entretien, du « pouvoir » que nous attribuait l'usage du dictaphone. En effet, nous n'avons pas manqué de remarquer les coups d'oeil inquiets des praticiens interviewés en direction de l'objet, et d'un certain malaise qui mettait du temps à se dissiper. Si la prise de notes est, de l'aveu même des orthophonistes, moins agressive que l'enregistrement, nous sommes convaincus qu'il existe un parallèle entre les deux techniques. Nous nous risquons à en tirer un principe : *en situation d'anamnèse, le patient abandonne des informations au praticien sans savoir ce que ce dernier va en faire ; le recueil des propos du patient met le praticien en position de force*. Ce n'est d'ailleurs pas pour rien qu'une orthophoniste nous dit : « *quand les gens dévoilent des choses assez intimes j'essaye de ne pas prendre de notes. J'estime que c'est déjà assez difficile pour eux de le dire, alors si on est en train de noter...* »

Cette asymétrie ne peut être ignorée par l'orthophoniste, même s'il peut toujours tenir des propos insinuant qu'il « renonce à une position de maîtrise », comme le proposent Geneviève DUBOIS et Jean-Pierre KUNTZ (1999). En fait, la question qui se pose derrière cette asymétrie, est celle de la place de l'orthophoniste en tant que *sujet supposé savoir*. Nous avons vu qu'en général l'orthophoniste, loin de prétendre ne pas être « *représentant de l'autorité et du savoir* », est en général vigilant à ne pas « *montrer son supposé savoir, sa toute-puissance* », à ne pas trop se prendre « *au sérieux* ». Pour cela, il pense « *que la forme sous laquelle [il] fait l'anamnèse est déterminante* ». Cette question renvoie donc à ce que nous avons pu voir de l'opposition entre *anamnèse méthodique* et *anamnèse associative*.

Les orthophonistes interrogés ont pour beaucoup la volonté de donner à l'anamnèse la forme d'une discussion, ce qui laisserait notamment « *les non-dits* » s'exprimer. En fait, la norme en la matière semble être l'anamnèse semi-dirigée, avec une particularité commune à tous : un « temps libre » au début de l'entretien pour laisser la demande s'exprimer. Un orthophoniste rejoint même Edmond GILLIERON (1994) en soulignant l'intérêt qu'il y a à « *voir les premiers mots avec lesquels l'enfant et ses parents vont arriver* ».

En règle générale, l'anamnèse sera plus ou moins directive suivant la capacité des patients et de leur entourage à s'exprimer, à raconter leur histoire. Par contre, aucun orthophoniste ne prétend, à l'instar de Geneviève DUBOIS & Jean-Pierre KUNTZ (1999), pratiquer « une écoute qui se fait le plus souvent silence », qui laisserait « le sujet porteur de sa parole ». Cependant, l'un de nous deux a pu assister à deux entretiens d'anamnèse avec le même orthophoniste, au cours duquel s'installaient par moments des « blancs ». La première impression, un peu paniquante, est celle d'une fêlure dans la communication ; la position du praticien semble alors difficile à tenir. Mais, en général, le patient vient occuper l'espace laissé libre et ainsi, dissipe le malaise.

Ce qui ressort des réponses des orthophonistes interrogés, et même s'ils ne l'expriment pas aussi clairement, c'est qu'il sont bien conscients de l'opposition que nous avons définie entre *anamnèse méthodique* et *anamnèse*

associative. Mais, et c'est sans doute là un point très intéressant, peu d'entre eux semblent opter délibérément pour l'une de ces deux formes. L'anamnèse orthophonique serait-elle un compromis entre les deux ? Si tel était le cas, c'est le statut même de l'orthophoniste qui connaîtrait une ambiguïté. Il faudrait alors situer cette profession paramédicale entre :

- un statut de rééducateur (personne qui restaure un fonctionnement normal et/ou met en place des moyens palliatifs<sup>14</sup>), ce qui nécessiterait la pratique d'une anamnèse méthodique, basé sur une hypothèse pathogénique, cherchant à obtenir le maximum d'informations et étudiant l'individu suivant l'axe passé présent (SWARTZ, 1991).

- un statut de thérapeute (personne qui soigne, qui soulage<sup>15</sup>) et/ou de psychothérapeute (personne qui use de techniques psychologiques spécifiques, visant à rétablir l'équilibre affectif d'une personne, fondées sur la relation de confiance et la communication<sup>16</sup>), ce qui sous-entend la pratique d'une anamnèse associative, dont l'initiative appartient au patient suivant une direction donnée par son inconscient, impliquant éventuellement une écoute flottante, et une attention portée par le thérapeute à ses propres réactions émotionnelles (CÉLÉRIER, ORESVE & JANIAUD, 1999 ; GILLIERON, 1994).

Cette ambiguïté concernant le statut de l'orthophoniste, simple rééducateur (qui restaure) ou thérapeute (qui soigne), fait l'objet de débats récurrents sur les deux principales listes de diffusion électronique consacrée à l'orthophonie<sup>17</sup>. Nous l'avons retrouvée lors de nos entretiens, plusieurs orthophonistes n'hésitant pas à se qualifier de « thérapeute », d'autres récusant ce terme.

Cette ambivalence -se situer sur un plan organique et/ou sur un plan psychologique- répond-elle à un choix délibéré ? Difficile à dire, tant les

---

14 D'après le Dictionnaire d'orthophonie, Ortho édition, 2002

15 op. cit.

16 op. cit.

17 liste o-l-n : <http://fr.groups.yahoo.com/group/nplo/> et liste orthophonie : <http://orthorelie.free.fr/>

propos recueillis à ce sujet sont timorés : « *les questionnaires type, je n'aime pas trop* » ; « *je n'ai pas forcément envie d'avoir un interrogatoire policé* » ; « *je crois qu'il faut donner l'impression...* » ; « *ça dépend* » , « *c'est vraiment au feeling* » ; « *en général, ce sont plutôt les parents qui apportent...* ». Par ailleurs, trois points semblent pencher en la défaveur d'un choix clair et affirmé :

- au cours de la formation des orthophonistes à l'université, nous l'avons déjà dit, les modalités de l'anamnèse ne sont jamais abordées de front. Aucun enseignant ne nous propose de prendre le temps de réfléchir à cette pratique. De plus, nous n'avons pas la chance comme les futurs médecins d'avoir à pratiquer d'anamnèse. Et même, simplement assister à une anamnèse au cours de nos stages est rare, certains étudiants n'auront pas ce privilège. Enfin, la formation continue ne semble pas d'un grand secours, seuls trois orthophonistes disent avoir bénéficié d'une aide concernant l'anamnèse grâce à une formation *Claude CHASSAGNY*<sup>18</sup>.

- les entretiens montrent une tendance générale des orthophonistes à abandonner les « grilles-questionnaire » à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience. Celle-ci permettrait « de se dire qu'on ne risque rien à sortir du cadre ». Nous avons vu ce même phénomène à propos des thérapeutes cognitivo-comportementalistes (MIRABEL-SARRON, 1995). L'anamnèse méthodique serait donc un choix par défaut pour les orthophonistes débutants. Ceci serait d'ailleurs une conséquence logique de l'absence de réflexion et de pratique lors de la formation initiale. De plus, « la grille » permet au praticien novice de se rassurer en s'appuyant sur des données stables et définies à l'avance. Rappelons au passage la fonction de « pare-angoisse » des rituels. C'est peut-être d'ailleurs ce qui pousse Eva-Marie GOLDER (2000) à dire que « trop souvent l'anamnèse sert de bouclier contre le

---

18 *Deux formations (Pédagogie Relationnelle du Langage et Techniques des Associations) se déroulant chacune sur un cycle de base de deux ou trois ans, à raison de 6 ou 11 séminaires de 6 heures par an. Le principe est de considérer le langage comme constitutif de l'humain, indissociable de la construction du sujet. Sa visée est « d'accueillir le symptôme sans que celui-ci ne devienne l'objet central de la rencontre ».*

malade », celui-ci ayant une influence dont on sait qu'elle est « inversement proportionnelle à l'expérience du thérapeute » (GILLIERON, 1994).

- enfin, en toute subjectivité, la personnalité du praticien semble déterminante : nous avons tous les deux ressenti une très nette adéquation entre le caractère, le tempérament de l'orthophoniste et le type d'anamnèse qu'il affirmait pratiquer. D'ailleurs, une orthophoniste prétend, à propos de l'anamnèse, exercer « *tout à l'instinct* ».

Si les deux derniers points, l'expérience et la subjectivité du praticien, semblent difficilement évitables, nous pouvons cependant regretter le manque de réflexion et de pratique sur le sujet au cours de notre formation initiale. Cet état de fait a pour conséquence de ne pas laisser à l'orthophoniste, même expérimenté, une totale liberté dans le choix du mode d'anamnèse.

L'asymétrie de la position pose aussi la question de l'aspect intrusif de l'interrogatoire anamnétique, intrusion qui serait justifiée par le statut de l'orthophoniste (en tant que *sujet supposé savoir* ?) ou en serait la conséquence. Nous avons vu que cette question de l'intrusion a suscité beaucoup de commentaires de la part des orthophonistes : à l'exception d'une seule, ils reconnaissent tous le risque d'une trop grande intrusion, très variable d'une famille à l'autre et peut-être suivant l'âge du patient. Deux palliatifs sont proposés : faire preuve de subjectivité et de « bon sens » ; expliquer les raisons qui poussent à venir creuser certains aspects. Nous pouvons sans doute saluer la conscience qu'ont les orthophonistes de l'importance de cette question.

## 4 - LES AUTRES ENJEUX DE L'ANAMNÈSE :

### 4.1 Créer la confiance

Si une trop grande intrusion peut provoquer la méfiance, à contrario, la confiance peut-elle naître de l'anamnèse ? « Oui » disent en chœur les orthophonistes, « *le but est d'établir la confiance* », c'est d'ailleurs souvent pour cela qu'ils commencent l'entretien par l'anamnèse. Et si tel est le cas, si la confiance s'installe, c'est sans doute que l'orthophoniste tient au cours de ce premier entretien des propos qui ne le transforment pas « en éducateur ou en juge », qu'il sait entendre une « certaine vérité » même à travers un mensonge, qu'il sait retenir une parole « mutilante » pour le patient (MANNONI, 1965). En clair, il ferait preuve de tolérance.

Pour le médecin pédopsychiatre, « *la confiance, c'est long* », elle ne peut que s'engager pendant l'anamnèse. Justement, les orthophonistes nous disent que l'anamnèse se poursuit longtemps après le bilan. De nouveaux éléments seront apportés par le patient et son entourage qui n'ont pas été abordés lors de la première rencontre. L'anamnèse n'a pas de « fin ». Ces nouveaux apports d'informations se font dans un cadre moins formel, plus conversationnel. Cela rejoint l'idée que « *tout ne peut être dit la première fois* », qu'il faut « *y aller en douceur au départ* », qu'il « *faut laisser (les gens) dire quand ils ont envie de dire, ne pas les violenter* », surtout en cas d'une « *émotion trop importante* ».

Cela nous pousse à penser qu'il y a comme « un jeu de miroirs » entre l'anamnèse et la relation qui s'établit entre l'orthophoniste, le patient et son entourage : le premier entretien, essentiellement à travers l'anamnèse, permet à la confiance de s'établir ; la confiance à son tour permet à de nouvelles informations d'être dites. Peut-être même pouvons nous prolonger plus loin encore cette idée de cercle vertueux : la possibilité, si elle est laissée, de prolonger l'anamnèse tout au long de la rééducation ne viendrait-elle pas confirmer et enrichir encore cette relation de confiance ?

## 4.2 Engager le transfert, peut-être ?

Relation de confiance, relation... Une orthophoniste interrogée dit penser que « *pour qu'un enfant puisse accorder sa confiance à une personne et à un lieu, il faut qu'il y ait transfert* ». Transfert ? À en croire le Dictionnaire d'Orthophonie, « dans toutes les relations interhumaines, professionnelles, hiérarchiques, amicales ou amoureuses », existe un « transfert affectif ». Rappelons simplement que celui-ci est « le déplacement des émotions et des affects d'un objet sur un autre » (sens psychologique), ou encore « le report des sentiments que le patient éprouvait dans l'enfance à l'égard de ses parents, sur la personne de l'analyste » (sens psychanalytique), « Mais dans la mesure où il n'y a pas de tiers pour les médiatiser et les interpréter -il n'y a qu'en psychanalyse qu'ils sont reconnus, objectivés et analysés-, les phénomènes de transfert sont le plus souvent inconscients ». Inconscients... et peut-être même méconnus par les orthophonistes, puisque seuls quatre d'entre eux, ainsi que le médecin pédopsychiatre évidemment, reconnaissent son existence lors de l'anamnèse. Pourtant, insiste le Dictionnaire d'Orthophonie, « ces phénomènes de transfert et contre-transfert existent dans toute thérapie, y compris pendant une rééducation orthophonique ». Une orthophoniste pense justement qu'il advient plus tard. Les autres ne se prononcent pas.

Cette apparente méconnaissance (ou indifférence ?) ne saurait s'expliquer par la formation initiale des orthophonistes. En effet, qu'on entende transfert sur un plan psychologique ou sur un plan psychanalytique, cette notion est largement abordée au cours de nos études. Peut-être alors pouvons-nous tenter de l'expliquer par une volonté, plus ou moins avouée, de l'orthophoniste de se situer hors du champ psychanalytique, et même, psychologique. C'est-à-dire l'acceptation plus ou moins consciente, pour reprendre les mots d'Eva-Marie GOLDER (2000), « de travailler *dans* le transfert » mais le refus de « travailler *sur* le transfert ». Il y aurait donc, si notre hypothèse est juste, un risque à reconnaître et objectiver le transfert : celui de prétendre l'analyser. Notons à ce propos que même pour les tenants

de la *Thérapie du Langage de la Communication (TLC)*<sup>19</sup> comme pour ceux de la *PRL* (évoquée plus haut), il ne s'agit en aucun cas d'essayer d'analyser le transfert, même si ces deux approches thérapeutiques lui accordent une grande importance.

Qui dit transfert, dit contre-transfert, c'est-à-dire la réaction du clinicien au comportement et à la personne du patient. Elle peut être « de l'ordre du rejet, de l'angoisse, de la culpabilité, de la compassion... » nous dit Edmond GILLIERON (1994). Rappelons que ce psychiatre invite les cliniciens, quels qu'ils soient, à laisser le patient leur « imposer un rôle » pour lui permettre de montrer « comment ces souffrances pourraient être apaisées ». Ceci est très proche du troisième niveau (le pédalier) du médecin généraliste vu comme un organiste : « le médecin se met à l'écoute de ce que le discours du patient, le « style » de celui-ci éveille en lui-même comme mouvements émotionnels divers [...] formés à la fois des choses appartenant à la problématique éventuelle du patient (qu'il « transfère » à son médecin) et des éléments appartenant en propre à l'histoire personnelle du médecin et qui sont réveillés par le patient (à son insu) : *contre-transfert* » (CÉLÉRIER, ORESVE & JANIAUD, 1999). La méconnaissance, ou tout au moins la mise à distance, des phénomènes de transfert et contre-transfert par l'orthophoniste, si elle est avérée, n'empêche-t-elle pas celui-ci de donner encore plus de sens aux informations anamnestiques ? De la même façon, comme le disait une orthophoniste à propos cette fois-ci de la rééducation elle-même, « *si un enfant travaille pour nous faire plaisir, et qu'on n'y prête pas attention, on va droit dans le mur* (il va vivre l'arrêt de la séance

---

19 « *Approche thérapeutique des troubles de la communication, fondée en 1981 par Marc LINDENFELD, psychanalyste et Geneviève DUBOIS, phoniatre. Au-delà des clivages qui ont opposé les approches « techniques » et les approches « psychothérapeutiques » dans les rééducations du langage, la TLC s'inscrit dans une perspective originale : le trouble du langage ou de la communication n'est plus considéré sous le seul angle du handicap, mais comme un symptôme porteur d'un double sens : il porte sur la communication et a valeur de communication en ce sens qu'il représente une manifestation de l'inconscient. Le symptôme est envisagé dans une dimension « thérapeutique » {...}, et dans une dimension « symptomatique » qui délimite un champ propre, différent de celui de la psychothérapie, car la TLC ne cherche pas à interpréter le symptôme. Il est considéré comme un message qu'il faut écouter car il fait partie de la dynamique de la communication, mais qu'il ne faut pas analyser. De même, la TLC reconnaît l'importance du transfert qui dynamise la relation, mais elle ne l'analyse pas. Enfin elle admet la valeur des techniques, nécessaires à la réussite de la rééducation.* » *Dictionnaire d'Orthophonie, Ortho éditions, 2002*

d'orthophonie comme un abandon) ». Il y aurait un risque à ne pas essayer de « *comprendre ce qu'il y a un petit peu dessous* ». Même si « *ça n'est pas simple* »...

### **4.3 Commencer le travail et engager le patient dans sa rééducation.**

Qu'il y ait ou non transfert, que celui-ci soit ou non pris en compte, l'anamnèse ne manque pas, semble-t-il, de provoquer des réactions immédiates chez le patient, et notamment chez l'enfant. Ainsi, nous dit une orthophoniste, peut-on voir très souvent « *le mouvement du crayon qui varie en fonction du sujet qu'on aborde* », ou pour une autre, « *l'enfant se retourner vers ses parents* ». À quelle occasion ? Quand l'enfant entend ses parents parler de lui dans des termes nouveaux. Quand il entend sa propre histoire racontée par ses parents, le plus souvent pour la première fois - « *Vous n'imaginez pas tout ce que l'enfant entend qu'il n'a jamais entendu* »-. Quand il est dans cette drôle d'ambivalence : en retrait de la discussion, mais pleinement concerné. Quand il apprend des éléments dont les parents avouent eux-mêmes que « *ça, il ne le savait pas* ». Et si cette deuxième orthophoniste « *pense souvent qu'il aurait mieux valu qu'ils commencent par le dire à l'enfant* », elle croit aussi que « *ça peut être un bienfait* ». Un bienfait dans quel sens ? Si elle ne le dit pas, nous nous risquons, forts des nombreux exemples entendus au cours de ces entretiens, à proposer un début de réponse : peut-être parce qu'à travers les choses dites et entendues, des choses ont bougé pour cet enfant. Un certain « travail » a débuté. Difficile à partir de ce qui nous a été dit, de déterminer si cet engagement dans le travail s'est opéré à un moment précis, un « moment sensible » (GOLDER, 2000), même si deux orthophonistes reconnaissent l'existence d'un « moment charnière, moment pivot ». Quoi qu'il en soit, nous retrouvons chez beaucoup d'orthophonistes l'idée que « *le soin commence déjà par la parole* », dans ces « *poids qui se lâchent* » au point « *qu'il y a des enfants qui bâillent* » au cours de l'anamnèse, et certainement pas par ennui.

Nous avons vu au cours de la première partie que le dessin pouvait être une source d'informations. Il apparaît que pour les quelques orthophonistes qui nous ont donné des exemples de dessins d'enfants en lien avec l'anamnèse, que ceux-ci, plus qu'une source anamnétique, traduisent souvent le début d'un travail pour l'enfant. En effet, il semble que ce soit une habitude fréquente pour l'orthophoniste de proposer à l'enfant de dessiner pendant l'anamnèse. L'enfant écoute, dessine, parfois intervient. Et que dessine-t-il ? « *Des hallebardes [qui deviennent] des coeurs et des fleurs* », par exemple. L'un de nous deux a eu justement l'occasion d'observer en stage une petite fille abandonner un dessin chargé de lourds nuages noirs, au profit d'un autre rempli de coeurs et de papillons multicolores, alors même que sa mère et l'orthophoniste élaboraient ensemble une manière d'apaiser le conflit entre sa soeur et elle. Nous pouvons ici aussi évoquer l'histoire de Lina, rapportée par une orthophoniste interviewée, qui a dessiné un papillon en larmes parce qu'une de ses quatre ailes avait une couleur différente. Elle aurait ainsi « raconté » le secret, qu'elle était censée ignorer, de la filiation différente de son frère aîné. Ce dessin, interrogé avec la mère par l'orthophoniste, eut comme suite une vraie discussion entre celle-ci et sa fille, puis un départ « en flèche » de la rééducation. Ces exemples, et surtout la façon dont ils sont rapportés, donnent à penser que les orthophonistes ont fait leurs recommandations de Françoise DOLTO (2002) : « on ne raconte pas un dessin, c'est l'enfant lui-même qui se raconte à travers le dessin », ou encore de Daniel WIDLÖCHER (1998) : « naïveté et prudence sont de rigueur en ce domaine » ; « le dessin d'enfant a une faible valeur informative, seul nous touche sa valeur de communication personnelle ». En résumé, le dessin d'enfant serait pris par l'orthophoniste comme un acte de communication, et permettrait à son auteur de s'engager dans la rééducation.

Commencer un travail en orthophonie passe aussi certainement par une expression juste de la demande. En effet, pour qu'une personne s'engage dans une rééducation, il lui faut au préalable avoir exprimé une plainte, et de cette plainte, qu'il ait su tirer une demande qui lui soit propre. A charge ensuite pour l'orthophoniste de l'aider à l'ajuster en termes d'objectifs réalistes, et de projet de rééducation. C'est certainement un cheminement

difficile. A titre d'illustration, nous pouvons imaginer le cas, fictif mais inspiré de plusieurs exemples donnés par les orthophonistes, d'un enfant qui arrive chez l'orthophoniste avec ses parents, alors qu'il « *ne voulait pas venir, c'était les vacances, il avait autre chose à faire* ». Mais il n'a pas le choix -« *de même qu'ils ne peuvent pas ne pas aller à l'école, les enfants ne peuvent pas ne pas aller chez l'orthophoniste* »-. Il est très opposé à l'idée de faire un bilan, bilan qui a été demandé par l'enseignant. Il ne veut « *surtout pas que l'on s'immisce dans son monde* ». Cet enfant, est au départ « *un objet* ». Mais, le rendez-vous suivant, bien que le bilan ne soit pas fini, cet enfant est devenu *sujet* : Il est devenu très demandeur « *de poursuivre ce que le bilan a commencé* ». Que s'est-il passé ? D'après les orthophonistes, un travail a pu « *se déterminer au moment de l'anamnèse* », ou tout au moins lors du premier entretien. Ce travail a fait de lui un « *acteur de sa rééducation* ».

Pour arriver à cette réussite, plusieurs éléments sont déterminants :

- Le premier est la perception qu'a l'enfant de son trouble, et l'importance de la gêne qu'il engendre. Or nous avons vu à travers les entretiens que cette gêne n'est pas forcément corrélée à la gravité du trouble lui-même. Il peut arriver qu'un enfant porteur d'un trouble important ait réussi à bien s'en accommoder. N'en souffrant guère, il ne peut en tirer une plainte. La même question se pose pour l'entourage : si l'indication du bilan orthophonique a comme origine un médecin ou un enseignant par exemple, rien n'indique que la famille, elle, soit gênée en quelque façon. Elle peut très bien simplement porter le « discours » du médecin ou de l'enseignant.
- Le deuxième élément concerne l'ambivalence du symptôme. Il suppose que l'orthophoniste ait su faire la part du *symptôme-message* et du *symptôme-non-message* (MANNONI, 1965), qu'il ait su accuser réception du premier, et circonscrire le second.
- un troisième élément concerne singulièrement l'attitude de l'orthophoniste. Il s'agit de la possibilité qu'a eue l'enfant de pouvoir

exprimer cette plainte et cette demande. A priori, le fait que plus des deux tiers des orthophonistes interrogés disent s'adresser d'abord à l'enfant nous pousserait à croire à l'existence de cette possibilité. Si la finalité est de permettre l'enfant de présenter son trouble, de l'expliquer, d'exprimer son ressenti sur celui-ci et de préciser sa demande, cette démarche semble cohérente. Elle va aussi dans le sens du « sujet porteur de sa parole » (DUBOIS & KUNTZ, 1999) et non pas de l'enfant comme « *objet mal boutiqué que les parents amènent* » pour être réparé. Mais déjà, ils ne sont plus qu'un tiers à demander à l'enfant s'il sait pourquoi il est là. Dans les autres cas, qu'en est-il ? Est-ce le parent qui exprime l'objet de la demande de l'enfant à sa place ? Cela laisse supposer l'existence de déplacements et de distorsions de la demande de l'enfant. Voire de déni ou de contresens. Une orthophoniste pense que chez les enfants il n'y a pas « *cette prise de conscience comme chez l'adulte* » et « *qu'en général, ils suivent* ». À l'opposé, une orthophoniste demande aux adolescents qu'elle reçoit avec les parents, qu'ils réfléchissent, et qu'ils rappellent eux-mêmes. On le voit, l'attitude des orthophonistes à ce sujet est loin d'être consensuelle. À ce stade, il nous semble opportun de rappeler la conclusion que nous avons tirée des études de Karine ARONSSON (1994 in PROÏA & ANOLLI, 2003) : « *l'enfant ne serait à même d'exprimer sa propre opinion, son propre ressenti sur ses difficultés, qu'à l'occasion, créée par le thérapeute, d'une confrontation entre son point de vue et celui de ses parents* ». Combien d'orthophonistes en ont conscience ? Et combien recherchent ou provoquent cette confrontation ? Enfin, une autre interrogation demeure : combien d'orthophonistes réservent un temps de dialogue en face à face avec l'enfant, permettant ce « colloque clair » cher à Françoise DOLTO ? Aucun de ceux que nous avons interrogés n'a évoqué cette possibilité. Si nous devons formuler les doutes qui subsistent sur cette question à la fin de notre travail, ce serait sous la forme de cette question : *Le premier entretien en orthophonie permet-il à l'enfant de « parler de ce qui ne va pas à ses yeux et de se confier » (DOLTO, 2002), de « saisir l'occasion*

*d'exprimer son mal-vivre » (GOLDER, 2000) ?*

Supposons maintenant que malgré, ou à cause, de l'attitude de l'orthophoniste, l'enfant n'ait pu exprimer lui-même l'objet de sa demande, que se passe-t-il alors ? Est-ce le parent qui exprime l'objet de la demande de l'enfant à sa place ? Cela n'engendre-t-il pas des déplacements et des distorsions ? À propos du « diagnostic élaboré par la famille », une orthophoniste dit avoir « *parfois de très grosses surprises* ». Des parents viennent pour un enfant qui a « *de très grosses difficultés en maths* ». Mais l'enfant, lui, ce qui l'embête, « *c'est les dictées* ». Il semble « *assez fréquent* » que « *la demande de l'enfant ne soit pas du tout celle des parents* ».

Sans compter les enfants qui n'ont définitivement pas de demande propre, il existe donc souvent une divergence de demande entre l'enfant et sa famille. En ce cas, qui l'orthophoniste doit-il écouter et « servir » ? Nous regrettons évidemment de n'avoir pas posé de façon systématique cette question en ces termes. Néanmoins, nous pouvons sans trop de mal imaginer que les orthophonistes auraient répondu avec un bel ensemble : l'enfant. À moins que les réponses n'aient été plus nuancées, dans la lignée des propos de Luigi ANOLLI sur la nécessité d'établir une relation aussi bien avec les parents qu'avec l'enfant, en privilégiant cette dernière, et en veillant à ce que « les parents ne se sentent pas menacés » (PROÏA & ANOLLI, 2003). La question reste ouverte.

Nous avons cependant quelques éléments de réponse à travers les propos des orthophonistes qui estiment que l'anamnèse « *sert déjà à faire alliance avec les parents* ». Rappelons, même si cela a été assez peu souligné par les orthophonistes interrogés, que cette *alliance* est plus que nécessaire : elle est indispensable. Elle détermine s'il est possible de « *travailler ensemble ou pas* ». Et l'orthophoniste, comme tout soignant, ne peut que « respecter le droit des parents de refuser que l'enfant reçoive une aide tierce » (GOLDER, 2000). Souvenons-nous qu'établir cette alliance est réellement difficile, surtout si l'on songe au danger que représente cette *situation trilogique* pour les parents -voir leur discours désavoué par l'enfant ; voir « leur diagnostic » remis en question en laissant la place à un « désarroi » ; voir leur enfant faire

alliance avec l'orthophoniste ce qui modifie par là-même l'asymétrie liée à son rôle d'enfant face aux adultes- (PROÏA & ANOLLI, 2003).

Toujours avec l'intention de rechercher comment notre enfant opposé à l'idée de faire un bilan a pu devenir « *acteur de sa rééducation* », nous pouvons dire que cela suppose :

- que l'enfant ressentait au préalable une réelle gêne occasionnée par son trouble,
- qu'il ait su et pu le dire, de même pour sa famille.
- que l'orthophoniste ait réussi à faire exprimer à chacune des parties une demande à partir de cette gêne,
- que l'orthophoniste ait su faire alliance avec l'enfant et en même temps, avec sa famille,

Il ne reste plus alors aux trois parties qu'à élaborer un projet commun. Nous pouvons le nommer, comme le fait une orthophoniste : « *interaction positive autour du patient* », ou encore « *vraie motivation* » qui naît au sein de « l'aire de parole » à partir du « point de rencontre entre les demandes de chacun », selon Geneviève DUBOIS et Jean-Pierre KUNTZ (1999).

L'adhésion à ce projet commun, et donc aux contraintes qui y sont attachées, pourra alors donner naissance au *Contrat*, tel que défini par le Dictionnaire d'Orthophonie (2002) :

« Accord verbal passé en début de rééducation entre l'orthophoniste et son patient concernant leurs obligations respectives pour mener à bien le projet de rééducation. »

#### **4.4 Une vision globale du patient, une vision humaine de l'orthophonie**

Pour arriver à cette étape ultime du bilan qu'est le *contrat*, nous pourrions dire en synthèse que, dans l'idéal, chacun -patient, membre de l'entourage, orthophoniste- doit trouver sa juste place dans la rééducation qui s'engage à

peine. Ceci implique que cette personne ait été au préalable reconnue comme *sujet*. Soulignons au passage, que cela est rendu possible, en ce qui concerne le patient, par la vision qu'en a l'orthophoniste : une « *personne entière* » dans toute sa « *complexité* », sa « *globalité* » -est-il nécessaire de revenir sur l'extrême importance qu'accordent les orthophonistes à la vision globale du patient ?-, et non pas le support d'un trouble, d'une pathologie qui viendrait comme « *une étiquette qu'on pose sur quelqu'un* ». Souvenons-nous de l'aboutissement que voyait Maud MANNONI (1965) au premier entretien : « Tout reste à jouer par la suite, mais les personnages ont pu être mis en place. » Plus que des personnages ayant un rôle à jouer, nous nous proposons d'entendre dans le propos de Maud MANNONI qu'il s'agit, comme l'ont souligné plusieurs orthophonistes, de « *personnes humaines* ». Entendons même cette notion « *d'êtres humains* » dans un sens philosophique : individus doués de raison, libres et responsables.

#### **4.5 Chaque anamnèse est unique**

Et c'est sans doute cette liberté propre à chacun des protagonistes qui fait de l'anamnèse un moment unique : ces individus qui vont *passer contrat* ne sont pas des acteurs interchangeables pour jouer « *une pièce* » écrite à l'avance. Chacun a son identité propre, sa dynamique propre, et rencontre l'autre à un moment et dans un lieu uniques. L'approche théorique et clinique de l'anamnèse par l'orthophoniste, voire son individualisation -« *j'ai une approche particulière pour chaque patient* »-, entre en résonance avec son caractère -nous avons déjà dit que celui-ci nous semblait influencer directement le type d'anamnèse pratiquée-, avec son expérience et avec son état mental et physique du moment. Cette « *alchimie* » propre à chaque praticien entre « *en réaction* » avec celle de chacun des interlocuteurs. Comment pourrait-il alors y avoir deux anamnèses semblables ?

## 4.6 Chaque anamnèse est un moment crucial

Pour nous en convaincre, laissons la parole aux orthophonistes :

- une première dit à propos de l'engagement du travail au cours de l'anamnèse : *« D'où ma furie quand je vois [...] à l'issue du bilan, [une orthophoniste qui] annonce au patient qu'elle ne pourra pas le suivre en raison de l'éloignement [et qui] recommande de chercher une orthophoniste plus près de chez lui. »*

- une autre explique pourquoi elle refait systématiquement le bilan pour un patient qui a été suivi par un autre orthophoniste : *« j'ai besoin [de l'anamnèse] pour moi d'abord (...) Si c'est moi qui vais poursuivre le chemin avec cette personne, j'ai besoin de faire l'anamnèse de cette personne, c'est essentiel ».*

Après ce que nous venons de voir, nous pouvons nous risquer à affirmer que si l'anamnèse est un moment crucial, c'est évidemment pour ses fonctions diagnostique et thérapeutique, mais aussi parce que d'elle dépend incontestablement la qualité de la relation à venir, et par ricochet, la qualité et l'efficacité de la rééducation.

## 4.7 D'autres enjeux ?

Avant de conclure, il nous semble nécessaire de rajouter une petite touche de modestie : il serait présomptueux de notre part d'oser prétendre avoir fait le tour de la question des enjeux qui sont à l'oeuvre au cours de l'anamnèse en orthophonie. Tout au long de notre travail, plusieurs pistes de travail qui nous semblaient intéressantes se sont présentées à nous. Malheureusement, le manque de temps, peut-être aussi, avouons-le, notre envie de voir dans cette première rencontre un événement avant tout humain, a fait que nous avons dû abandonner, les unes après les autres, ces différentes pistes. Nous pourrions citer en vrac parmi ces questions peut-être prometteuses, tout ce qui concerne les aspects « techniques » de l'anamnèse, comme cette question que nous avons posée en conclusion de notre toute première partie :

« comment utiliser les réponses à certaines questions qui nous sont pourtant présentées comme incontournables ? ». Nous aurions pu aussi développer la question de l'anamnèse en orthophonie dans une perspective historique : le décret de compétence qui institue l'orthophoniste comme apte à poser un diagnostic à travers un bilan, constitué entre autres d'une anamnèse, date de 2002.

Le nombre de portes que nous n'avons pu qu'entrouvrir souligne à nos yeux la remarquable fécondité de l'anamnèse en général et en orthophonie en particulier, et nous sommes volontiers enclins à croire qu'il en existe beaucoup d'autres que nous n'avons pas aperçues.

## CONCLUSION

Oui, nous avons entrouvert beaucoup de portes. Et ce que nous pensions n'être, il y a un an, qu'une « formalité », sans doute un peu longue et complexe, est devenu un travail véritablement prenant, exigeant. Nous avons en fait été « happés » par le sujet de notre mémoire, sans que nous en prenions bien conscience, et ce, au fur et à mesure des lectures, des entretiens, de notre collaboration, et enfin du travail d'élaboration et d'écriture. Même si le temps et l'énergie investis ont largement dépassé nos prévisions, nous n'estimons pas devoir le regretter. Nous commençons doucement à prendre conscience, alors que ce travail s'achève, de ce qu'il nous a apporté. Certes, nous aborderons sans doute l'exercice de l'anamnèse avec un peu moins d'appréhension que nos compagnons de promotion - encore que...-, mais bien au-delà de l'anamnèse, c'est la vision même de notre métier qui a été profondément remaniée. En effet, d'abord parce qu'à notre sens, un orthophoniste se doit de remettre en question son diagnostic tout au long de la prise en charge. Cela suppose donc qu'il lui faut être dans une recherche anamnétique permanente. De plus, notre travail nous a poussés à aller voir « autour » de l'orthophonie. Ce besoin circonstanciel, un peu contraignant au départ, s'est rapidement mué en curiosité, puis en désir fort de savoir et de comprendre. Il s'est transformé aujourd'hui en une nécessité d'ouverture que nous imaginons mal devoir s'éteindre avant longtemps.

Voilà pour le bilan personnel. Voyons ce qu'il en est de notre quête initiale : nous avons posé comme hypothèse que l'anamnèse en orthophonie contribue à poser le diagnostic et à établir le projet thérapeutique, mais que, derrière ces deux objectifs, d'autres enjeux liés à la qualité de la relation semblent se profiler. Nous pouvons maintenant proposer une lecture plus précise, et sans doute plus complète.

Repartons encore une fois de la définition que donne le Dictionnaire d'Orthophonie de l'anamnèse : « ensemble des renseignements recueillis sur le patient et son trouble, au moyen d'entretiens ou tout autre possibilité ». L'anamnèse, et c'est bien là son sens le plus couramment accepté en orthophonie, serait donc une série d'informations. Celle-ci, en compagnie des tests et d'un examen clinique éventuel, contribuerait au diagnostic et au projet thérapeutique. Ceux-ci établis, et seulement alors, peut commencer la prise en charge. Voilà en tout cas ce que nous « savons » à l'issue de notre formation. Or, aucun orthophoniste ne se contente d'un questionnaire écrit rempli par le patient et/ou son entourage, pour obtenir ces fameuses informations. Ce simple fait tendrait à prouver que la rencontre physique, et la relation qu'elle entraîne, est absolument nécessaire au recueil des informations attendues par l'orthophoniste. Nous avons vu justement que les informations recueillies et la relation orthophoniste/patient sont en interaction dans ce que nous avons décrit comme un cercle vertueux : les informations nourrissent la relation, celle-ci favorise le recueil d'informations.

À l'issue de notre travail, nous pouvons prolonger la réflexion en posant comme hypothèse qu'une interaction existe aussi entre la pose du diagnostic -et son pendant, le projet thérapeutique- et la nature de la relation. En effet, l'annonce du diagnostic et d'un projet rééducatif pour le patient est aussi un acte de communication. Il entraîne inévitablement une réaction des personnes concernées. Cette réaction est susceptible d'intervenir sur le diagnostic ou tout au moins, et nous en avons parlé à propos du « contrat », sur le projet thérapeutique. De même, le travail orthophonique est directement en lien avec la qualité de la relation, dans un échange mutuel. La complexité et la richesse de ces interactions contribuent certainement à faire de chaque anamnèse un moment singulier.

Nous proposons donc d'élargir, pour ce qui est de l'orthophonie, le sens du mot anamnèse : *ensemble des renseignements recueillis sur le patient et son trouble, au travers d'une relation humaine entre le patient, son entourage et l'orthophoniste, et ce, au moyen d'entretiens ou tout autre possibilité*. Nous estimons en effet que la définition de l'anamnèse ne saurait être réduite aux

informations elles-mêmes. La relation en est partie intégrante, elle en est même le support. Nous pouvons même prolonger cette idée en définissant la relation humaine existant au sein de l'anamnèse comme un *substrat*, dans son acception philosophique : « ce qui, présent derrière les phénomènes, leur sert de support ». Nous oserons peut-être à ce stade avancer que l'anamnèse, parce qu'elle permet d'établir le diagnostic, le projet thérapeutique, la confiance, et d'envisager le patient dans sa globalité, est la pierre angulaire de toute prise en charge orthophonique.

Cela posé, bien des interrogations demeurent, nous l'avons vu. Et s'il nous fallait aujourd'hui poursuivre ce travail, trois axes nous sembleraient intéressants :

Comment le patient et son entourage vivent-il l'anamnèse ? Cette question mériterait peut-être d'être creusée sous la forme d'une enquête méthodique.

Nous avons interrogé quinze orthophonistes. Et de ce nombre relativement restreint de témoignages, ressort une étonnante variété de pratiques, variété à partir de laquelle nous avons élaboré notre réflexion. Ceci donne envie d'aller plus loin : qu'en serait-il avec cent témoignages, ou plus ? Et par ailleurs, notre conclusion supporterait-elle la confrontation avec le résultat d'une étude quantifiée et normée de la pratique des orthophonistes ?

Enfin, il nous semblerait très intéressant de voir si des recherches sur l'anamnèse pratiquée dans d'autres disciplines que l'orthophonie, aboutissent aux mêmes conclusions que notre travail.

## BIBLIOGRAPHIE

ALSCHULER, ROSE H. & LA BERTA WEISS HATTWICK, L. (1947), *Painting and personality. A study of young children*, Chicago, Un. Chicago Press.

ARFOUILLOUX, J.C. (1978), *L'entretien avec l'enfant*, Paris, Privat.

BARROUX-CHABANOL, C. (2005), « Quand l'école passe la main aux experts », *L'école des parents*, n° octobre-novembre, Paris.

BAUDIER, C. & CELESTE, B. (1990), *Le développement affectif et social du jeune enfant*, Paris, Nathan Université.

BENASAYAG, M. & SCHMIDT, G. (2006), *Les passions tristes*, Paris, La Découverte.

BLANCHET, A. (1991), *Dire et faire dire*, Paris, Armand Colin.

BOUVARD, M. & COTTRAUX, J. (2002), *Protocoles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Paris, Collection pratique en Psychothérapie.

CATHELIN, N. (2003), *Psychopathologie de la scolarité de la maternelle à l'université*, Paris, Masson.

CELERIER, M.C., ORESVE, C. & JANIAUD, F. (1999), *La rencontre avec le malade*, Paris, Dunod.

CHEVRIER-MULLER, C. (2004), *Le langage de l'enfant-aspects normaux et pathologiques*-Paris, Masson.

CHILAND, C. (1987), *L'entretien clinique*, Paris, Presses Universitaires de France.

CYRULNIK, B. (1999), *Les vilains petits canards*, Paris, Editions Odile Jacob.

CYRULNIK, B (2002), *La naissance du sens*, Paris, Hachette.

DOLTO, F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.

DOLTO, F & NASIO, J.D (2002), *L'enfant du miroir*, Saint-Amand, Petite bibliothèque Payot.

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

FARGUES-ROGER, E. (2003), « Quoi dire, que taire », *Ortho Magazine*, n°46, pages 26, 27, Paris, Masson.

FONAGY, I. (1983), *La vive voix*, Saint-Amand, Payot.

- GABERL, M. & MANCIAUX, M. (2002), *Enfances en danger*, Paris, Editions Fleurus.
- GILLIERON, E. (1994), *Le premier entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod.
- GOFFMAN, E. (1968), *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Editions de Minuit.
- GOLDER, E.M. (2000), *Au seuil de l'inconscient. Le premier entretien*, Saint-Amand, Petite bibliothèque Payot.
- GOLSE, B. (1992), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Paris, Masson.
- GUERIN, M. (1995), *Le généraliste et son patient*, Paris, Flammarion
- LACAN, J. (1984), *Les complexes familiaux*, Paris, Bibliothèque des Analytica, Navarin.
- LACERT, P. (1990), *Les troubles sévères d'apprentissage du langage à l'âge préélémentaire*, pages 33-38, actes du 63<sup>e</sup> congrès AGIEM.
- LELOUP, J.Y. (1994), *Manque et plénitude*, Paris, Albin Michel.
- MALRIEU, P. (2003), *La construction du sens dans les dires autobiographiques*, Paris, Edition Erès.
- MANNONI, M. (1965), *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*, Paris, Editions Denoel/Gonthier.
- MANNONI, M. (1965), *L'enfant arriéré et sa mère*, Paris, Seuil.
- MIRABEL-SARRON, C. & VERA, L. (1995), *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Dunod.
- PARRET, C. & IGUENANE, J. (2001), *Accompagner l'enfant maltraité et sa famille*, Paris, Dunod.
- PROIA, N., AGNOLLI, L & SALAZAR ORVIG, A.(2003), *Analyse des processus langagiers dans les entretiens cliniques*, Paris, L'Harmattan.
- RACAMIER, P.C. (1995), *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Les Editions du Collège
- SAREMBAUD, A. (1999), *Homéopathie – Que sais-je ?*, Paris, Presses Universitaires de France.
- SIMON, V. (2002), *Les troubles fonctionnels et leur traitement*, Paris, Maloine.
- SCHAUDER, C. (2005), *Françoise Dolto et le transfert dans le travail avec les enfants*, Paris, Editions Erès.

STERN, D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, Presses Universitaires de France.

SWARTZ, M.H. (1991), *Manuel de diagnostic clinique : anamnèse et examen*, Québec, Edisem.

VIGOUROUX, F. (2002), *Le secret de famille*, Paris, Hachette.

WIDLOCHER, D. (1998), *L'interprétation des dessins d'enfants*, Paris, Mardaga.

WINNICOTT, D.W. (1941), « L'observation des jeunes enfants dans une situation établie », *in de la pédiatrie*, pages 37-56.

-----, (1989), « Françoise Dolto vue et lue par ses collègues et amis », *Le Coq-Héron*, n° 111-112, Erès.

## OUVRAGES DE REFERENCE

- ALGRANATI, P. S. (1998), *Examen clinique de l'enfant*, Paris, Pradel.
- AUTEL-TISON, C. & GOSSELIN, J. (2004), *Démarche clinique en neurologie du développement*, Paris, Masson.
- BEGUIN, M. (2002), *Orthophonie et Psychothérapie*, Mémoire d'orthophonie, Nantes.
- BONNET, C. (2001), *Entre récit et douleur*, Thèse de doctorat en psychologie, Aix-Marseille.
- BRUNER, J. (1983), *Le développement de l'enfant, savoir-faire, savoir dire*, Paris, Presses Universitaires de France.
- BUCHER, H. (2004), *Développement et examen psychomoteur de l'enfant*, Paris, Masson.
- CESAR, F. (1978), *La Mémoire*, Paris, Presses Universitaires de France.
- CLERGEAU, S. (2000), « *Traces* », Mémoire de D.E.S.S. en psychologie clinique et pathologique, Bordeaux.
- COQUET, F. (2004), *Les troubles de la parole et du langage oral de l'enfant et de l'adolescent : méthodes et techniques de rééducation*, Paris, Ortho Editions.
- CYRULNIK, B. (2006), « Très loin du passé simple » Préface de « La mémoire, comment notre cerveau apprend, se souvient et oublie », *Les Dossiers de la Recherche*, n°22.
- DEBIENNE, M.C. (1968), *Le dessin chez l'enfant*, Paris, Presses Universitaires de France.
- DELAHAYE, A. (2004), *Le travail avec les enfants en psychiatrie infanto-juvénile*, Paris, L'Harmattan.
- DE LEONARDIS, M. (2003), *L'enfant dans le lien social*, Paris, Editions Erès.
- DEPAULIS, A. (1992), *Clinique de la demande en consultation infantile*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.
- DOLTO, F. (1982), *Séminaire de psychanalyse d'enfants*, Paris, Seuil.
- ESTIENNE, F. (1998), *Voix parlée, voix chantée*, Paris, Masson.
- GINET, M. (2003), *Les clés de l'entretien avec le témoin ou la victime*, Paris, La Documentation Française.
- GORWOOD, P. (2004), *Mesurer les événements de vie en psychiatrie*, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie, Dakar.

- JOUTARD, P. (1988), *Les erreurs de la mémoire, nouvelle source de vérité ?*, Colloque « Croire la mémoire ? », pages 61-67, Aoste.
- LANDOLO, C. (1991), *Parler avec le malade*, Paris, Editions du médecin généraliste.
- LANTERI-LAURA, G. (1988), *L'anamnèse*, Colloque de l'Evolution psychiatrique et de Convergence psychiatrique, Toulouse, Privat.
- LAVAL, V. (2002), *La psychologie du développement Modèles et méthodes*, Paris, Armand Colin.
- MIERMONT, J. (1997), *Psychose et thérapie familiale*, Paris, E.S.F.
- NADEL, J. (2002), « L'enfant autiste, un enfant en développement est aussi un enfant », *Enfance*, pages 4-5.
- NORRIS, A. (1986), *Reminiscence with elderly people*, Winslow.
- OPPENHEIM, D. (2000), *Dialogues avec les enfants sur la vie et la mort*, Paris, Seuil.
- PIAGET, J. (1994), *La formation du symbole chez l'enfant*, Paris, Delachaux et Niestlé.
- PICOULET, F. (2000), *Par-delà la demande*, Mémoire de D.E.S.S. en psychologie de l'enfance et de l'adolescence, Bordeaux.
- PIGOTT, C. (1996), *Vocabulaire de Psychanalyse Groupale et Familiale*, Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale.
- POUSSIN, G. (2005), *La pratique de l'entretien clinique*, Paris, Dunod.
- PROIA, N. (2004), *L'entretien en psychologie clinique*, Paris, Collection Psycho pocket.
- RINGARD, J.C. (2000), *A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique*, Ministère de l'Education Nationale.
- RIOUX, J.P. (1988), *Individu, mémoire, histoire*, Colloque « Croire la mémoire ? », pages 69-76, Aoste.
- RONDAL, J.A. (1983), *L'interaction adulte-enfant et la construction du langage*, Paris, Pierre Mardaga Editeur.
- ROUSSEAU, T. (2001), *Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et prise en charge*, Paris, Ortho Editions.
- SIMON, A.M. (2003), « L'enfant d'âge scolaire qui bégaie », *L'orthophoniste*, n° 230, pages 19-26.
- TOMBLIN (2002), *Cours sur le diagnostic et l'évaluation des enfants présentant un SLI*, Colloque Carrefour en Dysphasie, Trois-Rivières.
- ZAZZO, R. (1990), « Le geste graphique et la structuration de l'espace », *Enfance*.

# **ANNEXES**

## **ENTRETIEN 1**

Orthophoniste exerçant en libéral, vingt-cinq ans d'expérience.

### **Par rapport au déroulement de l'anamnèse, quand a-t-elle lieu ?**

Lors du bilan. Pour moi elle est préalable au bilan.

### **Combien de temps dure-t-elle ?**

Ça varie, j'essaie de la faire durer pas plus longtemps qu'une demi-heure mais dans certains cas les enfants qui ont déjà pas mal de choses : des problèmes familiaux, des problèmes de santé, pas forcément graves, mais si ce sont des otites il faut noter les interventions, tout ce qui a découlé à ce moment-là. Donc moi je dirais, d'une façon générale, trente, quarante minutes, ça peut être un peu plus long. Et puis si on tombe sur une maman bavarde qui se perd dans des tas de détails, quelquefois c'est dur de les ramener à l'essentiel.

### **Comment vous conduisez l'anamnèse ? C'est un entretien libre, un questionnaire plutôt dirigé ou un entretien semi-dirigé ?**

Je commence toujours d'emblée par demander aux personnes leur motivation. Ma première question c'est : est-ce que votre démarche est une initiative personnelle, ou est-ce qu'elle est conseillée par un enseignant, un médecin ? Je vois déjà d'où vient la demande. Et ensuite j'investigue aussi pour quelles raisons l'enseignant, le médecin ou vous-même faites cette démarche, qu'est-ce que vous avez noté comme difficultés, etc... Donc je commence comme ceci et ensuite je pars dans mon petit questionnaire dirigé qui a toujours le même plan, j'ai dans ma tête des points précis que je vais aborder les uns après les autres.

### **Quand il s'agit d'un enfant, vous vous adressez à qui ?**

Aux parents, enfin ça dépend de l'âge. Jusqu'à quinze ans, ce sera de toutes façons en présence d'un des parents parce qu'il y a des questions que je pose auxquelles l'adolescent n'est pas capable de répondre. Si je lui demande s'il a fait des otites ou des choses comme ça, il ne se rappelle pas forcément.

### **Et pour un enfant ?**

Pour un enfant, c'est toujours en sa présence. Je demande à ce que l'enfant soit là parce que, même si je ne m'adresse pas à lui directement, je l'informe d'emblée que pendant ce premier rendez-vous qu'on a je vais parler essentiellement avec sa maman, son papa, voire les deux, que lui il va être là parce que c'est important qu'il entende ce qu'on dit de lui, et que pendant ce temps-là il peut dessiner, ce qui me permet de jeter aussi un coup d'œil, de regarder comment il se comporte, s'il est capable de se fixer sur quelque chose – sur un dessin ou sur un jeu – Quelquefois ils ne veulent rien faire, donc est-ce qu'il va écouter, de quelle façon il va se comporter : est-ce qu'il va être plutôt calme, bougeant, impatient ? Tout ça ce sont des choses intéressantes. Quand il fait un dessin : est-ce qu'il tire la langue, est-ce qu'il suce son pouce ? S'il ajoute des choses, s'il intervient, s'il répond à la place de la maman, ça permet d'écouter aussi s'il y a un petit problème d'articulation. Donc déjà il y a une première approche qui se fait sans même que je ne m'adresse directement à l'enfant.



**Est-ce que vous utilisez le dossier médical ou des données venant d'autres professionnels ?**

Bien évidemment, mais pas d'emblée sauf s'il s'agit par exemple d'un contrôle d'audition que la maman a apporté, ou de choses comme ça. Si c'est l'avis d'un autre intervenant, genre psychologue ou orthophoniste, quelqu'un comme ça, je préférerais me faire ma propre idée. Je le garde dans le dossier mais je ne le regarde pas tout de suite pour ne pas être contaminée par l'idée de l'autre.

**Dans les items, quels sont les points que vous abordez ?**

Moi j'ai fait mon plan, avec le développement psychomoteur, avec les choses qui se rapportent plutôt à la toute petite enfance, et ensuite ça va être la santé, la scolarité, la famille et je termine par comment le parent décrit son enfant, et en tout dernier lieu je demande à l'enfant quels sont ses centres d'intérêt, avec quoi il aime jouer, comment il se comporte, les copains, là ça va être plus avec l'enfant.

**Est-ce que vous évoquez par exemple l'accouchement ?**

Je l'ai fait d'emblée pendant plusieurs années jusqu'à il n'y a pas très longtemps, et certaines personnes m'ont fait la réflexion « dites donc, l'orthophoniste que j'ai vu avant, elle ne me demandait pas autant de choses, comment ça se fait », l'air de dire « en quoi ça vous regarde » puisque à priori d'autres personnes ne le font pas. Alors moi j'essaye d'expliquer aussi que mes questions elles ont toutes une raison d'être. Alors j'essaye de passer rapidement, je vais partir par exemple du développement psychomoteur, « à quel âge a-t-il commencé à parler ? etc... Au fait, est-ce qu'il est né prématurément ? ». Mais je vais quand même m'intéresser : est-ce que c'est un préma, est-ce qu'il est né à terme, pas à terme, post-terme ? Est-ce qu'il a été en couveuse ? Est-ce qu'il a eu les forceps ? Est-ce que la grossesse s'est bien passée ? Est-ce que la période néo-natale s'est bien passée ? Si on me dit « oui, pas de problème », je passe très rapidement là-dessus. Je m'intéresse aussi à l'allaitement.

**Au sujet des antécédents médicaux, vous évoquez la sphère O.R.L. et ophtalmologique ?**

Bien sûr.

**Et au niveau neurologique ?**

Avec un enfant ?

**Oui**

Là aussi, quelquefois, est-ce que les parents vont aborder les choses... Quelquefois j'ai demandé s'il y avait des problèmes, on m'a répondu non et puis quelques mois après j'apprends que l'enfant avait fait des convulsions ou avait fait une crise d'épilepsie il y a très longtemps et on ne me l'a pas dit. Il y a des non-dits parfois, ça arrive parce que les gens pensent que le problème est réglé, c'est passé, l'enfant va mieux et puis on ferme tout ça. Ou parce que pour certains c'est presque une maladie honteuse, je pense à une personne en particulier que je connais depuis longtemps, je trouvais l'enfant bizarre depuis quelque temps et en fait il avait des absences, il a fait une crise d'épilepsie et c'est là que j'ai su qu'en fait il y avait des épileptiques dans la famille.

**Cela n'avait pas été indiqué dans les antécédents familiaux lors de**

### **l'anamnèse ?**

Non, d'autant que d'après ce que j'ai compris c'est la grand-mère qui était épileptique mais elle prenait ça presque comme une maladie honteuse.

### **Demandez-vous les antécédents thérapeutiques ?**

Oui

### **Pour les antécédents familiaux, vous demandez ceux de la famille au sens large ou simplement restreint aux parents ?**

En général je ne précise pas, je demande dans la famille.

### **Au sujet des antécédents scolaires ?**

Je m'intéresse tout le temps à l'âge de scolarisation de l'enfant, et avant d'aller à l'école, est-ce qu'il était avec sa mère, en crèche, est-ce qu'il y avait un début de socialisation. Je pense particulièrement à une petite fille avec de grosses difficultés de communication, de lexique. Elle était issue d'une famille recomposée, et pour reprendre l'expression des parents « on s'est fait plaisir, on l'a gardé avec nous », l'enfant a été scolarisée en cours de moyenne section. Elle avait beaucoup de mal à s'insérer au groupe classe, elle a eu du mal à comprendre qu'elle n'était pas la petite reine. Cela a expliqué beaucoup de choses et notamment au niveau du manque de développement de son langage. D'autre part c'est important de savoir si l'enfant a accepté facilement d'aller à l'école, ça montre aussi s'il y a un lien fusionnel avec la maman, s'il y a une prise d'autonomie qui se fait facilement.

### **Est-ce que vous évoquez les repas ?**

Oui, je pose des questions sur l'allaitement, est-ce que c'est de l'allaitement maternel ou par le biberon, au cas où c'est au biberon, est-ce que l'enfant l'utilise jusqu'à l'âge de quatre ans, voire six ans –moi j'ai vu des petites filles jusqu'en C.E.1. avec le biberon avant d'aller à l'école, aller après faire une rééducation du ch, comment ça se fait que ça ne se met pas en place si le gamin il est en train de sucer son truc à la demande, et puis en même temps ce besoin de rester le bébé, avec l'articulation de parole qui va avec. Donc je m'intéresse toujours à ça, jusqu'à quel âge il a gardé ce biberon, est-ce qu'il l'a quitté facilement. Après je saute à la succion, si on me dit que le biberon à deux, trois ans c'est une affaire terminée, je demande s'il suce quelque chose, une tétine ou s'il suce encore son pouce, à quels moments. De là je passe à l'alimentation, est-ce que le passage à l'alimentation solide s'est passé facilement ? Est-ce que c'est un enfant qui a eu facilité à passer du « je suis le petit bébé, le petit enfant » au stade supérieur, au savoir mastiquer, exécuter des praxies parce qu'on retrouve ça aussi chez des enfants qui ont des difficultés d'articulation, ou de parole.

### **A propos du sommeil ?**

Surtout : est-ce qu'il y a des cauchemars ? Petit dormeur, gros dormeur, voilà.

### **Par rapport à l'histoire du trouble, est-ce que vous l'évoquez ? Avec qui, le parent, l'enfant, ou avec les deux ? Sur l'apparition du trouble, la gêne que ça occasionne, les symptômes rencontrés ?**

Le fait que vous me posiez cette question là, la gêne que ça apporte, pour moi, c'est tellement une évidence que je n'ai même pas pensé à aborder ça. Tiens, vous me

faites avancer aussi là. Oui, comment est-ce que c'est vécu. En langage écrit, je ne pense pas à aborder la question. En langage oral, si, parce que ça me paraît plus évident en fait.

**Et pour les adultes ?**

Oui en dysphonie par exemple, en aphasie aussi.

### **Donc ça dépend des pathologies ?**

Oui, mais là vous touchez quelque chose effectivement... parce que un retard de parole, un retard de langage, c'est plus voyant au quotidien, que l'écrit. L'écrit c'est muet en fait quelque part, c'est pas écrit sur la personne ; la personne, elle communique.

### **Par rapport au comportement, est-ce que vous interrogez l'entourage sur le comportement de l'enfant, comment il est à l'école, avec ses camarades ?**

Oui, et puis le caractère : est-ce que c'est plutôt un enfant sensible, pas sensible ? Est-ce qu'il est du style à tenir compte de ce qu'on lui dit ? Est-ce qu'il tient compte des réprimandes comme des compliments ? Est-ce qu'il sait aussi se satisfaire quand on lui fait un compliment ou il estime qu'il n'est jamais assez bon ? Parce qu'on voit des enfants qui pensent qu'ils ne sont jamais à la hauteur, par contre le moindre reproche qu'on leur fait, pour eux, c'est normal. Je vois ça... Est-ce que c'est un enfant qui respecte les limites données, à la maison, à l'école ? Est-ce qu'il se lie facilement avec les autres ? Est-ce qu'il est attentionné aux autres ? Est-ce qu'il est persévérant- pas forcément à l'école, c'est dans un jeu, c'est par exemple un enfant qui va essayer de monter son Lego, faire son puzzle, s'il ne réussit pas : est-ce qu'il est du style à tout balancer ou tout simplement abandonner parce que c'est compliqué, ou est-ce qu'il va quand même chercher, demander de l'aide ? Est-ce qu'il demande de l'aide rapidement ou pas ? Toutes ces choses là...

### **Et quand il s'agit d'un adulte, est-ce que vous lui parlez de sa vie professionnelle, par exemple ?**

Notamment quand je fais une anamnèse pour un bilan de voix, je demande comment s'est installé le trouble, s'il s'est installé petit à petit ou brutalement, dans quel contexte, est-ce que vous avez remarqué que votre voix était plus altérée quand vous aviez des soucis, des contrariétés, qu'elles soient professionnelles, familiales, etc... donc oui, effectivement.

### **Sur le développement psycho-affectif, les aspects fusionnels/Oedipiens vous m'en avez parlé avec la socialisation, le rapport mère-enfant...**

J'observe aussi la maman qui dit : « tu viens, bébé », ou celle qui rhabille le gamin qui est posté là, en attendant les bras ballants, et la maman boutonne son manteau ou remonte la fermeture-éclair. Alors je n'ose pas dire la première fois « bon, il ne sait pas faire ? »...ou la maman qui va porter le cartable ou des choses comme ça.

### **Mais ça c'est plus de visu que par le questionnement ?**

Je pose quelquefois la question. De toutes façons je vais demander si l'enfant a pris son autonomie : est-ce qu'il a souhaité se débrouiller tout seul pour s'habiller, faire ses lacets, prendre tout seul son petit-déjeuner ? Et là quelquefois j'ai des mamans qui me disent : « oui, oui il sait faire mais ça me fait plaisir de lui faire » ou « c'est pour aller plus vite ». Quand on dit pour aller plus vite, alors je dis : « pour aller plus vite ou aussi parce que ça vous fait plaisir ? ». Alors j'ai un petit sourire : « oui, aussi, mais vous comprenez, c'est mon petit dernier », ou quelque chose comme ça, mais elles l'admettent très vite.

### **L'ordre des items est selon votre plan pré-établi, m'avez-vous dit ?**

Je vais déjà laisser les gens en arrivant s'exprimer. Donc je prends les notes qui m'intéressent au départ et puis je leur dis que je vais approfondir ça tout à l'heure

avec des questions systématiques que je pose à tout le monde.

### **Dans un premier temps il y a un temps libre où la personne parle ?**

Elle en a besoin, elle est là pour ça.

### **Pour exprimer sa plainte ?**

Absolument, c'est important. C'est là aussi qu'on voit si c'est la personne qui est consciente du problème de l'enfant, soit qu'elle a fait cette démarche de sa propre initiative, soit qu'elle l'a faite sur les conseils du médecin ou de l'école, mais qu'il y a une prise de conscience. Ou on lui a dit « il faut y aller », je viens mais je ne sais pas trop ce que je viens faire ici avec mon gamin. Si on dit à la personne « pourquoi vous venez » et qu'assez vite elle sèche et dit « c'est l'école qui me l'a demandé », alors j'attends « et vous, vous n'aviez pas remarqué... »... « ben non ». Si c'est pas étoffé au niveau de la plainte, c'est qu'il y a quelque chose qui n'a pas été observé par les parents ou un manque d'intérêt, ou « je vois bien mais ça va venir, les autres ils ont progressé tout seuls, il n'y a pas de raisons que celui-là ne progresse pas », des choses comme ça...

### **Avez-vous une grille de questions en fonction des pathologies ?**

Oui

### **Et suivant l'âge ?**

Oui, bien sûr.

### **Par rapport aux appuis théoriques de vos anamnèses, utilisez-vous votre formation initiale, votre formation continue ? Vous référez-vous à un courant en particulier ?**

Il y a ma formation initiale, ma formation continue et ma propre expérience, celle qui s'est forgée au fil des années.

### **Est-ce que la pratique de l'anamnèse est plus aisée avec l'expérience ?**

Bien sûr, on la peaufine, et puis il y a des questions qu'on éprouve pas le besoin de poser. Si à certaines questions on vous répond très nettement et que manifestement vous voyez que c'est clair, c'est net, c'est pas la peine d'aller continuer à poser des questions dans ce sens-là. Par contre ce que je demande toujours à l'enfant qui vient, selon l'âge qu'il a, « sais-tu pourquoi tu viens ? », « sais-tu pourquoi ton papa, ta maman t'emmène ici ? », « sais-tu pourquoi l'école a demandé que tu viennes ici ? » et « sais-tu en quoi ça consiste ? Qu'est-ce que tu vas faire, qui je suis, qu'est-ce que je représente ? », je pose ces questions là, c'est important qu'il se situe. On me présente un enfant, il faut aussi qu'il sache qui je suis, à quoi je sers, et puis pourquoi il est là.

### **Et ça c'est en début ou ... ?**

Ça dépend.

### **A quoi sert l'anamnèse ?**

Suivant l'enfant que j'ai en face de moi, pendant le bilan, je ne vais pas forcément présenter mes épreuves dans le même ordre, je vais quelquefois faire attention de ne pas mettre directement le doigt sur son problème, je vais passer par des choses qui

vont être plus faciles. Je trouve que ça apporte quelque chose. Cela me permet aussi de savoir s'il est émotif, s'il ne l'est pas.

**L'anamnèse peut-elle inspirer la méfiance en donnant l'impression d'une trop grande intrusion ? Est-ce que les gens répondent volontiers ou non ?**

Quelquefois on m'a dit : l'expression d'une enseignante « je ne m'attendais à pas me déculotter comme ça », elle m'a dit. Et du coup, je m'étais dit : « est-ce que tu en fais trop, est-ce qu'elle va prendre ça pour de la curiosité malsaine ? ». Alors quelquefois quand j'ai peur que ce soit pris pour de la curiosité malsaine, j'explique le pourquoi de ma question, ça arrive. Parce que c'est vrai qu'actuellement, les gens maintenant – mais ça, ça a beaucoup changé depuis l'époque où j'ai débuté – il ne faut pas rentrer dans leur intimité. Maintenant on est très extérieur, on donne une image...attention, pour beaucoup...il ne faut pas rentrer, le vernis, il ne faut pas l'écorcher. Ou alors si, chez ceux qui sont en grande souffrance, c'est plus facile parce que ils ont besoin d'évacuer. Mais chez d'autres, si c'est l'enfant qui a des difficultés, il ne faut pas mettre en cause toute la famille. Encore nous, on a de la chance : on commence par « or », on ne commence pas par « psy »...

**Par rapport à ce que vous observez lors de l'anamnèse, des attitudes du patient et de son entourage, est-ce important ?**

Bien sûr. On peut observer par exemple le lien fusionnel, le gamin qui va prendre le pas sur les parents, le gamin qui a toujours son mot à dire, le gamin qui décide tout, ou le parent très autoritaire et le gamin qui ne va pas s'exprimer, si je lui pose les questions en direct, ou qui va regarder maman ou papa de peur de dire une bêtise, ça apporte des éléments.

**Est-ce que toutes les réponses vont être utilisées ? Lesquelles en particulier ?**

Non, pas toutes. Celles qui vont être utilisées, par exemple, si on dit : « il a fait des otites à tel âge », je demande si l'audition a été contrôlée par un O.R.L. et qu'on me dit « non », plus tard si je vois que l'enfant a un gros retard de parole, ou qu'il a des confusions auditives à l'école, si en séance des choses m'alertent, je demanderai un bilan d'audition.

Le coup de la tétine ou du biberon, j'y reviens quelque temps après : « il a toujours, il a plus ? », surtout si je suis en train de rééduquer le ch, le j, le t avec la langue qui ne sort pas, enfin des choses comme ça. Sinon c'est plus pour me faire une idée de la personnalité de l'enfant, le langage et la personnalité sont quand même intimement liés.

**Est-ce que l'anamnèse contribue au choix des tests ?**

Non parce que je teste toujours les mêmes choses, je vais tester la compréhension, l'expression, la parole. Si je vois un enfant qui vient parce qu'il a du mal à s'exprimer, que j'ai l'impression que c'est pas clair dans sa tête non plus, je vais commencer peut-être par un test de compréhension, d'abord parce que c'est plus ludique, avec le Khomsi par exemple, avec les images, où il a pas besoin de s'investir directement dans l'expression. L'anamnèse influe sur l'ordre de passation. Sur le choix aussi, dans d'autres cas je dirai « ce test-là, c'est une évidence, je le passe pas », ou je le fais passer plus tard si j'ai un doute.

**Sur le diagnostic, est-ce que l'anamnèse, dans son ensemble, a une importance ?**

Quand je fais mon compte-rendu de bilan, je vais toujours présenter l'enfant tel que je l'ai perçu au cours de l'anamnèse. On m'a indiqué tel trouble, qu'il avait déjà eu ça, qu'il avait été soigné mais que ça se manifeste à nouveau, je vais mettre quelques mots sur ce que j'ai observé, le lien fusionnel, les difficultés à prendre de l'autonomie, un comportement complètement dispersé, pas simplement au cours des tests mais aussi pendant l'entretien, la relation. Les problèmes d'audition, si l'enfant a des problèmes

d'audition mais que l'audition n'a jamais été contrôlée, j'estime que c'est important de le noter dans le compte-rendu de bilan pour le médecin de famille. Parce que quelquefois ils ont changé de médecin de famille, ils ont déménagé, le médecin ne sait pas ce qui s'est passé. Et puis aussi comment j'ai perçu l'enfant d'emblée, est-ce que la relation s'est établie facilement, est-ce qu'il s'est apprivoisé petit à petit, est-ce qu'au contraire il était très à l'aise ou faisait semblant d'être très à l'aise pour cacher une espèce de malaise plus ou moins avoué.

**Est-ce que l'anamnèse a une influence sur l'élaboration du projet thérapeutique ?**

Mon plan de rééducation sera fait par rapport aux réponses aux tests, à ce que j'aurai observé. Mais peut-être plus dans la façon dont j'aborderai les choses, je commencerai par telle chose plutôt que par telle autre...mais ça je pense que c'est implicite.

**Est-ce que l'anamnèse sert à demander des examens complémentaires ?**

Bien sûr.

**A engager la relation, le transfert, la confiance ?**

Je pense

**Justement par cette question que vous posez à l'enfant : « est-ce que tu sais qui je suis, pourquoi tu es là ? », il y a cet aspect là déjà...**

Absolument, si par exemple c'est un enfant qui a des problèmes scolaires, en précisant bien : « tu vas venir ici, on va faire quelquefois des choses qui se rapprochent de l'école, mais ici il n'y a pas de notes, je vais te faire passer des tests mais moi ce qui m'intéresse c'est tout ce que tu ne réussis pas à faire, c'est pas gênant que tu te trompes ». Complètement dédramatiser le fait qu'on se trompe. On a le droit de se tromper, si moi-même je fais une erreur, j'en profite pour lui dire : « tu vois, même adulte on se trompe, tout le monde se trompe, ce qu'il faut quand on se trompe c'est se rappeler qu'on s'est trompé pour ne plus recommencer », dédramatiser au maximum. Si je vois un gamin qui n'est pas très à l'aise et qu'il fait un joli dessin, je vais le valoriser par rapport à ça.

**Est-ce que pour vous l'anamnèse est une bonne entrée en matière ?**

J'ai répondu tout au long, je crois.

**Oui.**

Si je vous disais non, vous seriez étonnée, non ?

**Oui, effectivement. Qu'est-ce qui apparaît dans le compte-rendu de bilan ?**

### **Vous m'avez déjà répondu en partie tout à l'heure...**

J'ai par exemple fait passer un bilan récemment où la mère me parlait de sa fille, puis à un moment donné elle à arrêter de me parler uniquement de sa petite fille, elle m'a dit : « sa sœur et elle, elles ont fait ceci ». Elle a pris les deux petites dernières qui ont onze mois de différence comme une globalité. Et après, pour les questions suivantes, elle est restée sur « elles, elles, elles ». Je l'ai noté parce que c'est important de savoir que dans cette fratrie-là, les sœurs sont prises comme des jumelles, et je l'ai ramenée au fait qu'on était en train de s'occuper de cette petite fille, et non pas des deux. C'est intéressant aussi pour la petite fille qui vient parce qu'elle sait que je suis en train de m'occuper d'elle et uniquement d'elle. Si déjà elle a un problème de rivalité ou des difficultés au niveau affectif à partager avec la petite sœur, elle se personnalise tout d'un coup en tant que « je suis moi, et c'est pour moi qu'on vient uniquement, maman m'accorde du temps ». Je note tout ce que je peux glaner.

## **ENTRETIEN 2**

Orthophoniste exerçant en libéral, 11 ans d'expérience.

### **Quand l'anamnèse a-t-elle lieu ?**

Au début du bilan, mais il arrive aussi que d'autres questions viennent en cours du bilan. Des questions que je n'aurai pas forcément posées à l'anamnèse parce qu'elles ne me paraissaient pas importantes et que je poserai par la suite puisque il y aura peut-être un élément qui me fera penser à. Donc c'est surtout au début du bilan évidemment, mais il y a des questions qui peuvent apparaître après.

### **Après les tests ?**

Ou pendant.

### **A l'enfant donc ?**

Tout dépend de qui on parle, pour certaines pathologies aussi. Par exemple un bilan de bégaiement c'est essentiellement un entretien, donc une anamnèse, si on veut. Il y a des tests évidemment mais peu, par rapport à d'autres pathologies. On ne peut pas non plus tout englober.

### **En général combien de temps dure l'anamnèse ?**

A vrai dire je n'ai jamais chronométré mais si on compte un bilan de langage oral ou écrit chez un enfant moi je garde les gens environ une heure et demie, et donc je peux dire que ça prend quand même quinze, vingt minutes, l'anamnèse. Le temps de discussion avec les parents, l'enfant même, oui, un bon quart d'heure, je dirais.

### **Dans le cadre du bégaiement, vous allez faire une heure d'entretien ?**

Le bilan du bégaiement, tout dépend si c'est un adulte ou un enfant, mais c'est vrai que ça va être un entretien bien plus long, oui.

### **Comment conduisez-vous l'anamnèse : sous la forme d'un entretien dirigé, libre ou semi-dirigé ?**

Tout dépend comment est la famille en face. Quelquefois il y a des familles qui arrivent et qui présentent les choses très clairement, là c'est pré-établi et on n'a pas besoin de reposer les questions, on a pratiquement tout. Et puis il y a d'autres familles qu'il faut par contre diriger, donc c'est variable d'une famille à une autre. En fait tout dépend comment ils présentent la chose. Quand ils arrivent et qu'ils s'assoient, à partir du moment où ils commencent à parler de l'enfant, si je vois que c'est un peu brouillon, là je rétablis les choses, moi dans ma tête je sais ce que je vais demander donc je repars du début et je dis « on va commencer par parler de... », je redirige en fait les gens. Mais il y a des gens qui peuvent avoir tout exprimé très bien en peu de temps.

### **Quand il s'agit d'un enfant, à qui vous adressez-vous lors de l'anamnèse ?**

Aux deux. Souvent il est accompagné d'un seul parent, c'est rare quand il y a les deux. Quand c'est un enfant je m'adresse d'abord à lui, je lui demande s'il sait

pourquoi il vient me voir, et puis en fonction de ce qu'il me répond, après je bascule sur les parents. Si c'est des questions du type : « quel âge as-tu ? Où habites-tu ? », ça c'est facile, il peut répondre. Après, les autres questions concernant les antécédents médicaux, tout ça, c'est plus du côté des parents. Mais c'est vrai qu'en priorité je vais m'adresser à l'enfant.

**Est-ce que vous utilisez le dossier médical ou des données venant d'autres professionnels ?**

Quand les parents en amènent, oui bien sûr, je les regarde. Quand il s'agit d'un enfant en général il n'y a pas grand-chose d'associé. Certains parents viennent avec le carnet de santé, c'est en général pour signaler qu'il y a eu quelque chose, en fait.

**Vous avez un plan pour l'anamnèse ?**

Quand j'étais jeune, sortant de l'école, j'avais une petite feuille avec toutes mes petites questions. Au fil du temps on les a dans la tête, on sait ce qu'il faut poser. En fonction de la pathologie et en fonction de la personne qu'on a devant soi, on sait ce qu'on doit poser et ce qu'on ne doit pas poser, ce qui est important et ce qui ne l'est pas. Alors oui, j'ai un plan. Je vais commencer par demander des renseignements administratifs du côté de l'âge, la date de naissance, des choses comme ça. Si c'est un enfant, la classe, l'école, le nom de la maîtresse. Tout ça il peut le dire, l'enfant. Et puis on va partir sur le motif du bilan, et à partir de là en fonction de ce que les gens répondent, moi j'enchaîne, c'est pas figé. Je n'oublie jamais de demander les antécédents médicaux, si l'enfant a parlé tôt, tard, s'il est propre, s'il a des habitudes nocives type succion, pouce, s'il a des problèmes d'endormissement, s'il a des problèmes d'alimentation, voilà. Mais en fait ça, ça peut être vu très vite si l'enfant n'a pas du tout ces problèmes-là. Par contre, évidemment s'il y a des problèmes sur un point, on va le détailler. S'il a des problèmes d'endormissement, on va poser d'autres questions pour cibler pourquoi, depuis quand... En fonction des réponses des patients l'anamnèse est plus ou moins longue.

**Est-ce que vous parlez par exemple de la grossesse, de la naissance ?**

Oui, mais j'avoue... S'ils viennent avec le carnet de santé, souvent c'est pour me dire que la grossesse a été difficile ou qu'il y a eu un accouchement difficile. S'ils n'en parlent pas spontanément, c'est vrai que moi je parle de la petite enfance. De temps en temps il m'arrive de demander à la maman si la grossesse s'est bien passée mais j'avoue que ce n'est pas systématique, si je vois que l'enfant n'a pas de difficultés particulières avec toutes les questions que j'ai posées.

**Et par exemple avec un patient adulte, est-ce que vous allez revenir sur la petite enfance ?**

Non.

**Est-ce que vous demandez les antécédents thérapeutiques ?**

Oui. C'est important de le demander parce que bien souvent il y a des parents qui cachent ça, qui ne veulent pas dire qu'ils sont allés voir un psychologue, ou un autre orthophoniste. Bien souvent ils n'osent pas le dire dès le départ donc c'est intéressant de poser la question. Sinon on l'apprend plus tard.

**Sur les antécédents médicaux, demandez-vous si l'enfant a eu des problèmes**

## **O.R.L. ?**

Comme je pose des questions sur l'état de santé de l'enfant, moi je pars sur un truc général, je dis « est-ce que cet enfant a des problèmes de santé ? ». En fonction de ce qu'ils me répondent, s'ils me disent « oui, il a fait beaucoup d'otites », je leur demande s'ils ont consulté un O.R.L. , s'il y eu des paracentèses. Moi je pars de quelque chose de global au départ, je dis « est-ce qu'il y a eu des problèmes pour la marche ? Est-ce qu'il a eu des problèmes pour l'acquisition du langage ? Est-ce qu'il y a eu des problèmes de santé ? » et en fonction des réponses, on détaille.

## **Est-ce que vous abordez les antécédents familiaux ?**

De langage, oui. Quand c'est un problème de langage, je demande si les parents, les grands-parents, les frères et sœurs ont eu des problèmes de langage, ont été aussi suivis. C'est fortement à conseiller d'ailleurs quand on a un enfant dyslexique. C'est intéressant de demander si dans la famille il y a des membres atteints de dyslexie.

## **Par rapport aux antécédents scolaires ?**

Si par exemple l'enfant est en C.E.2. , la maîtresse conseille un bilan, on demande si dans les années précédentes il y a eu des difficultés, si on leur a déjà signalé des problèmes, si l'enfant a eu une scolarité normale, si elle a été difficile, évidemment on va chercher plus loin.

## **Est-ce que vous demandez à l'enfant quels loisirs il a ?**

Oui, toujours. C'est intéressant quelquefois parce que on s'aperçoit qu'il y a des enfants qui font quatre ou cinq activités dans la semaine. Donc ça peut donner des signes sur la fatigue, sur l'état de concentration, sur le fonctionnement éducatif des parents. Ça peut donner une idée sur les parents qui veulent tout pour leur enfant, tout lui faire faire, qu'il soit bon partout.

## **Demandez-vous aux parents quel est le comportement de l'enfant ?**

Oui. Et puis c'est quelque chose que je demande à l'enseignant quand je l'appelle aussi.

## **Vous appelez l'enseignant ?**

Oui. Pas systématiquement, quand c'est une rééducation assez simple, je ne l'appelle pas forcément. Quand je sens que je peux avoir des pistes avec l'enseignant, j'appelle. De toutes façons, pour n'importe quelle rééducation j'appelle au moins une fois l'enseignant. Si ce n'est pas au début c'est en cours de rééducation.

## **Au niveau du développement psycho-affectif, est-ce que vous l'abordez ?**

Ce ne sont pas des questions que je vais aborder sur des problèmes classiques, si l'enfant vient pour un retard de langage, de parole. Si je vois qu'il est un peu bébé, je vais demander par exemple quelle est sa place dans la fratrie, s'il est le dernier, si c'est une famille recomposée, plus des questions comme ça. Par contre c'est des questions qui vont être abordées dans le bégaiement qui est un bilan un peu plus « psy ».

**Sinon vous pouvez observer des choses dans les attitudes, voir ce qui se passe au niveau relationnel ?**

Oui.

**Vous utilisez pour l'anamnèse une grille en fonction de la pathologie et en fonction de l'âge ?**

Plutôt par pathologie. Je ne vais pas demander les mêmes choses si c'est un patient dysphonique et si c'est un petit qui vient pour un retard de langage. Ça va être plus ciblé sur le médical. A côté de ça pour le bégaiement ça va être plus ciblé sur du relationnel, le comportement, le côté psy. Forcément ça sera différent en fonction de la pathologie et de l'âge, mais l'âge va avec la pathologie.

**Vous vous référez pour l'anamnèse à votre formation initiale ?**

Oui.

**A la formation continue aussi ?**

Non. On n'aborde jamais ça en formation continue.

**Est-ce que vous vous référez à un courant particulier ?**

Non.

**Qu'observez-vous lors de l'anamnèse des attitudes du patient et de son entourage ?**

Les comportements qu'on va observer vont nous servir, je le note d'ailleurs. Un enfant qui n'arrête pas de bouger, qui s'en va de sa chaise, qui repart, qui revient, ou un enfant qui est collé à sa mère, oui on va le noter. Les attitudes du patient vont nous apporter des informations, c'est sûr.

**Est-ce que l'anamnèse contribue au choix de tests ?**

Oui. Notamment dans les motifs de consultation, si les parents décrivent des troubles bien particuliers, même si on sait qu'il faut investiguer un peu plus loin, on va quand même cibler.

**Est-ce que l'anamnèse contribue au diagnostic ?**

Oui, bien sûr. Pour moi une anamnèse, ça amène autant d'informations qu'un test.

**Est-ce que l'anamnèse contribue à l'élaboration du projet thérapeutique ?**

Oui, tout marche ensemble. Avec notre bilan y compris l'anamnèse, on pose un diagnostic, avec ce diagnostic on met en place quelque chose. Donc oui, évidemment.

**Est-ce que l'anamnèse contribue à conseiller une autre orientation thérapeutique ?**

Oui, vers un psychologue, un psychomotricien, un orthoptiste par exemple.

**A demander des examens complémentaires ?**

Oui, très souvent. Dans les cas où des enfants font beaucoup d'otites, on les oriente chez un O.R.L., par exemple.

Est-ce que l'anamnèse contribue à engager la relation, le transfert et la confiance ?

Oui. Ce n'est pas pour rien qu'on le fait au début, c'est quand même pour mettre les gens en confiance. Surtout les enfants, ils sont quand même angoissés quand ils viennent ici. J'aborde ça de façon ludique, souvent quand on fait l'anamnèse je propose à l'enfant de faire un dessin ou un puzzle, il parle en jouant, et moi je lui dis qu'avant de faire des choses ensemble on va discuter avec ses parents et avec lui, et que s'il veut il peut faire autre chose en même temps. Donc il n'est pas là à répondre à mes questions. De temps en temps on s'arrête, on regarde ce qu'il a fait, et puis on recommence. Je pense que ça contribue à le mettre en confiance. Si on prend un enfant et qu'on le met tout de suite devant des tests, à mon avis ça ne le met pas trop en confiance.

**L'anamnèse peut-elle inspirer la méfiance en donnant l'impression d'une trop grande intrusion ?**

Je n'ai jamais ressenti que les gens vivaient ça comme une intrusion. En général quand ils viennent là c'est quand même qu'ils ont des choses à dire.

**Qu'est-ce qui apparaît de l'anamnèse dans le compte-rendu de bilan ?**

Il y a une bonne partie qui relate l'anamnèse. Dès le début du compte-rendu j'écris ce que les parents m'ont dit, le comportement de l'enfant, où il en est. Elle prend la même place dans le compte-rendu que la place qu'elle prend dans le bilan.

**La pratique de l'anamnèse est-elle plus aisée avec l'expérience ?**

Oui. Au début, quand on sort de l'école j'avais ma grille déjà pré-établie et il suffisait que le patient commence à parler et que ça ne suive pas ma grille, ça y est on est perdu, on ne sait plus où on en est, on oublie des choses. Forcément, avec l'expérience on a ça en tête et on sait ce qu'il faut poser comme questions, ce qui est utile ou pas utile.

## **ENTRETIEN 3**

Orthophoniste exerçant en libéral, trois ans d'expérience.

### **Quand l'anamnèse a-t-elle lieu ?**

Elle a lieu au tout début du bilan, c'est la première chose que je demande avant peut-être de préciser le trouble.

### **Combien de temps dure-t-elle ?**

Je dirais en moyenne une demi-heure.

### **Est-ce que vous faites un entretien libre ou un questionnaire dirigé ?**

Un entretien libre, j'essaye que ce soit naturel et pas trop des questions structurées.

### **C'est semi-dirigé en fait ?**

Voilà, j'ai toujours une trame dans ma tête des questions à poser mais j'essaye de modifier l'ordre.

### **Quand il s'agit d'un enfant, à qui vous adressez-vous ?**

Avant je m'adressais à l'enfant au départ mais j'ai remarqué que souvent ça le mettait mal à l'aise, parce qu'il y a le regard de la maman qui le gêne. Donc je commence par la maman et je dis à l'enfant qu'il peut intervenir sans problème et puis après je passe à l'enfant. J'essaye de donner la parole à l'enfant, et c'est intéressant de voir la réaction de la maman ou du papa par rapport à ce qu'il dit.

### **Est-ce que vous utilisez le dossier médical ou des données venant d'autres professionnels ?**

Oui pour les pathologies lourdes mais en temps normal, non. J'ai le carnet de santé quand il y a quelque chose de particulier.

### **Vous avez un plan pour l'anamnèse ?**

Quand j'ai commencé j'avais une feuille avec les questions à poser et puis au fur et à mesure le questionnaire est entré dans ma tête.

### **Quelles sont les questions que vous posez ?**

Dans l'entretien il y a qui a conseillé le bilan, pour quel trouble. Après je demande les loisirs, je me renseigne au niveau de la fratrie, sur le comportement à l'école, à la maison, s'il y a eu des antécédents médicaux chez l'enfant, dans la famille aussi si on retrouve des troubles. Après je pose des questions par rapport au sommeil, à l'alimentation, est-ce qu'il y a des éléments particuliers sur le plan de la santé, le développement, la grossesse, l'accouchement. Ensuite l'acquisition de la marche, de la propreté, etc. Comment est apparu le langage. Je pose également des questions sur les interactions mère-enfant. Est-ce qu'il y a eu des événements qui sont venus perturber l'enfant, des décès, des choses comme ça, des déménagements aussi. Est-ce que l'enfant a vu des psychologues ou des professionnels de la santé ou autre. Je

demande le parcours scolaire, si l'enfant a redoublé, quel est le nom de son enseignant parce que je me mets en relation avec lui. Après j'essaye de mettre en valeur l'enfant dans certaines matières et ne pas tout de suite cibler sur ce qui ne va pas. En fait là je parle pour les enfants mais pour les adultes c'est autre chose. Par exemple pour un bilan vocal je ne demande pas à quel âge a été acquise la propreté. On varie selon le trouble. Pour un trouble d'articulation on pose la question de la tétine, du biberon.

**Vous m'avez dit les interactions mère-enfant, là vous posez des questions ou c'est par ce que vous observez ?**

Je pense plus aux interactions chez le bébé, au niveau du regard.

**Vous demandez à la mère ?**

Est-ce qu'il communiquait par le regard, est-ce qu'il babillait ?

**Les items sont-ils abordés dans un ordre précis, aléatoire ou selon la conversation ?**

Selon la conversation, non, parce que c'est toujours moi qui dirige un peu ; dans un ordre précis, je dirais non, aléatoire non plus. En fait, il y a plus le développement psychomoteur, tout le plan scolaire, le comportement, j'ai plus des grands groupes. Après je peux varier les questions.

**Vous utilisez une grille plutôt par pathologie ?**

Oui.

**Et suivant l'âge ?**

suivant l'âge, pas tellement en fait ; même chez les ados je pose les questions que j'ai évoquées là. En revanche, chez les adultes, je ne poserai pas les mêmes.

**Est-ce que vous vous référez, pour l'anamnèse, à votre formation initiale ?**

Oui, pour l'instant je n'ai pas fait de formation sur l'anamnèse.

**Est-ce que vous vous référez à un courant particulier ?**

Non.

**Concernant l'observation pendant l'anamnèse, est-elle importante ?**

Parfois on pose une question, on sent qu'il y a un petit malaise, même si on sent que ce n'est pas le moment de creuser, on garde cela en tête, pour éventuellement reprendre plus tard.

**Est-ce que l'anamnèse contribue au choix des tests ?**

Oui, si par exemple on me parle d'un trouble de compréhension, je prends un test de compréhension, oui.

**Et au diagnostic ?**

Oui

**A l'élaboration du projet thérapeutique ?**

Aussi, parce que suivant les points d'accroche de l'enfant, je choisis un moyen plutôt qu'un autre.

**Est-ce qu'elle sert à demander des examens complémentaires ?**

Oui, par exemple si je demande si le bilan auditif a été fait, s'ils me disent non, je demanderai à faire un audiogramme.

**Est-ce qu'elle sert aussi à engager le transfert, la relation, la confiance ?**

Oui, si on est trop brutal, l'enfant risque de se braquer, de même que les parents ; il vaut mieux y aller en douceur au départ, même si on ne pose pas toutes les questions la première fois.

**Est-ce que pour vous l'anamnèse est une bonne entrée en matière ?**

Oui, je trouve ; je me présente aussi, c'est vrai que je ne fais pas que questionner celui qui est en face, pour ne pas laisser la parole qu'à eux.

**L'anamnèse peut-elle inspirer la méfiance en donnant l'impression d'une trop grande intrusion ?**

Je trouve que oui, c'est un risque. On ne se rend peut-être pas compte parfois mais on va quand même dans la vie des gens, alors certains disent « pourquoi vous me demandez tout ça ? ». Donc c'est bien de re-contextualiser un petit peu et d'expliquer pourquoi on pose ces questions.

**Qu'est-ce qui apparaît dans le compte-rendu de bilan de l'anamnèse ?**

Souvent le médecin généraliste est au courant des âges des acquisitions. Je mets souvent au niveau scolaire ce qui s'est passé, je reprends la fratrie parce que moi ça m'aide en fait, je reprends les éléments importants mais je ne remets pas tout non plus, il y a quand même un secret à garder je pense. Je parle toujours des bilans sensoriels aussi, je parle des cas familiaux s'il y en a, du parcours chez les psychologues.

**La pratique de l'anamnèse est-elle plus aisée avec l'expérience ?**

Je pense, mais d'un autre côté ça s'acquiert vite. Après, avec l'expérience, je pense qu'on va plus vite vers ce qui coince.

**Avez-vous des remarques à apporter ?**

C'est vrai qu'on dit souvent qu'il faut faire venir les deux parents, je pense que c'est important mais je ne le fais pas. Souvent je ne vois que la maman, mais je pense que ce serait bien de voir plusieurs membres de la famille, même les frères et sœurs, ça peut nous apporter des éléments aussi. Par rapport à l'enfant, j'aime bien aussi qu'il parle de lui, qu'il dise ses ressentis.

**Des ressentis par rapport à son trouble ?**

Oui, et sa propre histoire, parfois ça ne coïncide pas forcément avec ce que dit le parent. L'anamnèse c'est vrai qu'on la fait surtout au début, mais à la fin, quand je fais le retour de bilan, il y a souvent d'autres éléments qui émergent, plus spontanément.

**Les gens réfléchissent entre les deux, et il y a des choses qui viennent ?**

Oui, et moi aussi j'ai des questions à poser suite au bilan. Si je vois qu'il y a un trouble au niveau de la compréhension, je peux essayer de creuser là-dedans.

## ENTRETIEN 4

Orthophonistes exerçant en institution, trente-trois et vingt-neuf ans d'expérience.

**Tout d'abord, nous allons préciser une chose : vous travaillez tous les deux en institution et ne pratiquez donc pas directement d'anamnèse. Est-ce que je me trompe ?**

B Non. L'anamnèse est faite par des psychologues. Et, rarement, par des médecins.

**Et c'est spécifique à ce centre ?**

B Non. Il y a beaucoup de centres qui fonctionnent comme ça. J'ai travaillé dans trois CMPP<sup>20</sup>, les trois fonctionnaient comme ça.

**Donc, vous ne pratiquez pas vous-même l'anamnèse, mais vous avez recours aux informations recueillies lors de ces anamnèses. Et ce, avant que vous ne preniez rendez-vous avec le patient ?**

B Oui, c'est vrai. Mais essentiellement sous forme d'une transmission orale.

**Je vous donne une définition de l'anamnèse : ensemble des informations recueillies concernant un patient, qui ne proviennent ni de l'observation, ni de tests. Et par ailleurs, moment particulier lors de la première rencontre, pendant lequel ces informations sont données. Cette définition vous convient-elle ?**

B Oui. En fait, c'est surtout la première rencontre. Dans notre centre, il y a une « feuille bleue », qui correspond à un rendez-vous d'une heure et demie. Au préalable, les parents remplissent une feuille jaune, avec des informations comme : âge de la première dent, prématurité... Mais pas grand-chose en fait.

**Et pendant ce premier rendez-vous, vous remplissez la feuille bleue ?**

B Non, ça s'appelle comme ça, mais en fait, durant cet entretien, les psychologues font une anamnèse d'une heure et demie.

**Alors, on peut dire que l'anamnèse commence quand les parents remplissent la feuille jaune. Mais peut-on dire qu'elle s'arrête avec la feuille bleue ?**

A Je ne sais pas si ça s'arrête. On place les choses du côté du mnésique, du côté des souvenirs, on peut dire que ceux-ci peuvent surgir à n'importe quel moment. Au cours de la rééducation elle-même.

B D'autant plus que nous, on doit poser des questions beaucoup plus du côté du symptôme, de pourquoi l'enfant vient nous voir. Du coup, je vais interroger les parents sur les ressemblances qu'il peut y avoir entre cet enfant et eux. Donc, les faire parler eux aussi. Par exemple, pour un enfant en difficulté de lecture, est-ce qu'eux aussi ont eu du mal à apprendre à lire, est-ce qu'ils se reconnaissent dans cet enfant-là, ou à qui d'autre est-ce qu'il ressemble dans la famille... Quel sens ça peut

---

20 C.M.P.P. : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

avoir dans cette famille-là ?

**Vous faites donc une anamnèse purement orthophonique, centrée sur le langage ?**

B Oui, on parle de lecture, d'écriture, de rapport à l'école...

**Et vous voyez les parents systématiquement ?**

A et B Oui, oui.

**Avec l'enfant ?**

A et B Oui.

**Pour vous, à quoi sert ce temps-là, prioritairement ?**

B Il sert déjà à faire alliance avec les parents. Ce qui est important. C'est aussi avoir une première idée sur la possibilité de travailler ensemble ou pas. Et c'est effectivement essayer de donner du sens à ce pourquoi ces gens-là viennent. C'est sortir de : « à tel maux, tel remèdes ». C'est redonner un sens particulier, et non pas une signification.

**Un sens, et pas une signification ?**

B Oui, une signification c'est universel. Mais il peut y avoir plusieurs sens. C'est donc individualiser la rééducation.

**Vous êtes d'accord avec ce que dit B ?**

A Oui, même si je ne pose pas toujours les mêmes questions. Ce qui peut m'arriver quand même. En fait, c'est surtout qu'on pose les choses en termes d'ouverture. En général je commence par dire : « vous avez vu le ou la psychologue, il ou elle m'a parlé de vous. Voilà, et vous êtes là aujourd'hui. » Et je laisse un temps de silence. C'est un peu comme ça que je fais. Et les gens peuvent démarrer sur ce qu'ils veulent : « il fait des fautes d'orthographe » ; « il a du mal à lire » ; « il est insupportable »... Après évidemment, on va orienter les choses plus du côté du langage. Mais ce qui est intéressant c'est de voir les premiers mots avec lesquels ils vont arriver. Sans qu'il y ait eu de question de notre part, en laissant les choses comme ça ouvertes. Ils savent bien qu'ils sont devant un ou une orthophoniste. Mais en laissant les choses comme ça ouvertes, ils vont démarrer d'une certaine façon. Ils ne démarrent pas tous de la même façon.

B Moi je demande toujours si l'enfant se reconnaît dans ce que les parents disent.

**Parce que vous vous adressez toujours aux parents d'abord, puis à l'enfant ?**

A et B Pas forcément.

**Quel est votre première parole lorsque vous recevez des nouveaux patients ? Est-ce que vous avez une parole type ?**

A je sais que je demande toujours à l'enfant s'il sait pourquoi il vient me voir. Et en général, les bureaux étant à l'étage, on s'est présenté en bas. Et là, pendant que tout le monde s'installe, je demande à l'enfant s'il sait qui je suis, et pourquoi il vient me voir.



**Et ensuite, au cours de ce premier entretien, est-ce que vous vous adressez systématiquement à l'enfant d'abord, quitte à laisser les parents répondre à sa place ? Ou bien votre interlocuteur dépend des questions que vous posez ?**

B C'est difficile, ça. C'est au cas par cas. Il n'y a rien de systématique. Il y a des gamins à qui on ne va pas s'adresser tout de suite, parce que les parents ont envie de dire des choses. Et c'est important, parce que ce qu'on a en tête à ce moment-là, C'est qu'à un moment, on va se tourner vers l'enfant et lui demander : « est-ce que tu te reconnais dans ce que tes parents disent de toi ? » ; « tu vois, ton père ou ta mère vient de dire ça. Est-ce que ça te convient ? » ou bien « tu as fait une drôle de tête quand ton papa ou ta maman a dit ça tout à l'heure. Qu'est-ce que tu en penses ? » Mais des questions particulières, moi je n'en ai pas. Évidemment, si on pense qu'il y a quelque chose du côté de l'organique, du retard de développement, il y a des questions que l'on va poser. Pour le reste, les gens amènent ce qu'ils ont envie d'amener. On fait un entretien avec des liens.

**Est-ce que vous avez un regard sur le déroulement même de l'entretien ? Est-ce que vous vous intéressez aux interactions qui ont lieu pendant l'anamnèse, à la manière dont les propos s'enchaînent, à la position des uns et des autres ? En allant plus loin, encore, est-ce qu'il vous arrive de prendre du recul, de vous regarder travailler, de vous interroger sur votre position et sur vos interventions et sur la manière dont vos interlocuteurs réagissent ?**

A C'est à dire qu'on observe, bien sûr. Mais en même temps on est dedans. C'est après qu'il y a des choses qui viennent. Ce qui est important c'est qu'on soit dans l'échange, dans l'écoute. À partir du moment où on prend du recul, où on se regarde un peu, ça devient plus compliqué. On crée de la distance, ça devient un peu plus froid. Évidemment par moments, le gamin fait quelque chose de particulier, où les parents ont une parole particulière... Dans ce cas, le côté « pro » revient. Il va permettre soit de tempérer, soit de relancer, soit de faire que les gens ne soient pas sidérés par cette parole-là. C'est le métier qui fait ça. Mais en règle générale, on est dans une écoute, pas dans un jugement. Ça vient... Comme dans une conversation, presque banale.

**Donc pour vous l'anamnèse c'est la formulation de la demande, principalement ?**

A Oui. C'est aussi tous les liens que les gens vont faire à leur insu mais aussi consciemment, entre le fait qu'ils soient là pour leur enfant qui parle mal, ou qui fait des fautes d'orthographe, et que ce qu'ils vont pouvoir en dire. Je crois que c'est ça qui est important. C'est à dire que je crois qu'il y a des choses du côté des expériences que l'enfant a pu vivre avec eux, et de celles qu'ils n'ont pu vivre avec leur enfant. Et ces expériences, ils vont pouvoir les rendre transmissibles ; ils vont pouvoir en dire quelque chose. Et par rapport à l'analyse de la demande, ce qui est un bien grand mot...

**Non, je disais « formulation de la demande ».**

A Par rapport à ça, je prendrai un exemple : celui de la maman de Ludovic à qui je disais tout récemment que son fils faisait des progrès, et qui se met à pleurer. Or, elle avait fait la même chose lors du premier entretien. On peut se demander ce qui se passe là. On voit que cela va au-delà de la banalité de ce qui s'échange. Je ne sais pas pourquoi elle pleurait. Donc, on n'a pas forcément en tête des questions très précises qu'on irait poser à chaque fois pour toutes les familles et, pour tous les enfants.



**Pour revenir sur ses histoires de feuilles bleues, et jaunes, pouvez-vous nous dire ce que vous faites de ces informations ?**

B En fait, c'est extrêmement rare que nous recevions un enfant en ayant pris connaissance uniquement de ces feuilles. En général, le ou la psychologue qui a reçu l'enfant et sa famille nous rend compte. Il nous raconte ce qui s'est passé. Je fais plutôt confiance à ma mémoire. En général, il ne se passe pas beaucoup de temps entre ce moment où on nous rend compte de ce qui s'est passé, et notre première rencontre avec l'enfant et sa famille. Pendant ce moment-là, je ne me plonge pas trop dans l'écrit. Après, j'y reviens. Ça permet de se remettre en tête des choses qu'on a oubliées. Ou de se rendre compte aussi de ce que l'on avait occulté, et pourquoi.

**Toutes les informations qui sont sur ces feuilles-là sont pertinentes ?**

A Non, il y en a même qui sont peut-être inutiles. Il y a des fois des choses un peu anecdotiques qui sont mentionnées. Mais là, on se plonge dans le travail de quelqu'un d'autre ! Ça dépend de la façon dont le premier entretien a été mené. Par exemple, une famille qui a beaucoup déménagé, ce peut être consigné avec beaucoup de détails. Mais pour ma part, ce qui m'intéresse c'est qu'ils ont beaucoup déménagé, c'est tout. Mais il a sans doute été utile au moment de cette première rencontre que ce soit dit.

B Mais c'est vrai que c'est se plonger dans le travail de quelqu'un d'autre.

A Par exemple, certains s'intéressent beaucoup aux relations avec les enseignants. Ce peut être intéressant sur le moment. Mais deux ans après, savoir que l'enfant a eu une enseignante très performante, ou au contraire avec qui les relations ont été conflictuelles, ça n'est pas forcément intéressant.

**Il y a très peu d'aspects médicaux qui sont abordés, au cours de ces entretiens ?**

A Très peu. Même quand c'est un médecin. Mais je crois que ce qui est important, pour revenir à la question du début, c'est que la feuille bleue, celle qui est remplie par les parents, celle-là on la lit. Il y a notamment ce que les parents ont pu écrire de la raison de leur venue ici. Leur impression concernant leur enfant, qu'ils écrivent à la fin. Et puis plein de choses qui concernent les maladies, la propreté, l'âge de la marche... Tout ça nous intéresse. Ce qui concerne ce qu'ont rapporté les collègues, ça c'est difficile. En plus, c'est quelque chose que la famille a dit à quelqu'un d'autre. On reste assez discret là-dessus. Si on doit en parler avec eux, on dira que les collègues nous ont parlé, est qu'on sait des « choses ».

**J'ai envie de rebondir sur cette histoire de secret. Les notes que vous prenez, est-ce que vous pouvez les transmettre à d'autres collègues ?**

B Non. Ça, c'est vraiment à nous.

**Pourtant, il y a actuellement une tendance, et une demande, à vouloir rendre les dossiers transparents, transmissibles d'un professionnel à l'autre. Quelle est votre position là-dessus ?**

B À l'intérieur de l'établissement, ça ne me pose pas trop de soucis. Par contre, transmettre à d'autres, sans savoir comment va être interprété ce qui est écrit...

**On vous demande pourtant de faire des compte- rendus parfois.**

A On en fait. Mais dans ce cas, on reste très discret. Parce que ça concerne quelque chose du relationnel entre ces parents-là, cet enfant-là, et l'un d'entre nous. Ce qui était dit, ce jour là... Mais c'est là que c'est compliqué, parce qu'il y aurait quelque chose à transmettre de nos interprétations à nous. Sur, par exemple, la façon dont un enfant se comporte lors des séances. Donc, quelque chose de très subjectif. Mais on peut penser que cet enfant-là face à n'importe qui se conduirait de la même manière, avec un comportement de l'ordre de la répétition. Ce qui arrive souvent. Et alors, il est sans doute préférable de laisser la personne se faire sa propre idée. C'est le cas avec des enfants qui ont des problématiques assez lourdes, des troubles de la personnalité, qui sont dans l'opposition... Mais alors, pour le reste, ça se cantonne à des renseignements assez précis : voilà où il en était quand il est arrivé, il parlait comme ça, il a apprécié tel type d'activité, ses troubles d'articulation reprennent dans telle ou telle situation... Mais pour le reste, par exemple pour ce qui est propre à la famille, je pense que les gens sont capables d'aller répéter ça à leur manière, avec un nouvel interlocuteur. On peut faire part d'un contexte familial difficile ; ça m'est arrivé de dire que les relations étaient assez tendues, des choses comme ça. Mais là, à la limite, ça n'est pas un secret. Ça n'est pas quelque chose qui a été déposé là, à une personne précise, et dont ces gens ne pourraient pas en redire quelque chose à quelqu'un d'autre.

B Tout à fait.

**Est-ce qu'il y a des particularités pour l'adolescent pour le premier entretien ?**

A et B. ...

**L'adolescent, il vient seul ou il vient avec ses parents ?**

B Ça dépend, il y en a qui viennent seuls...

**Comment on fait parler un adolescent ? Parce que c'est un âge qui n'est pas facile, où il n'est pas aisé de parler de soi.**

B Quand ils viennent seuls, c'est plus facile. Mais quand on leur pose des questions, qu'on s'intéresse vraiment à leurs réponses, il y a peu d'ados qui ne parlent pas. La plupart viennent tout seuls. Portés par les parents, qui ont rempli la feuille bleue, mais après ils viennent tout seuls. Dans la mesure où les parents ont donné leur accord, où ils ont présenté leur fils, après ça va tout seul. Ça devient son affaire à lui.

A Moi je pensais à l'histoire de l'effraction : les questions elles vont être là pour que quelque chose puisse se dire. Et ce qui est important, c'est ça. Les questions sont là pour que quelque chose puisse s'échanger, qu'on puisse rentrer dans le langage pour travailler quelque chose. On n'est pas du côté de l'effraction. Vu comme ça, c'est extrêmement rare que les ados ne parlent pas. Bien sûr, il peut parfois y avoir des blocages. Mais c'est là qu'on a une place différente des psychologues : on n'est pas du côté de l'intime. On est du côté de l'échange des savoirs. Dans des matières précises. Par exemple, un adolescent qui a peur des contrôles : on peut parler de ça, sans interroger à tout prix le sens de cette peur. On peut revoir avec lui comment il travaille à la maison, ce qui le rend plus à l'aise chez lui, et ce qui va lui manquer en situation de contrôle. C'est comme ça qu'on peut être vigilant à ne pas être dans l'effraction.

**Et comment faites-vous pour déterminer si à un moment précis vous êtes dans l'effraction ou la non-effraction ?**

B On le voit à la réaction souvent.

**On ne peut pas anticiper ce moment-là ?**

B Difficilement. C'est vrai que comme on est dans la projection, on peut toujours se tromper.

**L'orthophoniste est quand même dans une position de supposé savoir, d'autorité. De ce fait, son interlocuteur peut subir les questions sans rien manifester...**

B Dans le cas où je me rends compte d'un malaise, d'une réaction de gêne, je n'hésite pas à faire machine arrière, et à m'excuser. Si je me suis rendue compte que j'ai blessé, ou que je suis allée trop loin...

**Dans l'exemple de la mère de Ludovic qui se met à pleurer, est-ce qu'il y a eu une intrusion trop importante ?**

A De mon côté à moi, je ne pense pas. Cet enfant-là a été dans une situation difficile au niveau de sa santé, avec des risques de perte de vue. Je pense plutôt qu'on est là dans quelque chose de l'ordre de la joie, d'une émotion très forte pour la mère de voir son fils faire des progrès. Mais c'est vrai qu'il peut arriver que des fois on fasse pleurer quelqu'un. Mais à partir du moment on n'est pas dans le questionnement de l'intime, ce qui va se passer est de l'ordre du métaphorique. On va venir interroger une chose, et cette chose renvoie pour cette personne à une blessure intime, et c'est ça qui va qui va la mettre dans cet état-là. Ça peut même arriver à propos de choses très banales. Je pense à un gamin, qui est presque un adolescent, qui me dit : « j'en ai marre, de toutes façons moi je ne réussis pas en mathématiques ! » Et qui dit après : « je ne sais pas mes tables. » Alors je lui demande ce qui l'empêche de les apprendre. Et là, ça lui a fait un effet pas possible. On ne peut pas qualifier cette question-là d'intrusive ! Moi, je venais aux nouvelles. Je ne le connaissais pas le gamin. Depuis, je l'ai revu une dizaine de fois, et je crois qu'à travers cette question j'ai mis le doigt sur le fait qu'il est assez content d'être dans la plainte. Il est bien là-dedans. Il y a des gamins qui vont dire : « ça m'intéresse pas, j'ai autre chose à faire ! », ou bien : « j'ai vraiment du mal à mémoriser. » Et c'est là qu'on peut mesurer les choses. Au cas par cas.

**Est-ce que vous posez des questions autour de la souffrance générée par le trouble au cours de l'anamnèse ?**

A et B. Oui.

B Oui, je demande toujours à l'enfant ce qu'il aimerait bien être, ce qu'il aimerait bien réparer.

**Et pour vous, ce qui est important c'est d'avoir la réponse, ou bien qu'il puisse s'exprimer là-dessus ?**

A Qu'il s'exprime là-dessus. Parce que la réponse va toujours être à côté. L'important, c'est qu'il puisse en dire quelque chose.

**Des orthophonistes nous ont dit que certains patients qui présentent des troubles pas trop sévères (moins de deux écarts types par exemple) ressentent une grande gêne, et cela justifie une prise en charge parce que la souffrance était très importante. Alors que dans d'autres cas, la gêne ressentie par l'enfant sera faible, en conséquence, l'intérêt d'une prise en charge sera remis en question. Alors même que le trouble est plus important.**

B Oui, je peux très bien entendre ça. Que ce soit la souffrance qui guide avant tout...

**Cela renvoie à l'idée de motivation. Est-ce quelque chose que vous interrogez**

### **directement ?**

B Oui, c'est une des choses essentielles. Il m'est arrivé une fois de travailler avec un ado qui n'avait aucune souffrance, qui était trimbalé là par ses parents. Alors, c'était une catastrophe. Il redoublait sa quatrième. Mais il n'avait aucune demande. Et ça n'était vraiment pas son truc. Si l'école n'avait pas tanné, et bien ça aurait été super. Ça permettait à la mère de pleurer, au père de vivre sa vie comme il voulait. Donc au bout d'un moment, je leur ai dit : « qu'est-ce que je viens faire là dedans ? vous avez un système à trois qui fonctionne très bien. Vous êtes bien là-dedans. »

A Bien sûr, mais c'est au bout d'un moment tout ça. Je ne pense pas qu'au bout d'une première rencontre, à l'issue d'une « anamnèse » pourrait-on dire, tu puisses être capable de le prévoir. Il faudrait être vraiment très fort pour ça.

B C'est vrai. De la même façon, il n'est pas évident qu'au bout de la première rencontre on puisse être assuré qu'il n'y a pas de souffrance. Parce que quelqu'un qui dit comme ça : « Ho et bien pour moi, tout baigne... »

### **En tout cas, l'idée de souffrance est vraiment importante ?**

B C'est évident. Pourquoi travailler s'il n'y a pas de souffrance. Le but n'est pas de n'avoir que des premiers de la classe.

A Cela pose bien la question de la position du thérapeute. Nous ne sommes pas de simples techniciens. Nous travaillons dans le soin.

B J'irai même jusqu'à dire que je n'ai pas d'a priori face à un enfant qui ne sait pas lire. Je n'ai pas de jugement par rapport à ça. Et je me rends bien compte que c'est quelque chose qui peut déranger lors du premier entretien. Je suis convaincue que l'on peut très bien vivre sans savoir bien lire. Pour moi, il n'y a pas de vraie norme. Et c'est pareil pour l'orthographe. La vraie question à poser est celle-ci : « Est-ce que tu as envie de travailler là-dessus ? Est-ce que ça t'embête vraiment ? » je comprends bien cette histoire d'écart types, et tout ça. Mais...

A Je repensais à cette histoire de besoin et du désir. On peut par exemple constater qu'un gamin à deux écarts types. Bon. Et que ce gamin qui a deux écarts types va présenter beaucoup de souffrance, et qu'on va l'aider. On peut penser ça. Maintenant, si on voit ça en termes de besoin et de désir, on peut dire qu'il a besoin d'une rééducation. Mais en même temps, comment ses pulsions à lui sont venues se mettre, se focaliser sur cette histoire de langage écrit. Est-ce que ce qui l'embête ce ne sont pas les effets secondaires de ce trouble : les ennuis avec l'institut, les sales notes... Mais au niveau de son désir, s'il est venu mettre de la pulsion sur cette histoire de langage écrit, de ça il ne se plaint pas forcément. Sa souffrance, elle n'est pas dans les effets secondaires de cette réalité, elle est avant. On peut très bien avoir un enfant qui se plaint de ses difficultés en disant : « j'en ai marre de ça ! » Mais qui va montrer au fur et à mesure de la rééducation qu'il ne va rien faire de ça. C'est à dire qu'il ne va pas faire de progrès. Alors qu'il était partant. Et puis, il y a l'autre, qui s'en fout complètement, mais qui va se rendre compte en travaillant qu'il a tout à gagner au niveau du social à laisser ça de côté, et désinvestir le langage écrit de ses pulsions. Même s'il disait s'en moquer complètement au départ. C'est difficile cette histoire de motivation. Il y a la réalité du discours, et tout ce qu'il y a derrière...

B C'est pour ça qu'il est important de permettre à un enfant de se décoller de

ses résultats scolaires par exemple. Et ça permet bien de faire la différence entre celui qui est simplement gêné par les effets secondaires, et celui qui est profondément blessé avant. Je pense que c'est vraiment la première étape de notre boulot, cette re-narcissisation. Et de retravailler, de requinquer l'image, ça permet de faire le tri entre ceux qui demandent, et ceux qui ne demandent pas.

**Quels sont vos appuis théoriques, si vous en avez, concernant la pratique de l'anamnèse ?**

A Il y a évidemment les formations que nous avons suivies avec Chassagny. Parce qu'au niveau de notre formation initiale, nous étions comme tous les orthophonistes débutants. Nous posions des questions sur le langage, des affections O.R.L.... Nous avons bien sûr gardé tout ça ! Mais maintenant, il y a tout le reste. Alors voilà, quelles sont les questions à poser ? Non pas les questions qu'on aura forcément en tête, mais les questions qui vont se dérouler à partir des choses qui vont être dites par les parents et par l'enfant. Donc, la théorie qui nous soutient vient de notre formation continue : Chassagny, Dolto, Lacan.

**Et d'avoir une anamnèse ainsi épurée de toutes ces questions médicales, développementales, comment est-ce que ça vous positionne vis-à-vis de vos interlocuteurs ? Est-ce plus agréable ?**

B Je sais que si je devais faire l'anamnèse en direct, il y a beaucoup de questions que je ne poserais pas. Toutes ces histoires médicales, je ne les aborderais que si c'est amené par les parents.

**C'est à dire que délibérément, vous mettriez de côté tout l'aspect diagnostic différentiel ?**

B Je crois qu'en fait, si je devais être la première à recevoir les parents comme ça, je prendrais le temps. Je ne ferai pas une anamnèse en une heure, une heure et demie. Ça serait prendre le temps, mais prendre le temps en plusieurs fois. Par exemple trois fois une heure. Je pense qu'il faut que les choses mûrissent. Que les parents puissent dire : « tiens, j'ai oublié de vous dire ça la dernière fois. »

A Par rapport à ça, si je me réfère à mon expérience en libéral, je dirai ceci : pour un gamin qui parle bien, qui ne nasalise pas, qu'est-ce qu'on a besoin de savoir s'il a été opéré ou non des végétations ? Si un enfant ne confond pas les sourdes et les sonores, a un tableau articulatoire complet, quel intérêt de savoir s'il a fait des otites enfant ? À quoi correspond vraiment ce besoin de remplir une espèce de « fiche type » médicale pour chaque enfant ? C'est ça qui me hérisse. Quand on reçoit un enfant qui parle effectivement très mal, qui montre nettement des problèmes de compréhension quand on s'adresse à lui, on peut venir interroger des choses du côté de la compréhension, évidemment. Et rien n'empêche de revenir plus tard sur des points qui ont été oubliés. Mais quel besoin y a-t-il d'aller faire ce listing qui, la plupart du temps, va être ressenti de façon très agressive par les parents, et qui en plus les met en situation d'infériorité parce qu'il y a celui qui sait, et ceux qui ne savent pas. Même en libéral, on n'est pas obligé de le faire. La vraie question, la seule essentielle, qui mérite d'être posée en libéral quand on voit les parents la première fois, c'est : « Qu'est-ce qui vous amène ? »

B On peut aussi présenter les choses autrement : nous sommes l'une en face de l'autre. Ce que je vais dire, ma manière de le dire, mon comportement général, tout cela va vous amener à me poser certaines questions. Et comme je parle correctement, que mon langage ne dysfonctionne pas, vous n'allez pas penser : «

tiens, elle a dû faire des otites. » Donc : quelle idée d'aller préparer des questions à l'avance qui n'ont rien à voir et que vous ne vous poseriez pas si vous ne les aviez pas. Les bonnes questions, les questions pertinentes, ce sont celles qui nous viennent naturellement quand on est face à quelqu'un qui nous renvoie des choses. Et ces choses, ça peut être aussi la façon de parler d'un enfant, un semblant de nasonnement par exemple.

A Un autre exemple : vous voyez un enfant de quatre ans arriver dans le bureau. Il est très dégourdi. Vous n'allez pas demander : « Madame, est-ce que votre fils a eu des problèmes de marche ? » Si vous le voyez galoper dans le bureau, vous laissez tomber tout ce côté-là du questionnaire.

### **Et dans le cas où l'enfant ne montre pas grand-chose ?**

B Eh bien du coup, on parle à l'enfant du fait qu'il ne montre pas grand-chose. Alors, on va ramer un peu. On va essayer de communiquer quand même. Et on va dire au gamin qu'on va interroger les parents, parce qu'on est curieux, et qu'on envie d'en savoir un peu plus, qu'on veut comprendre pourquoi il vient nous voir... Et en général, au fur et à mesure des séances, ce silence qui ne veut pas dire grand-chose va prendre sens. Il va devenir une vraie communication. Je pense à un enfant que j'ai vu pour la quatrième fois. Il n'a toujours pas ouvert la bouche. Ça ne m'a pas empêché de discuter avec les parents. Mais maintenant, je vois bien que l'enfant est bien ennuyé dans son silence. C'est devenu un jeu. Et je sens bien qu'il est sur le point de laisser échapper des choses.

### **Peut-on dire qu'au cours de la première séance, il y a un « passage de flambeau » entre les parents et l'orthophoniste ? Un transfert de responsabilités qui assurerait une légitimité au thérapeute ?**

B Oui, c'est vraiment ça. En fait, ce qui peut se dire à ce moment-là c'est que moi orthophoniste je ne m'embarque pas avec votre enfant comme ça, n'importe comment. C'est vous les parents, c'est vous qui savez, c'est vous qui êtes la mémoire de cet enfant. J'ai besoin des éléments que vous pouvez me donner. Ceci afin de ne pas faire trop de bêtises, de pouvoir travailler correctement avec lui. Cette attitude-là est complètement à l'opposé de celle qui consiste à poser des questions, poser des questions et montrer son supposé savoir, sa toute-puissance.

### **L'anamnèse, telle que vous la pratiquez, ou tout au moins votre façon de faire lors de cette première rencontre, peut-elle faire naître la méfiance chez vos interlocuteurs ?**

B J'espère que non ! Le but, c'est vraiment que les gens, lorsqu'ils ressortent de notre bureau, soient sereins. Et qu'on ait réussi à faire passer suffisamment de notre façon de faire, pour que les parents ne se sentent pas dépossédés de leur enfant, de leur histoire, etc.

### **Est-ce que votre approche, votre façon de faire, ne déroutent pas certains parents qui peuvent attendre autre chose d'un orthophoniste ?**

B Quand je sens ça, je pose la question. Je demande : « Vous êtes un peu déroutés, vous vous attendiez à quelque chose de plus médical ? » et en général les gens me disent : « non, non, c'est bien. » Tout en étant déroutés quand même. Lors de ce premier entretien, je leur demande des choses, mais dans le même temps, je leur explique comment je travaille. J'essaie d'en donner autant qu'ils m'en donnent. Et l'enfant, je joue avec lui en même temps que je parle avec ses parents. Et pendant

tout ce temps, je fais part de ce que j'observe de l'enfant aux parents. Et je leur demande s'ils reconnaissent leur gamin dans ce que je dis.

**C'est un échange d'informations.**

B      Voilà.

## **ENTRETIEN 5**

Orthophoniste exerçant en libéral, trente-trois ans d'expérience.

### **Quand l'anamnèse a-t-elle lieu ?**

En général au cours du bilan, rarement au début, sauf quand les parents arrivent avec le carnet de santé, j'interromps pour faire connaissance avec l'enfant avant. Et puis au fur et à mesure du bilan je pose des petites questions sur l'enfance.

### **Pendant les tests ?**

Voilà, c'est ça, les tests que je pratique toujours en présence des parents.

### **Combien de temps dure l'anamnèse ?**

Ça dure quelques secondes, en général, je me préoccupe surtout d'éventuels troubles alimentaires, quand il y a des difficultés praxiques, ou d'otites, c'est quasiment systématique. Soit les parents rentrent dans les détails et je les laisse dire, je me contente de leur réponse, si elle est brève elle est brève, si elle est longue...

### **C'est plutôt un entretien dirigé, ou semi-dirigé ?**

C'est un entretien qui est essentiellement clinique, pour moi le bilan est un moment où j'évalue toute l'interactivité dans la famille, je glisse un peu mes questions au fur et à mesure de l'entretien.

### **Vous le considérez comme l'anamnèse ou comme autre chose ?**

Comme des points de l'anamnèse qui importent pour évaluer l'ancrage des troubles du langage.

### **Dans l'entretien, vous parlez beaucoup avec l'enfant ?**

Je m'adresse à l'enfant directement, oui, sous l'œil de ses parents, et je ne m'adresse aux parents finalement que assez tard dans le bilan, tout dépend de la nature communicative des parents. Il y en a qui parlent énormément, auquel cas je les bloque un petit peu pour faire la place à l'enfant. Il y en a qui ne parlent pas beaucoup donc je vais les chercher, je fais du « sur mesure communicatif ». Je n'ai absolument pas un bilan standardisé. Bien sûr mes épreuves sont standardisées, le bilan lui-même a des étapes assez précises et rigoureuses, mais qui paraissent pour les gens venir au fil de ce qui se passe.

### **Et pourquoi avez-vous pris le parti de vous adresser à l'enfant ?**

Pour le mettre d'emblée en position de sujet dans la communication, et pas comme un objet mal boutiqué que les parents m'amènent pour que je le répare.

### **Utilisez-vous le dossier médical ou des données venant d'autres professionnels ?**

Oui, le cas échéant, bien sûr, les données O.R.L. ou compte-rendus médicaux d'examens qui sont directement en lien avec le langage. J'évite de donner dans la médicalisation de la difficulté, ce qui fait que quand les gens viennent avec leur carnet de santé, c'est rare que je le regarde pour leur signifier que ce sont des éléments, mais pas déterminants en ce qui concerne le langage, que c'est autre chose qui m'intéresse. Quand je demande des examens de l'audition, ou s'il s'agit d'autistes, je regarde les compte-rendus tout à fait attentivement.

**Au niveau des items, vous abordez les antécédents médicaux, plutôt O.R.L. ?**

Je pensais à quand il y a des examens de psychomotricité, ça je regarde attentivement aussi.

**Vous ne parlez pas de la grossesse, de la naissance ?**

Non, sauf à sentir que ça a été problématique dans l'interaction, je ne le demande jamais systématiquement, ou j'évoque ça d'un trait, si le développement s'est bien passé, la grossesse... En général ils n'ont pas le sentiment qu'ils viennent pour parler de ça, donc je ne vais pas aller chercher au-delà de ce qu'ils sont prêts à apporter. Sauf hypothèse particulière que je pourrais me formuler en voyant les difficultés de l'enfant. Un enfant qui est très hypotonique de la bouche, des choses comme ça, je demande s'il a su téter.

**Les antécédents thérapeutiques, est-ce que vous les abordez ?**

Oui, notamment pour des enfants qui ont eu de grosses difficultés, je demande s'ils ont déjà fait des démarches, s'ils en ont parlé à leur médecin.

**Les antécédents familiaux, les abordez-vous ?**

Parfois, oui, tout ça c'est en fonction de ce que je constate dans la clinique, quand des éléments cliniques me paraissent significatifs, je fais les liens, je pose des questions sur les frères et sœurs...

**Lesquelles en particulier ?**

Par exemple, si des frères et sœurs, notamment aînés, ont été suivis, si les parents disent « oui, il y a eu ça », je fais développer un peu. Dans le fait que je m'adresse à l'enfant, ce qui est systématique, c'est que je lui demande à son avis pourquoi il vient me voir, je lui demande les noms de ses camarades en classe, et de me parler de sa fratrie, s'il a des frères et sœurs, comment ils s'appellent, quel âge ils ont. A cette occasion-là, je suis amenée, en fonction de ses réponses, de ses mimiques, à développer ce que l'enfant dit, ses parents interviennent à ce moment-là et donc j'ai une idée de l'ambiance familiale.

**Parlez-vous des antécédents scolaires ?**

Oui, bien souvent je demande comment s'est passé l'apprentissage de la lecture, par exemple, s'il y a eu des signalements de difficultés de langage en maternelle, vers quel âge il a parlé. Encore une fois, c'est le genre de question qui n'est pas systématique, c'est en fonction de la clinique présentée.

**Au cours des tests que vous avez déjà passés ?**

Oui, en général je commence par une idée générale de la communication dans la

famille, puis je commence mes tests adaptés à l'âge des enfants. Au fil du test en fonction de ce que je vois, en fonction de l'inquiétude que je sens (je pousse beaucoup à formuler les choses), je demande s'il a eu des otites, quand je vois qu'il y a des confusions entre voyelles, si on leur a signalé des difficultés avant cette année, etc...

### **Abordez-vous le développement psychomoteur ?**

Oui, quand je constate des maladroitures, un enfant gauche. C'est toujours renseigné dans les observations, ce n'est jamais de but en blanc.

### **Et les loisirs ?**

Oui, ce qu'il aime faire dans la vie, en général ils parlent toujours de l'école donc j'élargis un peu le débat. Puis il n'est pas rare, pour les plus grands, que je leur demande ce qu'ils ont envie de faire plus tard.

### **Sur l'histoire du trouble, la date d'apparition des symptômes, la gêne ?**

Oui, la gêne, c'est systématique. Je demande quel degré de gêne a l'enfant, ça c'est tout au début en général, c'est dans la suite de ce que je lui demande sur la raison pour laquelle il vient me voir.

### **Est-ce que vous observez les aspects fusionnels oedipiens ?**

Complètement. C'est un des éléments centraux d'observation. J'ai des questions orthophoniques avec une grille d'analyse très psy. Je reste dans le domaine orthophonique, mais j'évalue énormément de choses justement, sachant que les quatre cinquième des difficultés de langage sont d'origine de comportements fusionnels. J'observe les regards, comment les enfants ne s'adressent qu'à leurs parents, par exemple, qu'à la mère. Si je lui pose une question il regarde sa mère avant de répondre, ou même bien souvent c'est la mère qui répond à sa place. Alors je fais un petit signe à la mère, j'essaie d'établir la connivence aussi avec la mère. Tous les éléments cliniques, j'y suis extrêmement attentive.

### **Avez-vous une grille-type en fonction des pathologies ?**

J'ai une énorme grille-type par devers moi dont je n'extirpe que quelques questions en fonction de la clinique que j'observe. Je n'ai pas une démarche systématique mais je suis attentive à tout ce qui peut faire le contexte du trouble de langage.

### **Finalement vous pouvez passer plus de quelques secondes sur l'anamnèse ?**

Oui, en fait. Mais ce n'est pas une approche de l'anamnèse standardisée. Je suis attentive à tout élément d'anamnèse qui pourrait me donner des informations sur l'actualité du trouble de langage. J'ai une approche de l'anamnèse uniquement dans ce qu'elle pourrait m'apporter pour plus tard proposer à l'enfant des choses qui pourraient remettre en route le bon processus.

### **Pour l'anamnèse, vous référez-vous à votre formation initiale, à votre formation continue ou à votre formation personnelle ?**

Les trois.

### **Y a-t-il un courant en particulier que vous utilisez ?**

Moi je me réfère beaucoup à Winnicott : le jeu chez l'enfant, la mère suffisamment bonne, l'objet transitionnel. L'approche psychanalytique bien sûr, l'approche de toutes les neurosciences aussi, l'approche cognitive, je ne néglige aucune piste de compréhension du trouble.



### **L'observation, vous m'avez dit qu'elle était pour vous déterminante ?**

Oui, j'ai une approche résolument clinique. A la façon Borel-Maisonny, moi je suis de la vieille école. Ce que je peux détecter de non-dits est aussi important, voire plus, que ce qu'on peut me dire. Mais je ne vais pas fouiner au-delà de ce que je sens que les gens sont prêts à supporter comme questions. Je pense ne pas être intrusive, je prends ce que les gens veulent bien me donner en poussant dans les retranchements là où ça me paraît important pour le langage.

### **C'est-à-dire ?**

Par exemple pour les devoirs, comment se passent les devoirs, quelquefois on soulève un coin du voile et on voit que c'est l'horreur, donc il faut développer. Ou sur l'obéissance des enfants, l'absence de limites, c'est un aspect de plus en plus fréquent, là je suis questionnante sur comment ça se passe à la maison.

### **Est-ce que l'anamnèse contribue au choix des tests ?**

Non.

### **Au diagnostic ?**

Oui. Par exemple pour les enfants qui ne sont pas entrés dans l'interaction langagière.

### **Est-ce qu'elle contribue à l'élaboration du projet thérapeutique ?**

Tout à fait. Je donne une importance énorme au bilan, à la première rencontre.

### **Est-ce qu'elle peut servir à conseiller une autre orientation thérapeutique ?**

Oui, bien sûr. En psychomotricité souvent. En orthophonie on a à faire à des gens qui ont un peu peur de la psychologie. Quand je sens les gens prêts, je leur en parle, sinon j'aborde la question d'un suivi psychomoteur. Il y a aussi des choses qui sont plus de l'ordre éducatif comme le centre aéré, la halte-garderie. C.P.E.A. quand vraiment il y a des cas énormes qui arrivent.

### **Qu'est-ce qui apparaît de l'anamnèse dans votre compte-rendu de bilan ?**

Enfant de la fin de l'année, qui a eu des otites ou pas, tourné vers ses parents, les problèmes de santé qui ont développé un comportement fusionnel ou trop proche.

### **Pourquoi « enfant de fin d'année » ?**

On voit des enfants qui sont déclarés en échec parce que tout simplement ils ont une maturité moindre que les enfants du début de l'année qui sont dans la même classe.

### **La pratique de l'anamnèse est-elle plus aisée avec l'expérience ?**

Oui, bien sûr ! s'il y a un domaine où l'expérience apporte, c'est bien là, surtout comment répondre à ce qu'on observe, c'est vraiment quelque chose qu'on apprend avec l'expérience. Constater les choses, on le peut assez vite, mais comment y répondre, avec quel dosage, c'est quelque chose qu'on apprend tout le temps. Que proposer, à quel degré, dit ou non-dit, pour aider le processus qui serait à réparer.



## **ENTRETIEN 6**

Orthophoniste exerçant en libéral, trente-quatre ans d'expérience.

### **Quand l'anamnèse a-t-elle lieu ?**

Lors du premier contact du bilan.

### **Combien de temps dure-t-elle ?**

C'est très variable parce que ça dépend de la pathologie de la personne. Je pense que quand on a par exemple une personne qui vient pour l'apprentissage d'une voix oesophagienne, les éléments sont cernés plus rapidement que pour un problème de retard de langage ou de dysphasie où là il faut des investigations plus poussées. Je pense que pour les enfants l'anamnèse est plus longue parce qu'il y a beaucoup de non-dits ou d'omissions de la part des parents, un certain nombre d'éléments ne sont pas donnés parce que les parents n'y pensent pas ou ne le jugent pas utile. L'anamnèse dure en moyenne vingt minutes sur une heure et demie de bilan.

### **Conduisez-vous l'anamnèse sous la forme d'un entretien libre, d'un questionnaire dirigé ?**

Non, pas dirigé, pas dans mon cas. Moi je suis un adepte du griffonnage.

### **Mais vous dirigez l'entretien quand même ?**

Bien sûr, j'ai des questions-type et à partir de là je vais développer certains points. Il y a suivant le bilan des éléments-type de questions. Lors du bilan on va découvrir un peu la personne, les raisons qui l'ont amenée là, les raisons qui ont provoqué la difficulté qui est évoquée, on va essayer de développer les différents points. Suivant la pathologie évoquée on n'aura surtout pas les mêmes questions.

### **Quand il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, à qui vous adressez-vous lors de l'anamnèse ?**

Pour un enfant ou un adolescent, ça se passe en deux fois en général. Une première fois où je vois les parents et l'enfant, et après je revois l'enfant seul et je repose les mêmes questions et on va pouvoir évoquer d'autres points. Avec un adolescent on peut très bien le voir directement.

### **Donc pour les enfants vous faites l'anamnèse en deux fois ?**

Enfin, il y a des éléments que l'enfant peut apporter, et d'autres qui ne peuvent être apportés que par les parents.

### **Est-ce que vous utilisez le dossier médical ou des données venant d'autres professionnels ?**

Oui, moi je demande le carnet de santé au niveau des enfants, mais la plupart du temps les parents ne l'ont pas parce qu'ils ne pensent pas à l'amener.

### **Mais sinon vous le consultez ?**

Moi je le regarde, oui. Lorsqu'on a par exemple des enfants qui ont des otites

séreuses fréquemment, des problèmes O.R.L. , ça peut expliquer certaines choses.

### **Quelles questions abordez-vous dans l'anamnèse ?**

C'est très vaste. Quand on fait l'anamnèse on va essayer de trouver tous les éléments qui font que les gens sont assis devant moi, on va essayer de trouver le point de départ. C'est en fonction de la pathologie, s'il s'agit d'un problème de production vocale chez un adulte il y aura forcément un point de départ, éventuellement une cause organique ou une cause fonctionnelle, et ainsi de suite. Pour un enfant c'est un peu différent parce que on ne situera pas forcément le point de départ, on va plutôt remonter dans l'autre sens. On va partir du moment où effectivement il y a eu une décision de prendre conseil, mais en fait le moment où on a pris la décision, c'est le moment où effectivement ça commence à poser problème, mais le problème est en amont, en général, donc il s'agit de remonter encore. Par exemple, est-ce qu'il y a eu au niveau des apprentissages une raison qui a fait que l'apprentissage n'a pas pu être bien réussi. Avec les adultes c'est plus simple parce qu'il y a souvent des causes marquées.

### **Demandez-vous s'il y a eu des antécédents thérapeutiques ?**

En général on l'évoque au cours du bilan. De toutes façons on demande s'il y a eu une prise en charge à ce niveau-ci ou autre. Est-ce qu'il y a déjà eu un suivi dans un C.P.E.A. , dans un C.M.P.P. Effectivement, ça fait partie des questions. Il y a aussi les questions concernant la famille, la fratrie, le relationnel entre les parents et leur enfant. C'est plus sur le mode conversationnel qu'on va l'évoquer, que par des questions- type. C'est aussi en fonction du comportement de l'enfant, puisque certains éléments vont nous faire poser des questions. Si on a un enfant qui met le souk en deux minutes dans le bureau, on va se demander s'il est comme ça tout le temps, ou s'il est inquiet. Je n'entre pas dans un processus 1<sup>ère</sup> question, 2<sup>e</sup> question... c'est sur un mode conversationnel. Je sais à peu près les questions que je vais poser, je le fais dans le désordre. Lors du premier entretien, on n'a pas forcément une vue très juste de la chose, parfois les parents ont un discours. En fait il faut le confronter avec l'enseignant, avec les autres personnes qui sont autour de l'enfant, et on n'a parfois pas le même écho.

### **Vous communiquez beaucoup avec les enseignants ?**

Systématiquement. Ça me paraît indispensable, par exemple la semaine dernière j'ai eu une personne pour une demande de prise en charge d'un enfant pour des troubles de l'orthographe, en signalant des difficultés à l'école. J'ai fait le bilan et j'ai pris contact avec la maîtresse, et j'ai donc appris que cet enfant était déjà pris en charge avec une autre personne. Les gens ont parfois des discours très étranges, ils éludent les questions. En plus, le comportement de l'enfant avec ses parents n'est pas forcément le même qu'à l'école. Les parents ont tendance, dans un certain nombre de cas, à avoir une négation de la difficulté, parfois c'est l'inverse.

### **Est-ce que vous abordez la naissance, quand il s'agit d'un enfant ?**

Les souffrances à la naissance ?

#### **Oui, par exemple.**

Dans les questions que je pose c'est « est-ce qu'il y a eu des faits marquants pendant la petite enfance ? ». Quand il y a eu une souffrance à la naissance, les mamans le disent tout le temps. Ça les marque énormément, et après elles ont toujours peur d'un retentissement dans toutes les difficultés.

### **C'est pareil pour le développement psychomoteur ?**

Oui, on demande à quel âge il a commencé à marcher, est-ce qu'il est propre, est-ce qu'il a parlé rapidement. C'est important. Quand il y a un problème, les gens s'en rappellent, quand il n'y en a pas...

**Est-ce que vous abordez les problèmes de l'alimentation, du sommeil, des loisirs ?**

Dans les investigations qu'on fait au cours du bilan, apparaissent les activités en dehors de l'école, mais je ne vais pas demander à quelle heure il va se coucher. Il ne faut pas non plus être trop investigateur. Je pense qu'on s'en rend compte après en discutant avec les enseignants, c'est parfois un peu délicat de poser des questions, de remettre en cause le système éducatif, est-ce que votre enfant se couche tous les soirs à huit heures, non je ne pose pas cette question-là comme ça.

**Et s'il y a un problème d'endormissement, de cauchemars ?**

Oui, ce sera évoqué de manière plus générale. Il y a un certain nombre de parents qui viennent spontanément, il y en a d'autres qui viennent contraints et forcés. Dans le premier cas, on a tous les éléments, les parents sont très attentifs aux problèmes de leurs enfants. Autrement, non, c'est parfois difficile.

**Vous m'avez parlé de la dysphonie, comment faites-vous l'anamnèse ?**

Dans la dysphonie, il y a des éléments importants, comme les obligations fonctionnelles dans le travail. Il y a forcément une raison quelque part. J'ai un patient qui est maître-nageur, on va comprendre déjà pourquoi il a une dysphonie : parce qu'il y a du chlore, des agressions, une mauvaise acoustique.

**Pendant l'anamnèse vous parlez de l'histoire du trouble, de la date d'apparition des symptômes, parlez-vous de la gêne que ça occasionne ?**

Là c'est pareil, on va tomber dans le même parallèle, si je prends une personne adulte avec un problème de phoniatry, la gêne sera évoquée. La gêne au niveau de l'enfant –j'ai eu un enfant hier en bilan je n'ai même pas eu à poser la question, parce que la maman l'avait écrit, elle avait déjà fait une anamnèse où elle décrivait la gêne de son enfant : « B. est très angoissé par ses problèmes de lecture... c'est une demande de sa part de régler son problème de lecture ». Sinon, je pose la question, mais pas comme ça. Je vais plutôt lui demander s'il aime lire, plutôt que de demander si ça le gêne.

**Est-ce que vous évoquez le comportement de l'enfant à l'école ?**

On demande si ça se passe bien à l'école.

**Au niveau du développement psycho-affectif, vous posez des questions sur la fratrie, les relations dans la famille, mais abordez-vous les aspects fusionnels ?**

On les voit, on n'a pas forcément une bonne analyse, mais il y a des comportements qui sont quand même assez révélateurs lors des entretiens, sur le comportement de l'adulte et de l'enfant, celui qui va parler, les prises de paroles.

**Les appuis théoriques sur lesquels vous vous fondez pour l'anamnèse datent-ils de votre formation initiale, ou d'une formation personnelle ?**

Non, je pense que c'est plus sur le terrain. Les premières fois, on s'appuie sur quelque chose de très théorique, caricaturé, puis après ça vient. On a engrangé un certain nombre de questions, une grille.

**Vous trouvez l'opportunité de les poser au cas par cas ?**

Non, il y a des fois où on en loupe, on se dit tiens j'ai oublié quelque chose, mais on peut poser la question la fois suivante.

**Est-ce que vous vous référez à un courant en particulier ?**

Non, à moi.

**L'anamnèse contribue-t-elle au choix des tests ?**

Ce n'est pas fondamental. Si, ça peut effectivement parfois orienter certains tests, si on a des problèmes d'attention, ou de discrimination visuelle, on va pouvoir orienter. Si, si ça peut jouer effectivement.

**Est-ce que l'anamnèse contribue à élaborer le diagnostic ?**

Oui, on peut la retrouver. Quand on parlait de l'obligation professionnelle de parler dans le bruit, on la retrouve. Elle sera parfois une condition sine qua non à supprimer, pour régler le problème.

**Est-ce qu'elle contribue à l'élaboration du projet thérapeutique ?**

Oui, elle intervient. Dans tous les éléments de l'anamnèse on a pris des enseignements qui nous font prendre en compte des batteries d'évaluation particulières et on va certainement en tenir compte, ne serait-ce que dans le relationnel avec la personne. Si on a un enfant qui est très angoissé, on va être plus attentif à ne pas le mettre en situation de difficulté, ce qu'on fait en général, mais on va peut-être accentuer un peu plus.

**Est-ce qu'elle contribue à conseiller une autre orientation thérapeutique ?**

Oui, ça arrive souvent. Soit les gens ne connaissent que l'orthophonie, donc s'il y a un problème on va voir l'orthophoniste. Un enfant qui confond sa droite et sa gauche, c'est plutôt un psychomotricien qu'il doit aller voir. Ou alors on va voir l'orthophoniste parce qu'on ne veut pas aller voir le psychologue, c'est souvent ça aussi. A nous de dire qu'on n'est pas compétent.

**Et à demander des examens complémentaires ?**

En général, oui pour des examens auditifs.

**Pour vous, sert-elle à engager le transfert, la relation, la confiance ?**

Je pense que oui, elle est importante. Si ça ne s'est pas bien passé le premier jour, c'est difficile après. C'est très important pour l'enfant ou l'adulte. C'est pourquoi j'aime faire l'anamnèse avec l'enfant seul dans un second temps, parce que souvent ils évoquent plein de choses quand ils sont tout seuls qu'ils ne disent pas forcément avec leurs parents.

**Et la question de la motivation de l'enfant ?**

Vaste question. Ils ne sont pas tous motivés, ils ne sont pas tous là de leur plein gré non plus. Ils viennent avec une idée préconçue, s'ils arrivent à la modifier lors de l'anamnèse, s'ils ont quelque chose de différent de ce qu'ils attendent, souvent on peut repartir mieux.



**L'anamnèse peut-elle inspirer la méfiance en donnant l'impression d'une trop grande intrusion ?**

Oui, c'est sûr, il faut faire attention. C'est toujours délicat, notamment au niveau de la structure familiale, quand on commence à rentrer dedans. Les gens n'évoquent qu'un pan de leurs difficultés, quand il y a des problèmes relationnels au sein du couple, des problèmes d'hygiène alimentaire, ou un parent décédé, c'est difficile de l'évoquer d'abord devant l'enfant. On arrive à les évoquer, mais dans un autre rendez-vous à part. Mais parfois ils ne veulent pas en parler, et là c'est difficile de leur faire dire ce qu'ils ne veulent pas dire. Là aussi on retrouve l'intérêt de contacter l'enseignant parce que on peut échanger des choses qui restent entre les personnes, ça permet de mieux cerner les difficultés de l'enfant.

**Qu'est-ce qui apparaît dans le compte-rendu de bilan ?**

C'est la première partie. Je mets ce qui peut avoir une interaction avec le problème noté. Si c'est au plan vocal, ce n'est pas compliqué, c'est soit l'hygiène alimentaire, soit le tabagisme, des choses comme ça. Si c'est un enfant, ce sont les faits marquants qui peuvent être déterminants.

**La pratique de l'anamnèse est-elle plus aisée avec l'expérience ?**

Je pense, oui. Ma formation initiale n'était pas complète à ce niveau-là. La vôtre doit être plus riche sur l'anamnèse.

## **ENTRETIEN 7**

Orthophoniste exerçant en libéral, trente-trois ans d'expérience.

### **Quand l'anamnèse a-t-elle lieu ?**

Elle a lieu lors de la première rencontre que je peux avoir avec l'enfant et ses parents. J'essaye de voir les deux parents, ce n'est pas toujours facile, c'est souvent avec la maman ou avec le papa, de plus en plus puisque le vendredi avec les R.T.T. maintenant on arrive à voir les papas. En général je démarre le bilan en faisant raconter aux parents le pourquoi de leur démarche, me raconter ce qui s'est passé avec leur enfant jusque là.

### **En général, combien de temps dure-t-elle ?**

Ça dépend vraiment des cas et de la façon dont les gens arrivent à se livrer ou pas, il y a des anamnèses qui peuvent durer une heure et d'autres un quart d'heure. Il n'y a pas de règle.

### **C'est plutôt en fonction des gens, de leur ouverture ?**

Oui, parce que tous les gens ne sont pas prêts à se livrer dès le premier rendez-vous. D'autres au contraire vont dire beaucoup de choses à l'occasion de la première rencontre, c'est très variable.

### **Vous la conduisez sous la forme d'un entretien libre, dirigé ou semi-dirigé ?**

Il y a des questionnements sur l'histoire de l'enfant, au niveau de sa maladie, au niveau de l'apparition de ses troubles, au niveau de son comportement au sein de la famille, son comportement à l'extérieur, ce que les parents pensent du trouble de leur enfant, les démarches qu'ils ont pu faire, s'ils ont essayé d'avoir recours à des personnes extérieures ou s'ils se sont débrouillés tout seuls.

### **Quand il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, à qui vous adressez-vous ?**

Je dirais qu'à partir de quinze, seize ans, je fais venir l'adolescent seul. Pour l'enfant, en général je m'adresse aux parents et à l'enfant, parce que l'enfant assiste toujours à l'anamnèse, sauf cas très particulier où les parents demandent à me voir seuls. Je m'adresse en même temps aux parents et à l'enfant, et je peux m'adresser à l'enfant après l'anamnèse quand je fais le bilan seule avec l'enfant, en lui disant que ce qu'il me dit lors de cet entretien où nous sommes tous les deux, je n'ai pas à en reparler avec ses parents s'il ne le souhaite pas.

### **Est-ce que vous utilisez le dossier médical ou des données venant d'autres professionnels ?**

Oui, je regarde le carnet de santé avec les parents. Avant de le regarder je leur demande s'ils pensent que dans l'histoire de leur enfant il y a eu des événements particulier qui peuvent amener l'enfant à avoir des difficultés dans son évolution, dans son langage. J'essaye déjà de leur faire verbaliser sans regarder le dossier. Et puis après quand les parents amènent le carnet de santé de l'enfant, je regarde avec eux. En général ils savent me préciser d'ailleurs les points importants. Quand c'est les papas c'est quelquefois plus difficile, ils ne se souviennent pas si l'enfant a eu

des pathologies particulières sauf cas grave, mais pour les pathologies banales ils n'arrivent pas toujours à retrouver les événements.

### **Est-ce que vous abordez la question de la naissance pendant l'anamnèse ?**

Oui, pour les enfants je demande à la maman comment s'est passée la grossesse et la naissance, comment elle l'a vécue elle aussi.

### **Et s'il y eu des problèmes ?**

S'il y a eu un diagnostic posé, les parents viennent avec le dossier, s'il y a eu des problèmes neurologiques, on en parle. Evidemment ça joue, chez l'enfant et chez la maman, la façon dont elle a vécu sa grossesse, si elle a été très angoissée quand elle portait l'enfant, très angoissée après s'il y a eu des séparations obligées à cause d'un problème médical. C'est difficile de trouver soi-même l'importance que ça va avoir sur l'évolution de l'enfant, sur son développement.

### **Est-ce que vous demandez les antécédents thérapeutiques ?**

Oui, bien sûr. Et je demande toujours qui a décidé de la demande de bilan d'orthophonie, qui est à l'initiative de cette demande, si ce sont les parents, l'instituteur ou le médecin, c'est très important. Comment les parents et l'enfant se situent là-dedans.

### **Il y a la question de la motivation aussi ?**

Oui, et puis quelquefois on voit des parents qui disent : « je viens parce que l'institutrice pense que mon enfant a des problèmes, moi je pense que tout va bien », par exemple. Ou quelquefois : « je viens de ma propre initiative parce que je sens bien que mon enfant peine, l'institutrice me dit que tout va bien, j'aimerais avoir votre avis ». C'est important aussi, quand les parents viennent d'eux-mêmes.

### **Pour les adolescents ?**

Il faut toujours que ce soit lui qui décide de sa démarche, je ne prends pas d'adolescent qui me dirait « je veux bien venir, mais je viens parce que mes parents m'ont dit de venir, ou un professionnel ». J'attends toujours qu'il fasse une démarche personnelle. Ça peut être : on fait le bilan, moi je dis ce que j'en pense, et quand il peut y avoir une prise en charge après, je leur demande de réfléchir et puis qu'ils me rappellent eux-mêmes.

### **Et ça à partir de quel âge ?**

Ça dépend des enfants, il y en a qui dès douze, treize ans peuvent faire ça, ça dépend de la maturité, de ses troubles aussi.

### **Est-ce que vous abordez les antécédents familiaux ?**

Oui, j'essaye de savoir si dans la famille côté paternel, maternel il y a des pathologies au niveau du langage oral, au niveau du langage écrit. Je le fais depuis assez peu de temps en fait de remonter dans les antécédents familiaux, on sait bien maintenant qu'on retrouve des pathologies dans les familles, que ce soit pour le bégaiement, la dysphasie, la dyslexie. C'est important de le savoir, en essayant de ne pas culpabiliser le parent qui a la même pathologie que l'enfant.

### **Au niveau de la vie scolaire, vous demandez le parcours de l'enfant ?**

Oui.



**J'ai vu plusieurs orthophonistes qui m'ont dit qu'ils appelaient systématiquement l'enseignant de l'enfant.**

Je ne fais pas ça parce que, d'abord, il y a des parents et des enfants qui ne tiennent pas à ce que l'instituteur soit au courant, il faut respecter ça. Ce n'est pas parce que l'enfant vient en orthophonie que l'instituteur doit être tenu forcément au courant. Je ne refuse pas le dialogue avec l'instituteur mais il faut qu'il y ait une demande de sa part, donc ce n'est pas systématique. De toutes façons, quand je contacte l'instituteur, j'en parle toujours à l'enfant et à la famille.

**Au niveau du développement psychomoteur, posez-vous des questions ?**

Au niveau psychomoteur, je demande les différentes étapes classiques : à quel âge il s'est mis assis, à quel âge il a marché, à quel âge il a été propre, est-ce qu'il y a eu des reculs dans la propreté, je demande toujours le démarrage du langage, est-ce que l'enfant s'est fait comprendre rapidement, est-ce qu'il parlait par gestes, est-ce qu'il était très communicant ou pas du tout, ce genre de questions. Surtout je demande aux parents s'ils ont eu une inquiétude à une de ces étapes.

**Au niveau de la vie quotidienne, les repas, le sommeil ?**

Oui, j'interroge aussi là-dessus. Le comportement dans la famille, est-ce que la relation avec l'enfant pose problème aux parents, est-ce qu'il y a des choses qui ne se passent pas bien à la maison. Le comportement à table, ça me paraît important, et le sommeil aussi. Si l'enfant est inquiet, anxieux, est-ce qu'il a du mal à trouver le sommeil, est-ce qu'il fait des cauchemars.

**Et ça va orienter votre travail ?**

Oui, quelquefois on dit aux parents : vous voyez, il a pas mal de manifestations d'anxiété, il ne mange pas régulièrement, il s'oppose à la nourriture, il s'endort difficilement. On peut mieux cerner l'enfant et éventuellement conseiller d'aller voir un psychologue ou un psychiatre.

**Est-ce que vous parlez des loisirs de l'enfant ?**

Oui, je demande toujours à l'enfant ce qu'il fait en dehors de l'école, est-ce qu'il a une activité, est-ce qu'il fait du sport, est-ce qu'il aime se dépenser, est-ce qu'il aime être avec les autres, pour voir si l'enfant sort un peu de sa famille ou pas, s'il arrive à s'inscrire dans une activité d'équipe, s'il préfère être seul, s'il aime la musique, tout ça c'est important.

**Est-ce que vous parlez de la gêne qu'occasionne le trouble ?**

Oui, c'est ce qui est majeur. Prendre en charge un enfant, un adolescent ou un adulte, c'est souvent en fonction de comment est vécu son trouble. On voit des enfants qui ont un trouble mineur et qui sont extrêmement gênés, un enfant qui zozote, il peut être très malheureux de ça, bien qu'il ait quatre ans, par exemple. Pour moi ce serait un appel pour le prendre en charge plus rapidement qu'un autre. Comment l'enfant perçoit son trouble, ou sa famille, c'est très important. Ce qui explique d'ailleurs que les enfants qui ont un trouble léger, même au niveau du langage écrit, quelquefois il y a des enfants très malheureux d'être comme ça et ça va en plus alourdir le symptôme.

**Au niveau du développement psycho-affectif, observez-vous des aspects**

### **fusionnels ?**

Oui, on voit le comportement de l'enfant qui vient avec sa maman, est-ce qu'il a le droit à la parole, est-ce qu'il répond à sa place, est-ce qu'il est sur ses genoux... Un enfant qui est très fusionnel avec sa maman, je ne vois pas trop comment on peut s'inscrire dans une relation comme ça, je démarre rarement un travail orthophonique quand c'est comme ça. Soit on diffère, on propose de revoir les parents et l'enfant, mais je ne démarre pas. Un enfant qui est complètement fusionnel avec sa mère, il n'y a pas de place pour l'orthophoniste, ou alors ça va être trop brutal. Je ne suis pas pour prendre l'enfant avec ses parents dans les séances. Il faut que l'enfant puisse instaurer une relation en dehors de sa maman, s'il ne peut pas, c'est que ce n'est pas le moment.

### **Les items sont-ils abordés dans un ordre précis, aléatoire, selon la conversation ?**

Je ne suis pas très rigoureuse, donc je laisse un petit peu les gens parler. Je ne remplis pas un questionnaire, je prends des notes mais pas dans un ordre formel, j'essaie de ne rien oublier, je fais préciser certains points. Il y a des parents qui viennent avec plein de choses à dire, éventuellement je les fais revenir, quelquefois on consacre une heure à parler des difficultés de l'enfant.

### **Utilisez-vous une grille de questions par pathologie ?**

Non, je pose un peu toujours les mêmes questions.

### **Mais pour l'adulte, par exemple pour une dysphonie ?**

Pour l'adulte, l'anamnèse est différente. En effet elle change en fonction de la pathologie. Pour l'adulte elle se centre plus sur l'apparition du trouble, s'il a des problèmes familiaux actuellement, de travail, s'il y a des pathologies médicales autres... Pour les aphasies, est-ce que le patient peut répondre ou si ça va être son conjoint, c'est un peu particulier, j'essaie d'être plus légère. Avec les aphasies on a toujours un suivi avec la famille, donc c'est petit à petit que ça peut se dévoiler.

### **Sur quelles bases théoriques vous appuyez-vous pour l'anamnèse ?**

Dans ma formation initiale je n'ai pas eu grand-chose, c'est plutôt dans la formation continue, et puis la pratique. J'ai fait une formation continue sur la méthode Chassagny, qui m'a bien aidée à se poser des questions sur ce qu'on décide de faire avec le patient, comment on mène la rééducation, comment on mène l'interrogatoire au départ.

### **Vous référez-vous à d'autres courants ?**

J'ai lu pas mal de choses sur la psychiatrie, ça doit rentrer en ligne de compte.

### **Est-ce que l'observation des attitudes du patient et de son entourage est importante ?**

Oui, bien sûr, c'est noté discrètement. Je ne travaille jamais sur ordinateur pendant l'anamnèse. Ça m'est arrivé une fois en tant que patiente avec un médecin, et j'ai trouvé ça horrible. Il était toujours sur son clavier et moi je ne comptais plus. Je prends des notes. Quelquefois quand les gens me dévoilent des choses assez intimes j'essaie de ne pas prendre de notes. J'estime que c'est déjà difficile pour eux de le

dire, alors si on est en train de noter... j'essaie après coup de noter. Ce n'est pas toujours facile de prendre des notes pendant l'anamnèse. C'est pas facile l'anamnèse en fait. C'est très important dans la relation qu'on peut avoir avec le patient après, ce n'est pas facile à mener. Il faut être délicat, c'est pour ça que les questionnaires-types, je n'aime pas trop.

**L'observation prend-elle une part dans les informations que vous recevez ?**

Oui, c'est important.

### **Est-ce que l'anamnèse contribue au choix des tests ?**

Oui, si je sens que l'enfant est très angoissé, qu'il est à un moment de sa vie où il n'est pas bien du tout, je vais essayer d'alléger les tests. Je ne vais pas le mettre en difficulté, par exemple, je repousse à plus tard les tests. Oui, je crois que ça peut jouer.

### **Contribue-t-elle au diagnostic ?**

Oui, parce qu'un enfant qui est très anxieux, pour lequel les parents vont avoir une attitude très protectrice, ou qui ne comprennent pas l'enfant, on va se dire que le trouble n'est pas seulement organique ou instrumental. Je crois que tout est lié, toujours. On ne peut pas se départir de ça, il n'y a pas d'un côté les problèmes que l'enfant va avoir en langage oral ou écrit, et puis de l'autre côté sa psychologie, son affectivité, la façon dont il vit dans sa famille. Tout est lié forcément, il n'y a pas de rupture dans tout ça.

### **Est-ce qu'elle participe à l'élaboration du projet thérapeutique ?**

Oui, éventuellement à l'orientation à donner à la rééducation elle-même et éventuellement à se dire qu'il faudra peut-être s'aider d'un autre professionnel.

### **Et donc à conseiller une autre orientation thérapeutique ?**

Oui, psychomotrice, psychiatre, psychologue, ou plus un travail d'équipe pour les dysfonctionnements familiaux importants.

### **C'est à l'issue de l'anamnèse que vous pouvez conseiller cela ?**

Oui, ça arrive, après avoir fait le bilan avec l'enfant. Je conseille aux parents ou à l'adolescent d'aller voir quelqu'un d'autre ; parce que je pense que ça ne relève pas de mes compétences, que je ne pourrai pas l'aider.

### **Sert-elle à demander des examens complémentaires ?**

Oui, aussi, O.R.L. par exemple, visuels, de plus en plus, ophtalmo mais aussi orthoptie. A faire un bilan psychomoteur, psychologique aussi.

### **Sert-elle à engager la relation, le transfert, la confiance ?**

Oui, je crois que le premier rendez-vous est très important, même si les choses peuvent se débloquer après. La première rencontre va orienter sur beaucoup de choses. Si on rate l'anamnèse, si on rate le premier rendez-vous, c'est difficile après de récupérer les choses.

### **Pour vous est-ce que l'anamnèse est une bonne entrée en matière ?**

En règle générale, je dirais oui, mais ça peut ne pas être forcément une priorité. Ça m'est arrivé de voir des gens très embarrassés pour parler de leur vie et de la vie de l'enfant, encore qu'il faut qu'ils aient suffisamment de repères pour qu'on s'y retrouve, mais il m'est arrivé de faire d'abord le bilan, par exemple, après avoir discuté cinq ou dix minutes avec les parents ; quelquefois ce qu'on trouve au bilan peut aussi changer le regard des parents sur ce qu'est l'enfant, dans le meilleur des cas. Quelquefois des parents dressent un tableau très noir de l'enfant, et finalement en faisant le bilan on peut leur dire il arrive à faire tout ça, il n'est pas aussi en

difficulté que ça, alors qu'est-ce qui se passe ?

**L'anamnèse peut-elle inspirer la méfiance en donnant l'impression d'une trop grande intrusion ?**

Oui, si elle est mal conduite, si on est maladroit, ça peut arriver. C'est à nous de sentir, de ne pas aller trop loin. Que les parents ou l'individu partent parce qu'on a été maladroit, c'est dommage.

**Par exemple, quand vous demandez à un adulte ce qui se passe dans sa vie privée, est-ce toujours bien compris ?**

Les gens s'autorisent à dire non, je n'ai pas envie d'en parler. Dans ce cas-là ça leur appartient. On est capable d'entendre ça. Ils ne sont pas obligés de répondre à nos questions. Ou on dit d'emblée, je vais vous poser des questions, si ça vous gêne vous me le dites.

**Ça vous est déjà arrivé ?**

Oui. Plus avec des pères. Je trouve qu'ils sont moins à l'aise pour parler de tout ça, peut-être parce que je suis une femme. Les hommes n'aiment pas trop qu'on entre d'emblée dans leur vie privée ; même quand un père vient seul avec son enfant ; quand c'est une maman, elle dit je suis séparée, pour les papas c'est très difficile quelquefois de dire ça.

**Qu'est-ce qui apparaît dans le compte-rendu de bilan ?**

Dans le bilan pour la Sécu, très peu de choses, sauf sur le développement psychomoteur par exemple. Tout ce qui est du domaine psychologique je le garde pour moi. Et puis il faut se méfier de trop projeter de choses, ce sont des impressions qu'on a au départ, qui ne se révèlent pas forcément vraies. On n'a pas une intuition pour tout, on ne maîtrise pas tout quand on reçoit quelqu'un pour la première fois. Donc je suis prudente avec ça. Pour les médecins prescripteurs, j'envoie un bilan où je ne fais pas trop part de ça, je téléphone s'il y a une incidence importante dans la rééducation, s'il y a des choses un peu particulières, un peu lourdes dans la vie de l'enfant. Je ne note pas trop.

**La pratique de l'anamnèse est-elle plus aisée avec l'expérience ?**

Oui, évidemment. L'anamnèse c'est quelque chose de difficile quand même. Sauf si on s'en tient à un questionnaire-type ; je pense évidemment que l'expérience c'est plus facile. On fait tous des erreurs dans nos anamnèses, et on essaie d'en tirer les conclusions, d'être plus habile, de mieux construire l'anamnèse. La pratique compte énormément, mais pour tout. Ça ne s'apprend pas trop, on a beau lire des bouquins là-dessus, avoir des cours, il faut pratiquer, et sentir les gens.

**Avez-vous des remarques à faire sur l'anamnèse ?**

Une fois que j'ai fait l'anamnèse, je fais le bilan, je revois bien ce que m'ont dit l'enfant, les parents, je fais le bilan-type avec tout ce que j'ai remarqué au niveau de la pathologie, ce qui fonctionne bien, ce qui dysfonctionne, et j'essaie d'oublier l'anamnèse.

**Pourquoi ?**

Parce que je pense que je peux me tromper aussi et je ne veux pas que ça ait trop d'importance dans ma relation avec l'enfant, j'essaie de mettre du recul par rapport

à ce qui a été dit et j'essaie d'oublier un peu l'anamnèse pour voir l'enfant tel qu'il est au moment où je l'ai en face de moi.

### **Quoi en particulier ?**

Par exemple, un couple qui serait en train de divorcer, qui m'aurait dit ça, ça peut intervenir mais il faut laisser ça de côté. Je ne vais pas forcément lui reparler de ça si lui ne m'en parle pas. Essayer de plus rentrer dans ses difficultés et savoir comment l'aider, sans toujours avoir ça en tête, parce que je pense que ça peut gêner. On peut en tirer des conclusions qui ne sont pas les bonnes. Ce que les parents disent de ce qu'ils perçoivent de leur enfant, de ce qu'ils perçoivent des événements de la vie, l'enfant en a quelquefois une perception tout à fait différente. L'angoisse des parents est là, mais elle ne ressurgit pas forcément sur l'enfant à ce moment-là. Donc j'essaie d'oublier l'anamnèse pour ne pas être parasitée par tout ce qui a été dit. Je suis orthophoniste, je ne suis pas psychologue.

## **ENTRETIEN 8**

Orthophoniste exerçant en libéral, vingt ans d'expérience.

### **Quand l'anamnèse a-t-elle lieu ?**

Dès la première rencontre. Pierre Ferrand disait que pour lui le moment le plus important dans son métier d'orthophoniste, c'était vraiment la première rencontre avec la personne. Et pour moi c'est pareil, avant de préparer un bilan, déjà l'anamnèse elle commence pour moi dès le coup de téléphone, dès la prise de rendez-vous. Déjà la manière dont la personne se présente, la manière dont elle demande le rendez-vous, la façon dont ça se passe, moi déjà je perçois énergétiquement une partie de la personnalité et si la demande est claire ou confuse, ou si la personne vient parce qu'on l'a motivée à faire la démarche ou si ça vient d'elle. Déjà mon oreille est au travail, j'ai à l'intérieur de moi des signes qui vont faire que je vais être dans tel ou tel registre de ma personne.

### **En général combien de temps dure-t-elle ?**

C'est totalement variable, ça va vraiment dépendre et de la personne, et de la pathologie. En général pour un bilan je prends toujours beaucoup de temps. Au minimum ce sera en une fois et une heure pour des pathologies qui sont simples du genre trouble d'articulation, mais très souvent je le fais en deux fois parce que j'ai besoin de redire des choses pour qu'elles soient entendues et je pense que la personne, il y a beaucoup d'émotionnel, ce n'est pas rien un bilan, de venir dire : il y a quelque chose qui est difficile pour moi, pour mon enfant, puisqu'on touche aussi aux parents, et les gens ont besoin de prendre du recul, et aussi d'entendre à l'intérieur d'eux toute la résonance parce que très souvent les gens me disent qu'il s'est passé plein de choses après la première rencontre.

### **Des choses de quel ordre ?**

Changement de comportement, il y a plein de choses qui se disent, ça bouscule, il y a des prises de conscience qui se font.

### **Le fait de parler du vécu, de l'histoire, du trouble ?**

Voilà, de la famille, du comportement à la maison.

### **Et la durée de l'anamnèse ?**

Elle dure environ une heure.

### **Comment conduisez-vous l'anamnèse ? Est-ce sous la forme d'un entretien libre, d'un questionnaire dirigé ?**

J'ai un questionnaire mais je n'aime pas trop le terme dirigé.

### **Il est semi-dirigé ?**

Oui, il y a une trame et puis je vais suivre la trame au ressenti en fait. Et ça va dépendre de l'attitude de la personne, si elle est ouverte, ça va être très simple, si je

sens qu'il y a des résistances je vais être beaucoup plus à l'écoute de ses émotions. Si je sens qu'il y a un énorme poids sur le cœur je vais y aller piano, tranquille, quitte même à faire que le bilan soit plus long.

### **Quand il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, à qui vous adressez-vous ?**

S'il s'agit d'un enfant, le parent l'accompagne. S'il s'agit d'un adolescent, je lui demande s'il veut venir seul ou avec les parents.

### **Quand l'enfant vient accompagné de ses parents, vous vous adressez en premier lieu aux parents ou à l'enfant ?**

Je m'adresse à l'enfant, même à l'enfant petit, et ça surprend beaucoup et les parents, et l'enfant. Le petit enfant, je le considère comme quelqu'un qui peut entendre mon langage d'une manière normale. Donc là je peux avoir des réactions soit de timidité s'il n'est pas habitué à ce qu'on lui parle comme ça, soit des réactions de provocation.

### **Est-ce que vous utilisez le dossier médical ou des données venant d'autres professionnels au moment de l'anamnèse ?**

Oui, notamment le carnet de santé. Pour moi c'est un élément important qui me donne plein d'éléments complémentaires : s'il est bien tenu, on voit tout de suite si l'enfant est suivi beaucoup par le médecin, si les parents sont des gens anxieux...

### **Est-ce que vous pouvez me décrire votre trame ?**

En général, quand je m'adresse à l'enfant, je lui demande son prénom, son nom, sa date de naissance, son adresse, son lieu d'école, je demande aussi le prénom de son papa, s'il sait quel est le travail de son papa, et la même chose pour la maman. Ça, ça me donne déjà des données au niveau du langage, la manière dont il s'exprime, la manière dont il a ses repères par rapport à son identité, par rapport à sa naissance, et repères dans l'espace, son adresse. Ça me paraît important. La profession des parents me permet de situer le milieu social. Après je continue au niveau de la fratrie, ça me permet de voir quelle est l'ambiance entre les frères et sœurs. Je demande aussi s'il y a des animaux dans la maison, ça me paraît important par rapport au côté affectif. Après je vais voir les activités sportives, est-ce que l'enfant sort de la famille, est-ce que c'est ouvert, déjà ça me donne énormément de renseignements par rapport à l'ambiance.

### **Ça c'est toujours à l'enfant que vous le demandez ?**

Oui. Après je lui propose de faire un dessin de sa famille, et pendant ce temps-là moi je continue avec la maman ou le papa. Je vais demander des renseignements plus médicaux ou plus scolaires. Je demande à quel âge il est allé à l'école, ça me donne déjà par rapport à la mise en place de son langage, à quel âge il est apparu, quelle était la structure de son langage, s'il parlait par mots, par phrases. Son adaptation au groupe : est-ce que ça a été facile, est-ce que ça a été difficile, est-ce qu'il y a eu des difficultés de séparation. J'ai déjà beaucoup de choses. Après je demande au niveau du développement psychomoteur, à quel âge il a marché, à quel âge il a été propre de jour, de nuit. Est-ce qu'il a fait des otites, est-ce qu'il a déjà eu un bilan O.R.L., est-ce qu'il a déjà eu des interventions au niveau anatomique. Ensuite je vais voir la naissance, est-ce qu'elle s'est bien passée, est-ce qu'il est né à terme, est-ce que la maman l'a allaité, est-ce que la grossesse s'est bien passée, quel était le climat pendant la période intra-utérine, et puis au moment de la naissance. Plus j'avance dans ma profession, plus je me rends compte que la naissance est un moment très important, très souvent une pathologie va remonter à la naissance, à la période intra-utérine ou avant. L'enfant a besoin d'entendre comment il a été accueilli, comment ça s'est passé quand il est arrivé. Vous

n' imaginez pas tout ce que l'enfant entend qu'il n'a jamais entendu. De temps en temps, il y a des enfants qui bâillent tellement il y a des poids qui se lâchent, simplement par le fait de dire les choses, de verbaliser. Là on est aussi dans l'essence de notre métier qui est au niveau du verbe. C'est comme si le soin commençait déjà par la parole. Même quand il y a des choses difficiles à entendre, c'est bien plus grave de ne pas dire que de dire. Moi dans ma vie personnelle, je suis née dans une famille de tabous et de non-dits, mais si j'avais eu la chance de rencontrer un adulte, qu'il soit enseignant, qu'il soit médecin, qu'il soit orthophoniste, qu'il soit n'importe qui, qui ait pu me permettre d'entendre quelque chose que ma mère puisse dire, ça m'aurait beaucoup aidé. Après, je demande si l'enfant dort bien, s'il prend un bon petit-déjeuner, je demande aussi par rapport au biberon parce que je me suis rendue compte que des enfants de six ans étaient encore au biberon.

### **Pourquoi demandez-vous comment l'enfant dort ?**

C'est pour sentir son rythme, la notion de rythme est très importante. L'alimentation, le sommeil, le fonctionnement : est-ce qu'il est tonique, est-ce qu'il est inhibé, est-ce qu'il parle, est-ce qu'il exprime ses émotions, est-ce qu'il est colérique... Tout ça va me donner des pistes parce que je ne vais pas travailler qu'au niveau du langage mais avec la personne entière. L'anamnèse est mon outil de départ, on ne peut pas travailler en tant que professionnel si on n'a pas été sentir qui est cette personne humaine. L'anamnèse me permet de cibler si c'est vraiment du ressort de l'orthophonie, ou si c'est du ressort du psychologique, si c'est du ressort de la psychomotricité.

### **Est-ce que pour vous le dessin est un élément anamnétique ?**

Oui, très important. Moi je ne sais pas interpréter un dessin, mais ça me permet de voir si l'enfant est gaucher ou droitier, de voir son tracé, la place qu'il prend, son imaginaire, si son dessin est vivant ou pas. C'est un temps où l'enfant est dans ce qu'il fait tout en écoutant, c'est un temps de pause pour lui, c'est très riche.

### **Est-ce que pour les adultes l'anamnèse a une autre fonction ?**

C'est exactement la même chose. Je vais vous donner un exemple avec un homme aphasique que je suis, qui est triplé, né au moment de la guerre dans un milieu très fruste, gaucher contrarié, il a subi des sévices au niveau de l'école et de sa famille, il n'a jamais appris à lire et à écrire. L'anamnèse que je fais avec sa femme m'apporte tous ces éléments.

### **Vous reparlez avec les adultes de leur enfance ?**

Oui. Je suis par exemple un adulte qui a des problèmes de mémoire, je vais aller voir quel est son rapport à sa mère, quel est son rapport à son père. Dans toutes les rééducations.

### **Est-ce que vous demandez au patient quelle gêne occasionne son trouble ?**

Je n'en parle pas comme ça. Je pose la question par rapport à son ressenti. Je montre à la personne que je suis attentive à ses difficultés dans sa vie de tous les jours. Je pose les questions très simplement : qu'est-ce qui est difficile pour vous ? Je vais être en empathie avec elle.

### **Est-ce que vous observez les aspects fusionnels ?**

Oui, et là j'en parle. Par exemple un enfant qui passe par la maman, je dis : vous voyez, il ne peut pas s'adresser à moi tout de suite, il passe par vous. Ou une maman qui accompagne son enfant jusqu'à la porte de l'école, je dis : est-ce que vous avez conscience du lien que votre enfant a avec vous, de la dépendance, de la fusion ? Là c'est à vous de donner la possibilité à l'enfant de vous quitter. De quoi vous avez peur ? Si je lui dis ça c'est qu'elle peut entendre.

**Au niveau des appuis théoriques, est-ce que vous avez des références ?**

Non

**Pour l'anamnèse, c'est votre formation initiale qui vous guide ?**

Je crois que ce n'est même pas ça. Je pense que c'est l'observation que j'ai faite, ou bien les courriers que je faisais qui me donnaient une trame.

**Ce n'est donc pas votre formation initiale ?**

Si, remarquez. Ce qui me déplaît, c'est que c'était un peu fait comme un test, ça fige aussi les choses. Il y a une souplesse à trouver entre une rigueur et une souplesse aussi, pour que ce soit vivant et qu'on soit ouvert à ce qui arrive. On fonctionne dans le moment présent.

**C'est l'adaptabilité ?**

Voilà, je peux très bien avoir un bilan où c'est la mère qui va parler, je n'avais pas prévu ça. Elle me raconte toute son histoire et on passe une heure à parler d'elle. C'est comme ça.

**Et vous laissez faire dans ces cas-là ?**

Oui, je ne vais surtout pas dire j'arrête et puis je reprends mon anamnèse. C'est une magnifique occasion de la libérer elle, donc vous imaginez, le gamin va être complètement libéré. Forcément, quand les parents assistent, ça les renvoie à eux. Je leur dis, moi je suis orthophoniste, mais votre enfant va venir chez moi, je vais proposer des stratégies, mais le travail va se faire avec vous, ce n'est pas moi qui vais faire le travail. Ça les interpelle, beaucoup de parents me demandent « est-ce que c'est à cause de moi ? », c'est la culpabilité qui ressort, ou bien « qu'est-ce qu'on peut faire ? ». Je dis ça va se faire petit à petit, il n'y a pas lieu de paniquer, votre enfant ne va pas si mal que ça. Il y a plein de réactions possibles, il n'y a pas deux bilans qui se passent pareil.

**Et vous ne vous référez à aucun courant dans votre pratique ?**

Non. Je n'en ai pas envie. J'ai fait beaucoup de formation continue, mais maintenant je me sens tout à fait solide. Je n'ai pas envie de rentrer dans une école untelle, sinon c'est du dogmatisme, ça ne m'intéresse pas.

**Pour vous, est-ce que l'observation pendant l'anamnèse est importante ?**

Elle est hyper importante. Par exemple, l'attitude de la mère, la respiration de la mère, tout ce qui ne va pas être dit, et tout ce que je ressens. Mon inconscient est hyper présent, je suis tout ouverte.

**Quand il y a un vécu très difficile, comment le recevez-vous ? arrivez-vous à mettre de la distance par rapport à vos émotions ?**

Oui, ça demande d'être hyper centrée. La difficulté que j'ai, c'est de ne pas prendre. Il y a quelquefois des situations où il y a énormément de colère, énormément d'émotionnel, il y a des transferts qui se font. Je peux avoir très souvent des mamans qui pleurent, par exemple par rapport à un deuil qui n'est pas fait, par exemple par rapport à leur père. Donc elles vont pleurer, c'est très libérateur, parce qu'en fait elles prennent conscience de là où elles en sont, et moi je suis dans la neutralité, dans l'écoute, j'arrive totalement à bien écouter ce qui se passe en elles. Là je dis à l'enfant : « maman elle pleure parce qu'elle est encore très triste de la mort de son papa, mais ça n'a rien à voir avec toi, et toi tu n'as pas à prendre sa tristesse, elle est tout à fait capable de la porter elle-même ». Donc je suis capable de mettre des mots sur ça pour que la personne puisse prendre du recul, parce que j'ai fait un travail considérable au niveau émotionnel. C'est son histoire, ce n'est pas la mienne, je suis simplement là pour entendre cette histoire et je sais que elle, ça lui a fait un bien fou.

L'orthophonie est au carrefour de plein de choses et on ne peut pas s'improviser orthophoniste. Quelqu'un qui débute ne peut pas avoir l'expérience, il va falloir qu'il se frotte à des situations, qu'il observe, qu'il fasse sa propre expérience pour se construire. Donc on doit être indulgent par rapport à lui.

**Donc vous étiez plus fragile quand vous avez débuté votre carrière ?**

Bien sûr, tout à fait. Maintenant quand je rencontre des gens, je parle de moi, je parle de mon histoire. J'ai eu un cancer du sein, j'en parle. Je fais un énorme travail en psychogénéalogie, j'en parle. Ça passe ou ça ne passe pas, la personne l'entend ou pas, c'est sa liberté. Je parle de moi, je ne parle pas sur elle, mais ça me permet d'ouvrir des pistes. Je pense que c'est très important de prendre 5 minutes avant le bilan pour se mettre déjà en empathie avec la personne que vous allez rencontrer. Vous allez bien sentir si vous blessez la personne. Vous allez bien sentir : est-ce que je peux aller plus loin. Il faut être hyper à l'écoute. Et l'écoute cela ne s'improvise pas, ça se construit et puis il faut le vivre, mais il y a des moments où c'est important d'oser, dire « oui, elle va pleurer cette femme », mais bon, ça va lui faire du bien aussi.

**Pour vous, est-ce que l'anamnèse contribue au choix des tests ?**

Oui bien sûr, complètement, déjà par rapport à ce que j'ai perçu, s'il y a des choses à aller voir au niveau du corps, s'il y a des choses à aller voir au niveau émotionnel, ça va guider au niveau de la compréhension. Si je vois par exemple qu'il n'y a pas forcément du sens, des confusions, je vais aller plus tester la compréhension, si je vois par exemple que au niveau du calcul, des opérations, il y a des difficultés ça va orienter mes tests.

**Et par rapport au diagnostic, est-ce que cela peut l'influencer ?**

Oui, totalement.

**C'est plutôt les informations que vous recueillez, ou c'est l'observation, le relationnel ?**

C'est un tout.

**Donc cela participe aussi à l'élaboration du projet thérapeutique ?**

Totalement, pour moi l'anamnèse est vraiment fondamentale.

**Vous ne vous voyez pas commencer une rééducation sans anamnèse ?**

Ah non, c'est absolument impossible !

**Par rapport à quoi ?**

Ce serait n'importe quoi, ce serait de l'irrespect.

**Et par rapport au manque de relation ?**

Oui, par rapport à l'aspect humain.

**Est-ce que ce sont les informations qui sont les plus importantes ou la rencontre en elle-même ?**

C'est la rencontre. Même beaucoup plus loin, c'est vraiment « je te reconnais, je te rencontre, je te connais et je te reconnais », c'est très important. Et le parent c'est pareil, « je vous reconnais en tant que parents »

**Est-ce que c'est le passage de flambeau aussi quand il s'agit d'un enfant, le passage de responsabilité de l'un à l'autre, du relais, la confiance, il vous confie quand même leur enfant pendant un certain temps et c'est le moment nécessaire pour établir cette confiance là ?**

Absolument, c'est la relation du père à un repère, oui c'est vraiment cela.

**Et avec un adulte, ça va être aussi une mise en confiance de discuter avec lui ?**

Au niveau de l'adulte, vous savez je travaille d'une manière complètement hors norme, par exemple avec les adultes qui sont âgés, je travaille vraiment d'âme à âme. C'est de l'accompagnement à la mort, vraiment leur montrer leur richesse, c'est vraiment une ouverture totale.

**Donc l'entretien anamnestique se poursuit au fil des séances ?**

Voilà. Donc là je vais m'intéresser à tout ce que la personne aime.

**Est-ce que ça vous arrive à la suite de l'anamnèse de demander des examens complémentaires ?**

Oui, bien sûr, pour les enfants cela peut être : bilan visuel, bilan auditif. Ça peut être aussi bilan psychologique bien sûr.

**Pensez-vous qu'un transfert s'établit au cours de l'anamnèse ?**

Oui. Ce n'est pas sûr que le transfert va se passer tout de suite, mais il y a une énergie qui est impulsée. Ça peut être vraiment fort, ce qui ressort de la rencontre, ce qui va être exprimé après.

**Pour vous l'anamnèse est une bonne entrée en matière ?**

C'est un excellent outil, si on peut parler d'outil.

L'anamnèse étant une pratique médicale à l'origine, est-ce que le fait de poser des questions, de vouloir savoir, ne place pas l'orthophoniste en situation de sujet supposé savoir ?

Je pense que la forme sous laquelle on fait l'anamnèse est déterminante. C'est sous la forme d'une conversation pour moi, ce n'est pas du tout un questionnaire. Si je pose plusieurs questions d'affilée, je vais rire de mes questions, je vais regarder l'enfant et lui dire : tu dois te dire elle en pose bien des questions celle-là. Je mets de l'humour tout de suite, donc je ne me prends pas au sérieux.

**Il y a un détachement par rapport aux questions ?**

Evidemment, ce n'est qu'un jeu en fait, ce n'est pas sérieux. Dans mon cursus, tout ce travail que j'ai fait au niveau personnel a fait que j'ai quitté ce sérieux où je

pouvais être justement dans le pouvoir. Là ce n'était pas juste. Je me mets à la place de la personne qui vient à qui on pose des questions, ce n'est pas facile quand même. C'est important d'être très vigilant à être d'égal à égal, sinon c'est de l'intrusion, et là ce n'est pas acceptable. Ne pas se prendre au sérieux, personne ne détient la vérité. Mon objectif est de rentrer en contact en profondeur avec la personne pour pouvoir travailler en globalité. On ne va pas aller travailler la partie langage, puis la partie émotion, puis la partie pensée, c'est impossible de travailler comme ça.

**Qu'est-ce qui apparaît de l'anamnèse dans le compte-rendu de bilan ?**

Je vais parler du comportement de l'enfant, de son entrée en communication, du développement psychomoteur, de la fratrie, de la scolarité (où il en est, quelles sont les difficultés), qui fait la démarche, les examens complémentaires pour la vision ou l'audition (s'il y a eu des otites je l'écris), après je vais parler du côté plus psychologique, de l'attention.

**Vous ne considérez pas de pratique possible sans anamnèse ?**

Non, absolument pas.

## **ENTRETIEN 9**

Orthophoniste exerçant en libéral, huit ans d'expérience.

### **Quand l'anamnèse a-t-elle lieu ?**

Elle a lieu avant les tests, mais je peux y revenir en fonction de ce que je découvre au fur et à mesure. Ça me fait penser à des choses. Je ne suis pas très organisée, je n'ai pas un plan des questions à demander.

### **Et en général, combien de temps dure-t-elle ?**

Je suis incapable de vous le dire, c'est vraiment en fonction de la façon dont se passe l'entretien. Ça ne se passe jamais de la même façon, et l'anamnèse ne se passe jamais de la même façon.

### **Ça dure plus d'un quart d'heure, ou moins ?**

Moins d'un quart d'heure. Je garde les parents pendant le bilan, et donc l'anamnèse peut se poursuivre tout au long du bilan.

### **Ce n'est pas sous la forme d'un questionnaire dirigé, c'est sous la forme d'une discussion ?**

Oui

### **Quelle est la première question que vous posez ?**

Je me présente, si c'est un enfant je lui dis « je sais déjà comment tu t'appelles, moi je m'appelle comme ça, je suis orthophoniste, ça veut dire que je fais ci et ça. Est-ce que tu sais pourquoi tu viens me voir aujourd'hui ? » et en fonction de ça...

### **Donc vous vous adressez à l'enfant ?**

Oui.

### **Est-ce qu'il vous arrive d'utiliser le dossier médical pendant l'anamnèse, le carnet de santé ?**

Oui, parce que si c'est un enfant qui vient pour un retard de langage, qui a des antécédents d'otites séreuses, s'il y a eu un audiogramme, si les parents viennent avec le carnet de santé avec un mot de l'O.R.L., je vais regarder.

### **Donc vous demandez l'objet de la demande en premier lieu, et ensuite vous posez des questions en fonction du trouble ?**

Oui, en général je demande pourquoi il vient me voir, ensuite par qui ça a été conseillé, est-ce que c'est les parents eux-mêmes, est-ce que c'est le médecin, l'institutrice, les professeurs... et puis en fonction des cas.

### **Par exemple, pour un retard de langage, quelles vont être vos questions ?**

Je vais demander à quel âge il a commencé à parler, est-ce que c'est un enfant qui a

fait beaucoup d'otites. En fonction des réponses, je peux m'orienter vers l'alimentation, vers la psychomotricité...

**Il n'y aura pas de questions systématiques ?**

Non

**A partir du moment où le diagnostic n'est pas encore fait, puisque vous n'avez pas encore fait le bilan, comment pouvez-vous savoir quelles questions poser seulement à partir de la demande ?**

C'est pourquoi je n'ai pas de plan déterminé, c'est vraiment en fonction de ce que je découvre, en fonction de ce que les gens amènent. Il y a des gens qui vont parler volontiers et nous apporter plein d'informations que je note au fur et à mesure et qui vont rentrer dans mon anamnèse, et puis il y a d'autres personnes qui ne parlent pas, à qui il faut tirer les vers du nez et à qui il faut poser des questions. C'est en fonction de la relation que je vais avoir le premier jour du bilan, et mon anamnèse ne sera pas forcément complète ce premier jour-là. Maintenant, si je prends la personne, je vais être amenée à compléter l'anamnèse après. Je préfère privilégier la relation, le contact, la première fois qu'on se rencontre, donc je n'ai pas forcément envie d'avoir un interrogatoire policé.

**Le fait de poser des questions systématiques, être très interrogatif, n'est-ce pas se mettre dans une position de sujet supposé savoir et de pouvoir vis-à-vis de la personne ?**

Oui, moi je suis thérapeute, donc je suis tout le temps à l'écoute de ce qui se passe en verbal ou en non verbal, donc je n'ai pas du tout envie d'avoir un interrogatoire à faire passer aux gens la première fois qu'ils viennent me voir.

**Je vais vous citer des points, vous me direz si dans un cas ou dans un autre il vous arrive de les demander : est-ce que vous parlez quelquefois de la grossesse, de la naissance ?**

Oui, pour savoir comment ça s'est passé, s'il y a eu des problèmes, mais pas systématiquement, en fonction de ce qui m'a été amené, du problème. Ça peut être à prendre en compte.

**Et les antécédents familiaux ?**

Oui, ça dépend du problème. Des enfants qui ont des troubles d'apprentissage, pour lesquels on n'a pas encore diagnostiqué une dyslexie, est-ce qu'il y en a dans la famille, chez les frères et sœurs.

**Est-ce que vous parlez de la vie quotidienne, des repas, du sommeil ?**

Ça peut. L'alimentation chez un enfant qui a un trouble des praxies, ou qui a un retard global, on va parler de l'alimentation, comment ça se passe, est-ce qu'il a mangé facilement les petits morceaux, est-ce que tout passe bien..

**Est-ce que vous évoquez la gêne que le trouble occasionne ?**

Ça dépend. Pour le bégaiement, systématiquement, pour un retard de langage chez un tout petit, pas forcément. Pour un enfant qui a des troubles d'apprentissage, ça peut, mais ça n'est pas systématique. Chez un ado, assez facilement.

**Au niveau de l'observation que vous faites pendant l'anamnèse, est-ce qu'elle compte ?**

Quand je rédige mes bilans, ou même quand je note pendant le bilan, oui certaines fois j'y fais attention et je vais le noter dans mon bilan. D'autres fois, je vais estimer que ça s'est bien passé, qu'il n'y avait rien de particulier à noter. J'ai rédigé un bilan ce matin, j'ai parlé d'un ado que je trouvais plutôt triste.

**Est-ce que vous observez quelquefois des aspects fusionnels entre parents et enfants ?**

Oui. Si le gamin passe tout son bilan sur les genoux de maman, à me regarder à peine, et à être recroquevillé, oui ça va faire sûrement partie de ma prise en charge par la suite, parce que je suis orthophoniste, mais on est aussi thérapeute et on est souvent amenés à traiter des difficultés qu'ont les parents parfois à adopter un comportement adéquat avec leurs enfants. Donc je peux être amenée à le noter.

**Pour l'anamnèse, vos appuis théoriques viennent-ils de votre formation initiale, de votre formation continue ou de votre expérience ?**

J'ai un parcours particulier : avant d'être orthophoniste j'ai fait des études de médecine pendant six ans. Donc l'anamnèse je connais, puisque à chaque fois qu'on rédige quelque chose quand on est externe en médecine, on commence toujours par l'anamnèse. Sans doute j'ai déjà été bercée par ça, ça m'aide aussi. Et après je dirais que c'est l'expérience.

**Et votre formation en orthophonie ne vous a rien apporté en ce qui concerne l'anamnèse ?**

Non. Par contre, mes stages de dernière année m'ont apporté par mes observations.

**Vous référez-vous à un courant particulier ?**

Evidemment, au cours des formations continues et des lectures qu'on peut avoir, on est toujours influencés par les choses. Maintenant je n'aime pas les choses trop enfermantes, je ne me réfère pas à un courant particulier, je ne me reconnais pas adepte d'un truc, ça me fait toujours très peur. Je pioche partout, je me fais mon truc qui me correspond, et je pense que ce qui me correspond à moi ne correspondrait pas à une autre orthophoniste.

**Est-ce que l'anamnèse contribue au diagnostic ?**

Elle peut oui. Elle n'est pas suffisante en elle-même, mais oui elle est intéressante.

**Est-ce qu'elle sert à l'élaboration du projet thérapeutique ?**

Sans doute, et en même temps quand j'ai un gamin que je vois pour la première fois, même s'il a été pris en charge par d'autres orthophonistes avant moi, je préfère à la limite en savoir le moins possible. Après, si j'ai besoin, je vais aller téléphoner, aller chercher. Et encore, je le fais peu, parce que ce qui m'intéresse c'est là, c'est ce que je vois. Evidemment on a besoin de quelques éléments du dossier médical parfois, mais finalement pas tant que ça. On n'aborde pas chaque enfant qui a un certain trouble de la même façon, en fonction de son vécu, en fonction de ce qu'il est, en fonction de son histoire. Je n'ai pas des types de rééducation pour chaque

pathologie, j'ai une approche particulière pour chaque patient, sans doute que l'anamnèse va rentrer en ligne de compte dans l'élaboration du projet thérapeutique.

**Est-elle utile pour conseiller une autre orientation thérapeutique ?**

Oui, ça peut être vers la pédopsychiatrie, la psychomotricité, la psychothérapie.

**Sert-elle aussi à demander des examens complémentaires ?**

Oui, si on s'aperçoit qu'un enfant a fait beaucoup d'otites, qui a un passé O.R.L. lourd, qu'il n'y a jamais eu d'audiogramme réalisé, on va demander un audiogramme.

**Est-ce qu'elle sert à engager la relation ? Est-ce que pour vous c'est essentiel ?**

Oui. Je trouve que le premier rendez-vous est essentiel dans la façon dont les gens vont nous percevoir, et dont nous on va aussi percevoir les gens. Mon premier objectif dans l'anamnèse est que la relation s'engage bien.

**Quand il s'agit d'un enfant, est-ce qu'on peut considérer l'anamnèse comme le moment d'un passage de flambeau, d'un transfert de responsabilité entre les parents et l'orthophoniste ?**

Passage du flambeau, je ne dirais pas ça. Mais oui en général dans le cas de jeunes enfants on a affaire parfois à des parents un peu démunis qui viennent rencontrer un thérapeute, ils ont une demande, on les écoute, on va être compétent ou pas, on va essayer de les accompagner en tout cas. Passer le flambeau, non, parce qu'on a l'impression qu'ils vont se décharger de quelque chose et nous repasser le truc, non. Mais on va les accompagner. Ce n'est pas un transfert de responsabilité, j'accompagne, j'aide, mais je n'enlève rien au parent de sa responsabilité.

**Il y a une confiance qui est mise en place peut-être ?**

Oui. Nous orthophonistes, on est encore un des rares cabinets où on laisse le temps aux gens de s'exprimer. On a un sacerdoce ou je ne sais quoi, on n'est pas comme les médecins où il faut qu'en un quart d'heure il faut que le patient se soit déshabillé, rhabillé, et en plus qu'il ait exposé tout ce qu'il avait à dire. Nous, on donne du temps au temps.

**Est-ce que le transfert, s'il y a transfert, commence pendant l'anamnèse ?**

Oui, il y a sûrement transfert, je pense que oui, il commence dès le premier rendez-vous.

**C'est pour cela qu'il est important de faire soi-même le bilan, avant d'entreprendre une prise en charge ?**

Quel que soit le cas, je refais systématiquement le bilan. J'en ai besoin pour moi d'abord, et je ne peux pas prendre un truc en cours. Pour moi l'orthophonie est quelque chose qui s'intéresse à l'humain en général, à toute la complexité de la personne humaine. Ce n'est pas une étiquette qu'on pose sur quelqu'un, c'est la personne dans sa globalité qu'on est en train de voir, donc j'ai besoin de me faire une idée à moi, quelle que soit l'épaisseur de son dossier médical, quel que soit ce que j'en aurai entendu d'une collègue. Si c'est moi le thérapeute qui vais poursuivre

le chemin avec cette personne, j'ai besoin de faire l'anamnèse de cette personne. C'est essentiel.

**Pour vous l'anamnèse est une bonne entrée en matière ?**

Oui.

**Selon vous l'anamnèse peut-elle inspirer la méfiance en donnant l'impression d'une trop grande intrusion ?**

Telle que je la pratique, je ne crois pas. Si elle est trop policée, trop ordonnée, je pense que oui. Mais je ne crois pas que les orthophonistes aient ce comportement-là. Sauf quand on commence, où on a besoin d'avoir ses points de repères, je crois qu'il faut donner l'impression aux gens qu'on les écoute d'abord, et on n'est pas là pour les décortiquer. J'ai peur que si on a quelque chose de trop policé, avec des petits tirets, on va louper tout ce que la première rencontre peut nous apporter, toute la spontanéité des gens, tout ce qui se passe, même dans le non verbal. Je crois qu'il faut bien maîtriser là où on veut aller, il ne faut pas hésiter à passer du petit 1 au petit 5 en fonction de ce que les gens nous amènent. En bégaiement j'ai une sorte de petite grille, mais les gens ne la voient pas, je ne l'ai pas devant moi. Je crois qu'il faut bien maîtriser l'anamnèse pour laisser les gens dire le plus de choses.

**Est-ce que la véracité des dires est importante, ou que ce qui est dit soit dit ?**

Ça dépend. C'est ce qui s'est dit à ce moment-là, qui est à prendre en compte, maintenant est-ce que c'est vrai ou pas, ça peut être ce que la personne ressent, comment elle a vécu les choses, puis finalement ça ne s'est peut-être pas passé tout à fait comme ça, n'empêche que elle l'a vécu comme ça. Tout est à prendre en considération. A côté de ça, il y a des parents qui vont affabuler sur leurs enfants, il faut toujours être vigilant, et essayer de se faire une idée précise, mais en même temps, ce qu'elle a dit là, elle l'a dit comme ça, c'est à prendre en considération.

**Qu'est-ce qui apparaît de l'anamnèse dans votre compte-rendu de bilan ?**

Dans mon compte-rendu de bilan, il n'y a jamais grand-chose sur l'anamnèse. Plus ça va, plus j'essaye d'y mettre les points importants. Il faut que quand je relis le compte-rendu, ça me renvoie à ce que j'avais ressenti lors du bilan.

## ENTRETIEN 10

Orthophoniste exerçant en libéral, onze ans d'expérience.

Quand je reçois quelqu'un, je fonctionne non pas à l'intellect, mais il y a en moi comme un deuxième fonctionnement qui se met en route. Je fonctionne tout à l'instinct. Au début, on essaie d'appliquer ce qu'on nous a appris, c'est-à-dire qu'on applique bêtement un questionnaire d'anamnèse. Et puis très vite on se trouve confronté à des réactions qu'on n'a pas prévues, et auxquelles on ne nous a pas préparé. Par exemple, je me souviens d'un jour où j'ai reçu une maman et son petit garçon, et je suis amené à lui demander sa profession. Elle me dit qu'elle ne travaille pas. Bon. Alors je lui demande : « et le papa ? » Elle me répond : « Ah, mais il n'y en a pas ! » Je lui dis : « Mais il y a bien eu un papa ? (*plus bas*) Il est mort ? » Et elle : « Ah non ! Il n'est pas mort... Il n'y a jamais eu de papa ! » Je laisse tomber, me disant que j'approfondirai plus tard. Et c'est elle qui continue en me disant : « Mais il n'est pas au courant. » me montrant son fils de quatre ans. Je continue mon questionnaire, en me demandant ce que j'avais soulevé là. Ce qui montre qu'une question comme celle-ci, qui semble anodine, ne l'est pas toujours. Cela fait écho à ma propre expérience personnelle : j'ai perdu mon père encore bébé. Lorsqu'un homme a épousé ma mère, il m'a autorisée à l'appeler papa, car pour lui, en épousant ma mère, il m'avait de fait adoptée. Ses enfants sont donc devenus mes frères et soeurs. À la rentrée des classes, toute à mon bonheur d'avoir retrouvé un papa, j'indique sa profession, et mes frères et soeurs sur la fiche d'information que nous fait remplir l'institutrice. Et là, l'institutrice m'a fait la honte de ma vie, me disant devant toute la classe : « dis donc ! Quatre enfants en un an ça ne se peut pas ! Tu es une menteuse. » Elle m'a profondément blessée, moi qui voulais passer inaperçue. Ainsi, quand je me retrouve avec cette maman qui m'affirme qu'il n'y a pas eu de père je me dis que je verrai plus tard, ou même, que je ne saurai jamais. La différence bien sûr, c'est que là il n'y avait pas d'autres témoins. Mais je n'ai pas voulu faire de mal à cet enfant qui d'après elle n'était pas au courant. Plus tard, j'ai su qu'elle était divorcée, et que le papa avait disparu dans la nature. Donc là, je me suis retrouvée de l'autre côté, et je me suis sérieusement demandée quel était l'intérêt de ma question. À cause de ça, je suis très très prudente sur les questions que je pose.

### **Pour vous, l'anamnèse commence à quel moment ?**

Elle commence avec ma première question, qui est : « pourquoi est-ce que vous venez me voir ? ».

### **Donc c'est l'objet de la demande ?**

Et cette question, c'est d'abord au gamin que je la pose, quel que soit son âge. Je vois tout de suite s'il en sait quelque chose, si on lui en a dit quelque chose. Ensuite, je lui demande s'il sait qui je suis, quel est mon métier et ce que je fais.

### **Est-ce que cette attitude qui consiste à s'adresser à l'enfant vous l'avez tout au long de l'entretien ?**

Toujours, toujours. D'ailleurs, quand je vais les chercher dans la salle d'attente, je m'adresse à l'enfant par son prénom en lui demandant de monter. Je l'invite à s'installer face à moi, et sa maman à côté. Parce qu'il y a des parents qui, sinon, s'installent en face de l'orthophoniste directement. Et je demande plein de choses à

l'enfant, sa date de naissance, son adresse, etc. même s'il est petit.

**Et quand des parents prennent systématiquement la parole à la place de l'enfant, quelle est votre réaction ?**

Et bien je vais dire à l'enfant : « dis donc ! Ta maman a très envie de répondre à ta place... Elle a très envie de t'aider, c'est bien. Mais tu sais aujourd'hui, c'est le bilan, alors on ne va pas trop t'aider aujourd'hui. »

Sinon, en général, je commence les tests très tôt. C'est seulement à la fin, au moment où l'enfant commence à s'agiter, où il en a marre, que je lui dis : « tu as bien travaillé, tu dois être fatigué, je vais poser des questions à ta maman, pendant ce temps toi tu peux dessiner, regarder un livre, ou écouter ce qu'on va dire. Et si tu veux intervenir, tu peux le faire à tout moment. » Par contre, je ne lui propose pas de jouer pour éviter qu'il ne fasse du bruit. Et je lui précise bien que pendant qu'il dessine, on va parler de lui. Comme ça, il dresse l'oreille. Mon anamnèse, je la fais donc plutôt à la fin. Au début de ma pratique, je déroulais tout mon questionnaire, à quel âge il a marché, est-ce qu'il a eu des otites... Maintenant, c'est à la fin. Et par-dessus le marché, c'est en fonction du temps qu'il me reste.

**Justement, combien de temps dure l'anamnèse pour vous ?**

Je me suis fixée une heure. En général, c'est le temps qu'il me faut pour finir un bilan. Il arrive que ce ne soit pas suffisant. D'ailleurs, plus les enfants sont petits, moins c'est suffisant. Mais quand je vois que ça ne va pas aller, j'enregistre. Comme ça, je suis totalement avec l'enfant, je ne note rien. Et s'il n'y a pas assez de temps, je redemande un temps avec les parents.

**Est-ce que vous faites bien le distinguo entre le temps du test, et le temps de l'anamnèse ? Ou bien ce sont des temps qui peuvent se chevaucher ?**

Ça peut se chevaucher. C'est comme ça vient. Il n'y a pas de règle.

**Est-ce que vous utilisez une grille-type ?**

Non, enfin plus ou moins. C'est comme ça va venir, parce qu'à force de trop vouloir savoir, on fait violence aux gens. Or, on représente l'autorité, le savoir. C'est nous qui signons la feuille de soins. Les gens sont en infériorité par rapport à nous. C'est comme ça que moi-même, chez certains praticiens, je me suis retrouvée à dire des choses que je n'avais pas forcément envie de dire. Ou en tout cas, que je n'étais pas prête à dire comme ça, pas à froid. Et bien finalement, ça m'a bien servi. Maintenant je me dis que je ne vais pas demander des tas de choses, qui finalement vont me servir à quoi ? Qu'est-ce que c'est que cette manie de tout vouloir savoir à fond ? C'est bien suffisant de savoir qu'il y a une grosse histoire familiale, qu'il y a de gros problèmes d'ordre psychologique... Si ça me suffit pour faire un diagnostic différentiel entre une dysphasie et un retard de langage, alors que m'importe de connaître les détails ? À la limite, ça va me charger. Qu'est-ce que j'en fais de ça après ?

**On n'y reviendra. Quels sont les différentes sources qui vont pouvoir venir compléter un dossier ? L'instituteur, le médecin...**

Il n'y a pas de règle. Je ne poserai jamais de questions concernant des informations d'ordre privé. Je ne prendrai que ce qu'on me dira. Sinon, concernant l'enfant et ses

apprentissages, son comportement, son fonctionnement, alors là, oui bien sûr ! L'instituteur peut apporter beaucoup de choses. Autrement, il y a les dessins d'enfants qui peuvent m'apprendre beaucoup.

### **Des dessins qui sont faits au cours de l'anamnèse, chez vous ?**

Oui. Je pense à une petite fille, appelons-la Lina par exemple. Alors cette petite Lina, elle vient me voir pour un retard de langage ; elle avait trois ans trois mois et parlait très très peu. Sa maman me dit que cette petite Lina parlait bébé, parce que tout le monde la considérait comme un bébé. Et maintenant, il allait falloir qu'elle grandisse et qu'elle accepte de parler autrement que comme un bébé. Par ailleurs, Lina a un grand frère de six ans. Voilà, c'est tout ce que je sais d'elle. Elle me dit aussi qu'elle avait fait un érythème polymorphe. Je conseille à la maman de faire vérifier l'audition. Je décide d'enregistrer parce que je sens que l'entretien est très dense, et que ça va être difficile de tout prendre en note. Je ne pose pas tellement de questions, car la petite fille va tout de suite dans le jeu, l'échange, me raconte plein de choses. Dans un sacré charabia d'ailleurs ! Et la voilà qui vient en rééducation. Et elle voulait toujours, toujours dessiner. Et elle me fait des dessins comme celui-ci, plein de gribouillages. Et elle me disait tout le temps : « Je fais du grabouillage ! Je fais du grabouillage ! Moi je sais pas dessiner, je fais que du grabouillage ! » Quelquefois, elle voulait faire un dessin pour maman, alors elle repartait avec son dessin dans la salle d'attente. Et sa maman me disait : « Les dessins de Lina, je ne les garde pas, ça n'est que du gribouillage. » Et un jour, Lina me dit qu'elle aimerait que je lui apprenne à dessiner. Je lui dis : « d'accord ! Qu'est-ce que tu aimerais que je t'apprenne à dessiner ? » « Je voudrais faire un papillon » me répond-elle. Je lui montre, elle recopie. La séance d'après, elle me dit qu'elle va faire un papillon toute seule, qu'elle fait. La séance suivante, elle me dit vouloir faire un dessin pour maman. Et elle dessine un papillon, avec trois ailes roses, et une aile orange. Et elle fait des larmes au papillon. Elle me demande d'écrire Maman. Elle recopie mon modèle sur le dessin. Elle rajoute des mains et des pieds au premier M de Maman. Et elle relie le pied du M à l'aile orange, en me disant : « j'appuie fort ! » Puis, « le papillon il pleure, parce que son aile elle est orange elle est pas rose, elle est pas pareille ! » J'en parle avec la maman ; celle-ci me dit alors que son fils aîné n'a pas le même papa que Lina. Mais en même temps elle me dit que Lina n'est pas au courant. Je lui suggère alors qu'il est peut-être temps d'en parler avec elle. Ce qu'elle fit. Elle a découvert que sa fille était au courant. Et à la suite de cette conversation, la rééducation est partie en flèche. En conclusion, je me demande si en posant des questions dès le départ, je n'aurais pas provoqué des dégâts, et obtenu un effet inverse. Parce qu'il y a un moment pour tout. Le jour du bilan ce n'était pas le moment. La maman n'était pas prête à m'en parler . Ni même à en parler à sa fille. Je suis persuadée que, les gens, il faut les laisser dire quand ils ont envie de dire ; il ne faut pas les violenter.

### **Cela implique que l'anamnèse se prolonge au cours de la rééducation ?**

Oui, c'est évident.

### **Quels sont les items qui pour vous sont incontournables ?**

Tout ce qui peut servir à un diagnostic différentiel : l'âge des premiers mots, de la marche, s'il a parlé franc tout de suite, quelle était sa syntaxe au début, s'il a eu des otites à répétition, les problèmes O.R.L., les problèmes à l'accouchement, s'il est né à terme...

### **Des éléments qui peuvent vous amener à demander des examens**

### **complémentaires, à les orienter vers d'autres professionnels ?**

Voilà. Et c'est là l'élément essentiel de l'anamnèse, à mon avis. Ce qui va permettre d'orienter mon diagnostic, et d'orienter mon travail. Ce qui va pouvoir me permettre de séparer ce qui est psychologique, de ce qui est organique, ce qui est éducatif, etc. Mais sur le temps du bilan, ça ne doit pas représenter beaucoup de temps. En tout cas, ce sont des questions que je pose à la fin.

### **Ça vous est arrivé de passer à côté de choses importantes, d'ordre médical ?**

Parce que j'ai manqué de temps, oui, ça m'est arrivé sans doute. Ça m'est même arrivé une fois, pour un retard de langage, de négliger le problème de l'audition. Mais ce n'est pas grave en soi, car on peut le rattraper quand on veut ce truc-là. Plus tard, au cours de la rééducation, on se rend compte que l'enfant ne réagit pas toujours normalement. Alors on peut investiguer de ce côté.

**Si je résume vos propos, il n'y a pas un temps absolu de l'anamnèse, au cours duquel il faut avoir recueilli tous les renseignements. Il faut laisser venir les choses. Il est toujours temps par la suite de récupérer les oublis ou les pistes qu'on a négligées.**

Oui, exactement. Et je vois souvent l'effet inverse : les parents qui vont monopoliser toute la parole, tout déballer. Et finalement, ça se fait au détriment de l'observation de l'enfant. En même temps, ça en dit long sur le fonctionnement familial.

**Justement, est-ce qu'au-delà des renseignements que vous recueillez, vous attachez une grande importance à ce qui se déroule au cours de l'anamnèse ?**

Ah oui ! Beaucoup ! C'est là, et seulement là qu'on peut voir beaucoup de choses. On ne les revoit plus jamais dans une situation pareille. Celle d'avoir à se présenter, ensemble. C'est là qu'on voit leur façon de fonctionner. Qui prend le dessus sur qui, par exemple.

### **Qu'est-ce qu'on peut observer justement ?**

Eh bien par exemple : les parents qui vont tout raconter, qui ne laissent aucun blanc. Ils ne font jamais d'arrêt ; l'enfant n'a jamais la parole. Alors ce que je me dis, c'est que dans ma rééducation je vais être moins technique, et que cet enfant-là, il va en avoir de l'espace, de la stimulation. Là, on va se mettre à quatre pattes, on va jouer par terre ! « Qu'est-ce que tu veux faire ? Et toi, qu'est-ce que tu en penses ? » Le résultat souvent, c'est qu'au bout d'un certain temps, les parents disent : « je ne sais pas ce que vous lui faites ! Mais depuis qu'il vient ici, à la maison il est infernal ! Je n'arrive plus à le tenir ! » Enfin bref, ce n'est plus petit enfant bien sage, qui se tait dans son coin.

**Comment est-ce que vous intervenez au cours de l'anamnèse, sur la relation triangulaire qui s'opère entre l'enfant, le ou les parents, et l'orthophoniste ? est-ce que vous reprenez des propos, est-ce que vous usez de mots clés, pour que des choses puissent surgir ?**

Ça peut arriver. Par exemple il m'est arrivé de dire à une mère en train de houspiller son fils qui écrit mal : « je ne crois pas Madame, je pense qu'il fait ce qu'il peut. » Je ne laisse pas rabaisser un enfant en ma présence. Mais si, exceptionnellement, je pense pouvoir me permettre de donner des conseils éducatifs, je propose un rendez-

vous aux parents, sans l'enfant.

**Concernant la confiance, l'anamnèse peut-elle l'installer, ou au contraire provoquer la méfiance ?**

Eh bien, justement, il n'y a pas de règle. Ça dépend des gens.

**Ça dépend des gens, ou bien de la manière dont l'anamnèse est menée ?**

Plutôt des gens je pense. Pour ma part, je suis extrêmement prudente, quitte à ne rien demander !

**Quelles seront les personnes qui seront les plus méfiantes, les plus réservées face à cette intrusion ?**

A priori, c'est surtout lié au milieu. Pas forcément les plus défavorisés. Mais il y a des catégories sociales qui n'ont pas les mêmes fonctionnements que les autres. Par exemple, il y a des gens pour qui c'est extrêmement important de bien se tenir à table. Et pour d'autres, l'important c'est de pouvoir échanger à table. De même, il y a des gens pour qui l'avoir et le paraître sont extrêmement importants, plus que l'être. Et ça, je le ressens bien au niveau de l'anamnèse. Par ailleurs, pour moi qui suis en milieu rural, je vois bien que les agriculteurs sont plus sur la réserve. Il y a plein de choses qui ne se font pas, qui ne se disent pas. Ce n'est pas forcément un déficit culturel ou autre, c'est un autre mode de fonctionnement. Comme on dit : tout le monde n'a pas les mêmes valeurs. Donc, j'adapte mon anamnèse et mon niveau d'intrusion aux personnes que j'ai en face de moi.

**Est-ce que vous adaptez aussi en fonction du type de pathologies ?**

Ah complètement ! Si c'est une dysphonie, par exemple, là des questions je vais en avoir ! S'il y a un dysfonctionnement vocal, je veux savoir pourquoi. Je veux savoir ce qu'il fait de sa voix en dehors. S'il s'en sert, s'il en use, s'il en abuse ! Qu'est-ce qu'il fait comme métier... Comme on est en face-à-face, comme il n'y a pas d'enfants, je pense que c'est moins intrusif.

**À la fin du bilan, donc pour vous au bout d'une heure, ou plus, vous êtes supposée pouvoir poser un diagnostic, et proposer si nécessaire un projet thérapeutique. Comment faites-vous si vous n'avez pas toutes les informations nécessaires ?**

Dans ce cas, je me retranche derrière la nomenclature. Je garde une certaine réserve. La nomenclature est large, et permet par exemple de prendre un enfant en charge pour « retard de langage ». Derrière ce « retard de langage », on peut mettre beaucoup de choses. Je me dis qu'avec 30 séances, j'aurai largement le temps d'aller fouiller plus loin, et de rechercher les causes. Autant que faire se peut. Pareil pour l'écrit, « pathologies du langage écrit » est un terme suffisamment large pour vous permettre une prise en charge, même si l'étiologie reste flou. Quelquefois, il m'arrive de m'avancer un peu plus, dans ce cas je rajoute : « avec troubles de type dyslexique ».

**Concernant le projet thérapeutique, qu'est-ce que vous apporte l'anamnèse ? Quelle est sa part par rapport aux observations et aux données des tests ?**

(*Hésitation*) ... Une part très réduite, je pense.

**C'est à dire que l'anamnèse vous sert surtout à poser le diagnostic. Mais très peu à établir le projet thérapeutique ?**

*(Hésitation)* ... J'essaie de voir... Je me souviens d'un petit enfant qui était venu me voir avec sa mère pour des troubles du langage écrit, et qui présentait des symptômes aphasiques : il boitait de la jambe droite... Je demande à la mère s'il y avait eu un problème à la naissance, ou un événement qui pourrait expliquer cela. En fait, m'explique-t-elle, il avait fait un accident vasculaire cérébral tout petit, à la suite d'une opération du coeur. J'en ai donc conclu qu'il avait fait une véritable aphasie. Renforcée dans ma conviction par des résultats de tests en langage oral notablement chutés. J'ai donc compté la prise en charge en prise en charge aphasique. Et j'ai travaillé avec lui comme avec un jeune patient aphasique. On peut dire que dans ce cas, l'anamnèse a largement contribué à orienter mon projet thérapeutique.

**Si je vous parle de « transfert » entre le patient et l'orthophoniste, est-ce que cela vous « parle » ?**

Oui, cela me « parle ». Bien sûr, transfert et contre-transfert...

**Et à quel moment s'engage ce transfert ?**

Des fois, je ne le remarque pas. Je sais que c'est là, mais je ne le vois pas s'engager. Mais des fois il y a des enfants qui me demandent tout de suite : « Tu as des enfants, toi ? » Alors, ça dépend, je fais attention à ne pas trop m'engager, mais je réponds quand même : « Oui j'en ai, mais ils sont grands ; ils sont papas. » Et eux : « Ah non ! Pas toi ! Tu n'es pas grand-mère ! » Des fois aussi, j'ai des petits cadeaux. Certains m'offrent des coeurs. Une fois même, j'ai eu un coeur avec écrit dedans : « bonne Saint-Valentin ». Je le perçois par leur regard...

**Est-ce que ça s'engage le jour du premier entretien ?**

Pas le jour du bilan. Pas vraiment non. En tout cas, je ne l'ai pas remarqué ; ce n'est pas flagrant.

**Concernant la forme, quel type de questions utilisez-vous : questions ouvertes, questions fermées...**

J'alterne les deux. En fait, je demande souvent aux parents s'ils veulent me dire les choses maintenant, ou plus tard. Je leur propose de les rencontrer une autre fois, seuls. Cela permet de laisser l'entretien « ouvert ».

**Souvent, l'anamnèse est l'occasion pour l'enfant d'entendre son histoire racontée. Qu'est-ce que cela veut dire pour vous ?**

Eh bien justement : j'ai souvent des parents qui me disent : « Ça, il ne le savait pas. » Et je pense souvent qu'il aurait mieux valu qu'ils commencent par le dire à l'enfant. Mais ça peut aussi être un bienfait. Par exemple, je pense à une petite fille dont les parents ont longtemps cru après la naissance qu'elle allait mourir parce qu'elle avait des problèmes de coeur. Ils ont fait les navettes entre l'hôpital et la maison pendant très très très longtemps. Ils ont vraiment eu très très peur de la perdre. Donc, ils l'ont sur-couvée, ils lui ont tout passé. On peut dire qu'elle était très très mal élevée. Et là, dans mon cabinet, ils se sont mis à raconter toute leur histoire, leurs allées et venues, leurs angoisses... Devant leur enfant. L'avait-elle déjà entendu comme ça, ça je n'en sais rien. Je n'ai pas eu l'idée de poser cette

question.

**Est-ce que cela peut provoquer des réactions immédiates ?**

Ça peut arriver, oui. Souvent, on voit l'enfant se retourner vers ses parents.

**Mais est-ce que cela peut changer le comportement de l'enfant ?**

Je suis prête à le croire... Mais encore une fois, cela peut être trop cru, trop dur. Par exemple, pour la maman de Lina, je l'ai invitée à en parler avec sa fille. Mais elle l'a fait à la maison, chez elle, sans moi. Avec ses mots à elle. Elle lui a tout dit, finalement. Mais c'était mieux comme ça, de cette façon.

**Y a-t-il des théories, des auteurs, des courants, des formations, qui soutiennent votre anamnèse ?**

Oh non ! Je ne vais pas si loin que ça. Ce qu'on m'a enseigné à la fac, oui c'est sûr. Pour le reste, non.

**Et quelle est l'évolution de votre pratique concernant l'anamnèse depuis que vous avez commencé à travailler ? Votre regard sur l'anamnèse a-t-il changé ?**

Eh bien justement, je demande beaucoup moins de choses qu'avant. Au début, je demandais consciencieusement beaucoup de choses. Et puis après, la rééducation suivait son cours, tranquillement. Et quand il m'arrivait de relire mes notes prises au cours de ce premier entretien, je me suis souvent dit que ça ne me servait pas à grand-chose de savoir qu'il s'était fait opérer de l'appendicite à six ans, ou des choses comme ça. Pas à grand-chose, ou même à rien !

**Et dans l'autre sens : rouvrir un dossier et vous dire que vous auriez pu aller plus loin dans l'investigation sur un point précis, cela a-t-il pu vous arriver ?**

Oui, ça m'est arrivé de me dire que j'aurais pu creuser davantage. Ou que si je l'avais eu en tête au départ, ça aurait pu me servir. Dans tous les cas, ça fait toujours du bien de prendre en note ce que les patients sont en train de dire. Ça montre qu'on prend en considération ce qu'ils disent spontanément. Après, on en fait ce qu'on veut. Mais, ils disent quelque chose, clac, j'écris !

**Justement, quand on écrit, on signe ses propos ; on s'engage. Sachant que la loi autorise aujourd'hui les patients à consulter leur dossier, y a-t-il des choses que vous n'écrivez pas dans celui-ci, ou faites-vous des dossiers parallèles, ou n'en tenez-vous pas compte ?**

Ah ? Je n'étais pas au courant ! (*blanc...*) Je pense que si je l'avais su, j'aurais fait des dossiers parallèles ! Oui, parce qu'il m'arrive de noter des appréciations personnelles comme : « la maman me raconte ça, mais elle me prend pour une bille... »

**Et concernant le compte rendu, est-ce que vous reportez tout ce que vous considérez comme essentiel, ou vous gardez des choses pour vous ?**

Je ne mets rien ! (*rire...*) Il est complètement stérilisé mon bilan ! Comme ça il peut être lu par n'importe qui. Parce qu'il y a aussi des parents qui me demandent la photocopie pour l'instituteur. Pour l'anamnèse je mets : « l'enfant XXX est né le tant, est âgé de..., est en classe de... ; il consulte pour des difficultés de... » Point final ! Éventuellement, parce que je pense que ça ne veut pas prêter à conséquence, je peux rajouter « cet enfant est né prématuré », ou encore : « il est né avec une déficience auditive de tel type, etc. » Mais pour le reste, c'est motus !

**C'était vrai dès le début de votre pratique ?**

Oui, dès le début.

**Et vous n'avez jamais eu de remarques des médecins prescripteurs ?**

Non. Et ceux que j'ai pu avoir en ligne, je leur ai toujours dit : « les comptes rendus que je vous envoie sont épurés. Volontairement épurés. Les patients vous disent les choses qu'ils veulent vous dire. Ils me disent d'autres choses à moi. Et c'est très bien comme ça. » Je suis opposée à l'idée d'un dossier qui puisse se transmettre de professionnel à professionnel, et qui échapperait en quelque sorte au patient. D'ailleurs, dans la vie, vous dites des choses à une personne que vous ne rediriez pas à quelqu'un d'autre. Pourquoi en serait-il autrement pour nous ? Une certaine opacité est nécessaire. Parce que franchement, encore une fois, qu'est-ce que ça change réellement pour le patient ?

**Sur un plan psychanalytique, quand des patients vous amènent lors d'un premier entretien des propos concernant leur vie psychoaffective, comment distinguez-vous votre travail de celui d'un psychologue ?**

Ça m'est difficile de répondre, ne connaissant pas la réalité du travail d'un psychologue. Il n'empêche que souvent, je reçois des choses qui ne concernent pas directement l'orthophonie. Beaucoup de gens, surtout à la campagne, se refusent à rencontrer tout professionnel dont le métier commencerait par PSY. Mais moi, je suis ORTHO, « droit ». Et ils ont choisi de me voir. Alors, je fais comme je peux. Bien ou mal, je n'en sais rien. C'est sans doute un boulot un peu psy. Dans le sens où, si l'enfant vient pour un trouble du langage écrit, je ne vais surtout pas sortir les livres, les feuilles, les crayons... Il y a un enfant par exemple, avec de très lourds problèmes psychoaffectifs, avec qui je n'ai fait que du puissance quatre pendant 30 séances... Et un autre qui n'a fait que des dessins... Alors, c'est différent sans doute dans la manière ; pour le résultat en tout cas, on peut dire que ça a marché. Mais je peux aussi être très technique avec quelqu'un d'autre. Il n'y a pas de règle. Ça peut même évoluer. Cela va dépendre de la manière dont je vais percevoir la demande qui est en face. Indépendamment de ce qui pu en être dit explicitement.

**Est-ce que vous pourriez rééduquer un patient sans faire d'anamnèse ?**

(*Silence...*) Peut-être... En se mettant en ce cas comme dans une espèce de situation d'urgence. Je suis à l'eau, il faut y aller. Malgré le risque de passer à côté d'un diagnostic différentiel. Parce qu'on a la chance de faire un métier où l'on ne risque pas de tuer quelqu'un. Et surtout, il est toujours possible de rectifier le tir après. C'est ça qui est bien, on va pouvoir les revoir longtemps. Autre chose : si on sait dès le départ que l'on va peut-être à l'échec, alors, on se sent allégé d'un poids.

**Et concernant l'adolescent ? Comment faire parler un adolescent qui vient sans ses parents ?**

Eh bien d'abord en posant des questions de premier niveau : comment ça se passe à l'école, est-ce que tu as des copains, quelles sont les matières que tu aimes bien... Le but est d'établir la confiance. Avec un adolescent c'est primordial. Comme ça, s'il est en confiance, il peut me dire ce qu'il a envie de me dire.

**Une autre remarque ? Une conclusion ?**

Je pense que parfois, chez certains professionnels, il y a un certain voyeurisme à travers le questionnement au patient. Il m'est peut-être même arrivé, à moi aussi, d'aller trop loin. Pourtant, je suis plutôt du genre à ne pas oser demander à un enfant la profession de ses parents. Alors même que je sais que cela peut avoir beaucoup d'incidences ! En résumé, je pourrais dire qu'on ne peut pas tout demander, tout savoir, tout quantifier...

## **ENTRETIEN 11**

Orthophoniste exerçant en libéral, quinze ans d'expérience.

### **Quand commence l'anamnèse, comment se situe-t-elle dans le temps ?**

Je pense qu'elle commence dès qu'on a un contact téléphonique avec les personnes qui demandent le bilan. La façon dont la demande est présentée au téléphone est extrêmement porteuse d'informations. C'est ce sur quoi on va orienter le bilan.

### **Vous creusez un peu ou vous laissez venir les informations lors de ce premier contact ?**

Alors j'aime bien une image que Pierre Ferrand donne souvent de Borel-Maisonny, qui disait qu'elle ne préparait rien lors du premier entretien. Que ce soit pour un bilan ou lors d'une première rencontre avec l'enfant pour commencer le travail. Par contre elle avait toujours un carnet à côté d'elle, qu'elle partageait en deux. Avec une partie plus, « sait faire », et une partie moins, « ne sait pas faire, et ou est en train de », en tout cas il y a quelque chose qui piétine. Et puis elle faisait venir l'enfant, les parents, l'accompagnant et elle voyait ce qui se dégageait, comment ça rebondissait quant elle posait des questions. Tout en faisant ça elle faisait des petites croix, des petites choses. Mais ça pouvait très bien être « tombe de sa chaise », « sait dessiner un bonhomme », « joue avec les voitures ». Et Pierre Ferrand en disait que ça lui semblait quelque chose d'extrêmement riche même encore maintenant. Borel-Maisonny est très décriée en ce moment, on dit que c'est une vieille lune de l'orthophonie ! Mais on est à un croisement aujourd'hui avec ce que la sécurité sociale a imposé comme « bilan type ». Pour nous défendre, il faut qu'on pose notre spécificité d'orthophoniste. On est un peu pris par la neuropsychologie, le quantitatif, les économies de santé. Et actuellement ce que la sécurité sociale veut, c'est un bilan en 90 points. Voilà. Et face à ce côté très normatif, eh bien il y a tout l'examen clinique : d'accord, on a un profil type, un enfant par exemple présente deux écarts-type de la moyenne... Mais on sait pertinemment, qu'on peut avoir le même profil Khomsi ELO avec deux enfants et ce ne sont pas du tout les mêmes enfants, pas du tout les mêmes difficultés ! On ne peut pas mettre en grille tout d'un enfant, tout d'une personne. Mais il y a aussi qu'est-ce qu'il fait de ce qu'il possède. Et cette espèce de ciment, de dynamique, qui le fait avancer, ça, ça ne se voit pas au cours du bilan. On fait des hypothèses. Et on confirme nos hypothèses. Mais en réalité le point le plus important, ce qui va vraiment faire chemin dans tout ça, c'est l'anamnèse. Qu'est-ce qu'on en dit ? Comment on le regarde ? Quelles réactions ?

### **Quel éclairage peut-on apporter à ces résultats finalement ?**

Oui. On va dire c'est un peu "psy" tout ça. Non, non ! C'est pas que du symptôme. Non, c'est qu'est-ce que l'enfant en fait et quel est son développement avec ça. Moi j'aime bien l'idée de troubles instrumentaux, et qu'est-ce que l'enfant fait de ces instruments-là. Quand on prend un bilan de type ELO, PAMS, on va avoir des scores. On va pouvoir se dire tiens ça c'est corrélé à ça. Mais ça ne me dit pas quel est l'enfant qu'on va traiter. Et c'est là que l'anamnèse a tout son poids. Et c'est là où l'orthophoniste a tout son poids. Parce qu'on pourrait très bien dire, un enseignant spécialisé peut faire un bilan. Un neuropsychologue peut faire un bilan. Quand on a

une théorie très modulaire comme peuvent l'avoir les neuropsychologues, on voit le bloc de la mémoire, le bloc du langage, le bloc des praxies... Eh bien ce n'est pas ça l'orthophonie. Il y a deux professions : neuropsychologue et orthophoniste. Même s'il y a des croisements. Et c'est là que l'anamnèse fait notre spécificité.

**Combien de temps dure votre anamnèse en général ? Pouvez-vous la quantifier ?**

Non ! Parce que c'est quelque chose qui est tout au long du bilan.

**Est-ce qu'elle a une fin ?**

Et bien on peut limiter l'anamnèse au cadre strict du bilan, tel qu'il est défini par la sécurité sociale et les textes, fournissant suffisamment d'informations pour pouvoir rédiger un courrier à un médecin prescripteur par exemple. J'ai un exemple : il y a 15 jours j'ai fait un bilan avec un petit garçon. On passe deux heures ensemble, tout va bien. Et au moment où je dis à la maman, après quelques conseils de guidance parentale, que l'on se reverra dans quelques mois pour refaire un bilan, elle me dit : « ah ? on ne revient pas jeudi ? » elle regarde son enfant et dit : « c'est dommage parce que jeudi ça aurait été son papa... » Le petit garçon semble effectivement très déçu que ce ne soit pas papa. Le papa, on n'en avait pas beaucoup parlé pendant l'anamnèse. Il est là, il travaille beaucoup. C'est surtout une relation où il y a un grand frère qui a des problèmes cardios, ce fils est donc le point de mire de la famille ; c'est l'élément dynamique. Et là, je découvre au moment où il avait mis son écharpe etc. que ce petit garçon aimerait bien que son papa s'occupe de lui. Sauf que son papa a plus de 60 ans. Qu'il veut bien avoir de jeunes enfants, mais qu'il ne sait pas trop comment faire avec eux. Et, tel que le définit la maman, il ne se voit pas trop dans la génération des jeunes papas qui viennent chercher leurs enfants à l'école. Il amène les enfants à l'école, il ouvre la porte de la Mercedes, et il part au boulot. Et c'est ce deuxième enfant qui est vraiment en souffrance par rapport à ça. Alors, je le regarde et je dis : « en fait, tu aurais aimé que ce soit papa qui vienne. » « Fa s'rait zénial ! » « Alors on peut demander à papa de t'accompagner, et le travail que je pensais faire avec toi un peu plus tard on peut le faire maintenant tous les 15 jours par exemple. » C'est ça l'anamnèse. Cette info je ne l'ai pas assez creusée, je n'ai pas pu l'avoir au début. Et il n'y aurait pas eu le regard de ce petit enfant... L'anamnèse était finie depuis longtemps. C'était presque sur le pas de la porte. Et ça arrive parfois. On ne peut donc pas quantifier le temps que l'on passe avec un patient sur l'anamnèse, c'est-à-dire une sorte de questionnaire dirigé, et le séparer du temps que l'on passe sur les épreuves. Pour finir par une conclusion écrite. En fait, ces trois temps se superposent tout le temps. Je ne dis pas que la conclusion on l'a déjà dans la tête au départ, mais on émet déjà des hypothèses. On sait déjà vers quoi on va. On pose des hypothèses tout en discutant avec l'enfant, les parents etc. et au fur et à mesure de l'anamnèse, on va faire des choix aussi bien dans les hypothèses que dans les épreuves que l'on va faire passer au patient. C'est vrai que l'on a des épreuves avec lesquelles on est plus à l'aise. On les connaît bien parce qu'on les a analysées, décortiquées, etc. ici, par exemple, on est très Khomsi. Je me demande toujours comment on peut acheter des tests, par exemple à l'ECPA, sans les connaître, sans les analyser. En fait, il ne s'agit pas de multiplier les épreuves, mais de bien savoir à quoi chacune va servir. Ce n'est pas parce que l'on a le O52, qu'il nous apportera quelque chose si on ne sait pas comment il a été construit et quelles sont ses limites.

**C'est à dire qu'il vaut mieux avoir un petit panel d'épreuves avec lesquelles on est vraiment à l'aise ?**

Oui. En avoir peu mais bien les maîtriser. Et arriver à les maîtriser à un tel point, que l'on puisse prendre beaucoup de recul, et être vraiment là, dans l'accueil, dans l'écoute de la demande, et n'ouvrir le tiroir tests qu'au moment où on en a vraiment besoin. Et je pense honnêtement que les gens qui maîtrisent bien ça, n'ont pas besoin de faire de bilan sur 10 ou 15 heures. C'est sûr pourtant que le temps est quelque chose que l'on ne peut pas comprimer. Mais ce n'est pas en multipliant les épreuves, c'est plus en développant l'anamnèse.

**Est-ce que ce n'est pas un peu l'inverse qui est pratiquée le plus souvent ?**

C'est ce vers quoi on tend en ce moment ! La Sécurité Sociale voudrait qu'à la fin d'un bilan on puisse dire : « cet enfant, je vais le voir pendant 57 séances deux fois par semaine, et à la fin il n'aura plus de dysorthographe. » En fait, c'est beaucoup plus compliqué. C'est impossible, voire dangereux. Et j'ai peur qu'il y ait beaucoup d'enfants sacrifiés avant que la réalité ne reprenne le dessus.

**Concernant le questionnaire lui-même, est-ce que vous êtes directive, semi-directive, ou bien est-ce que vous posez des questions très ouvertes ? Sous-entendu, est-ce que vous avez une grille-type ?**

Au début, oui ! Pour être moins décontenancée, parce que je manquais d'expérience. Quand j'ai commencé à travailler, après quelques remplacements en libéral, j'ai surtout travaillé en milieu hospitalier avec des adultes, en cancérologie. Là, c'est très « clair ». Quand je me suis retrouvée de nouveau face à des enfants, face à des parents, ça n'était plus du tout pareil. Il a fallu que je fasse autrement. Dans le cadre du libéral, moi je sais que je tire beaucoup de choses de l'entretien téléphonique. Quand je reçois le patient et son entourage, j'ai une feuille et un crayon. C'est tout ce que j'ai sur le bureau. Moi je suis là en tant qu'orthophoniste, je suis donc en train de me dire : ces gens-là ont une demande, comment je peux répondre à cette demande. Et si je peux répondre à cette demande, est-ce que c'est le bon moment pour le faire. Il y a cet aspect-là aussi. Lors du premier entretien je fais la connaissance avec l'enfant. Il sait déjà que tout s'est tramé. J'ai eu ses parents au téléphone, la maîtresse a donné aussi son point de vue... Et il se dit « Oh là là ! Encore une qui va... » Alors je lui dis : « tes parents ont pris rendez-vous avec moi pour telle et telle raison, et toi qu'est-ce que tu en penses ? » Et là, on a parfois de très grosses surprises. Ses parents viennent parce qu'il a de très grosses difficultés en maths. L'enfant, lui, dit : « Non, je n'ai pas de soucis. Moi ce qui m'embête, c'est les dictées. » Les parents alors s'insurgent, mais l'enfant maintient : « moi, c'est les dictées ! » Et ça, c'est porteur de milliers d'informations.

**C'est un problème de double demande ?**

Non, parce qu'au fond la demande est sûrement la même par en dessous. Les parents disent « maths », là où l'enfant dit « dictées » ; en tout cas il n'y a pas la même souffrance. Cette notion de souffrance, de manquement à quelque chose ça n'est dans aucune grille. Même pas chez Khomsi. Même pas dans le L2MA. C'est quelque chose qui nous importe beaucoup dans ce cabinet. On peut très bien avoir un enfant qui est à moins de deux écarts types. Et là je me mets volontairement en porte-à-faux avec la Sécurité Sociale qui nous demande de prendre des patients qui présentent au moins deux écarts types. Mais ces enfants sont dans une telle souffrance ! Ils ne sont pas assez « nuls » pour qu'on s'en occupe, mais ça ne les empêche pas d'être dépressifs, voire suicidaires. Et il y a d'autres enfants qui sont

carrément dans les choux, mais qui ont bien d'autres choses à gérer... Et ça, ça se sent dans l'anamnèse. Et ça m'est arrivé souvent de me heurter verbalement voire violemment avec des parents, en leur disant : « votre enfant, pour l'instant fichez lui la paix. » « Mais vous voyez bien que... » « Oui je vois bien, et je comprends. Mais lui, il a autre chose à travailler. En tout cas si vous voulez que je travaille ça avec votre enfant, lui n'y sera pas. Et dans un an on sera au même point. » C'est difficile à entendre, c'est difficile à dire. Mais je pense que c'est aussi notre rôle. Ce n'est pas seulement de faire entrer un enfant dans une machine à bilan, et de le faire travailler ça ça ou ça... Et zou, on lui fait faire un peu de lexique, et zou un peu de graphisme... En tout cas, ce n'est pas pour moi la définition de l'orthophonie.

### **Comment se déroule l'entretien avec des parents et un enfant ? A qui vous adressez-vous plus particulièrement ?**

Ça va dépendre. Il y a des tout petits bouts de choux qui sont très présents. Et d'autres qui vont laisser papa et maman parler. Quand les deux parents sont là, l'un des deux peut être très en retrait. Ce que j'essaye rapidement de voir, c'est pourquoi c'est comme ça. Il y a des mamans qui ont besoin de vingt minutes pendant lesquelles elles vident tout leur sac. Ce n'est pas là où je prends le plus de notes en général. Quand le flot est passé, c'est là qu'on va avoir l'essentiel. Et puis il y a des mamans qui parlent peu. C'est le cas de la maman du petit garçon dont je parlais. Elle avait bien structuré ce qu'elle avait à me dire. Moi ça m'allait bien aussi. Donc on est parti là-dessus. Ce petit garçon était demandeur de faire des choses, donc j'ai amené les épreuves. Et ce n'est qu'à la fin qu'est sortie cette histoire de papa. Si je dois poser une théorie, quand un enfant vient faire un bilan ici, c'est à lui que je m'adresse exclusivement. Et si lui ne peut pas répondre, je continue à m'adresser à lui sous la forme : « ah oui, toi tu penses que tu n'avais pas de problème pour parler quand tu étais petit, et papa et maman sont d'accord eux aussi ? » Le plus souvent possible, je ramène la parole vers l'enfant. Et pour ceux qui trouvent ça long, toutes ces discussions, je propose de faire un dessin. Et je lui dis : « si tu veux, quand tu veux, tu intervies. Si tu veux rajouter quelque chose... » Et très souvent, on voit le mouvement du crayon qui varie en fonction du sujet qu'on aborde. Donc déjà ça c'est très parlant.

### **Le dessin peut être un élément anamnétique ?**

Oui. Il peut raconter énormément de choses... J'ai là un flash qui revient d'une petite fille qui avait fait un dessin tout noir, avec une dame-sorcière tout en noir. Il pleuvait des hallebardes partout. Elle s'appliquait à faire des choses qui étaient bien en symétrie, bien enfermantes. Je n'ai pas du tout de formation d'analyse de dessins. Et ce dessin est resté tout le temps à côté d'elle, tout le temps des épreuves. Et quand elle avait fini, hop elle refaisait quelque chose sur le dessin. Et à la fin, pendant que je faisais le point avec les parents, toutes les hallebardes sont devenues des coeurs et des fleurs. C'était très clairement une petite fille qui était très opposée à l'idée de faire un bilan. Qui ne voulait surtout pas que l'on s'immisce dans son monde à elle. Et à la fin elle était très demandeuse de poursuivre ce que le bilan avait commencé. En fait, le bilan ouvre des portes. Ce n'est pas seulement faire un état des lieux. C'est déjà commencer un travail.

### **Donc le travail commence au cours du bilan ?**

D'où ma furie quand je vois des enfants comme... Tiens, hier j'ai eu un coup de fil pour un patient d'une orthophoniste qui a fait un bilan. Et à l'issue du bilan, elle annonce au patient qu'elle ne pourra pas le suivre en raison de l'éloignement. Elle recommande de chercher une orthophoniste plus près de chez lui.

**Et pour vous, ce travail peut se nouer au moment de l'anamnèse ?**

Le travail se détermine au moment de l'anamnèse.

**Les auteurs en psychologie parlent de « moment sensible » au cours de l'anamnèse. Est-ce que vous avez ce même sentiment ?**

Moment charnière, moment pivot, oui. Oui, notamment avec les enfants qui sont objets au départ. On les amène, on a demandé à ce qu'il y ait un bilan d'orthophonie. Et ce sont des enfants qu'on repère dans la salle d'attente, quand les parents les font entrer dans la pièce... Ils ne voulaient pas venir, c'était les vacances, ils avaient autre chose à faire. Mais ils n'ont pas le choix. De même qu'ils ne peuvent pas ne pas aller à l'école, ils ne peuvent pas ne pas aller chez l'orthophoniste. Souvent ils ont aussi du soutien scolaire, un psychomotricien... Le moment charnière, on le sent au moment de l'anamnèse, au moment de certaines épreuves. Par exemple, pour les plus grands, ça leur pose des énigmes. Ils disent : « c'est agaçant votre truc. Comment je pourrais faire... Vous pourriez me donner la réponse ? » je réponds bien sûr par la négative. Et quand ils reviennent une seconde fois, ils ont réfléchi à la question. Ils sont déjà dans le travail. Et ça, ça se passe hors cotation.

**Est-ce que c'est en lien avec le transfert ?**

Je pense qu'on ne peut pas travailler sans transfert.

**Sur un autre plan, quel est le support que vous gardez du recueil de l'anamnèse ? il y a une autre question en corollaire à celle-ci, c'est celle de l'accessibilité du patient à son dossier. Faites-vous des dossiers parallèles, où vous abstenez-vous de noter certaines choses ? Autrement dit, pourriez-vous donner tous vos dossiers à vos patients, sans crainte ?**

Je n'ai pas un bilan-type au niveau de la forme. Il y a des enfants pour lesquels j'ai 5 pages de notes avec des bulles, des flèches qui repartent, etc. et des enfants pour lesquels quelques mots me suffisent pour remettre le contexte en place. Je n'ai sûrement pas de grille, c'est sûr. Même par type de pathologie. J'ai un stock d'épreuves. Et je sais ce que je vais demander. Je sais qu'il y a des parents qui sont étonnés quand on pose des questions sur la petite enfance, qu'on creuse la période néo-natale. Mais c'est parce que moi j'y vois des choses. Mais peut-être qu'une collègue n'y verra pas plus de choses que ça. J'ai été confronté à des enfants qui avaient de gros soucis visuels. Maintenant, je suis très casse-pieds par rapport à ça. Un autre aspect : les micro-crisis d'épilepsie. Quand on voit des enfants qui ont été suivis par 3 ou 4 orthophonistes, avec lesquels un travail intéressant a été fait, mais que l'enfant ne s'est pas approprié car il est gêné "techniquement". Que par ailleurs on s'aperçoit que c'est un enfant qui fait des pauses de quelques secondes. Enfin, examen à l'appui en neurologie, on voit que c'est un enfant qui fait des crises d'épilepsie. Hé bien après cela, on intègre cet élément dans notre "liste mentale d'anamnèse" : "est-ce que petit, votre enfant a fait des fortes fièvres, inexplicables ?" On est loin de l'orthophonie, loin du langage, loin des maths... Mais c'est intéressant.

**Parce que vous y mettez du lien.**

Oui, en tout cas de la question. Et on orientera vers des examens complémentaires.

**A propos des autres professionnels de santé, quelles sont pour vous les sources**

## **de l'anamnèse ? Demandez-vous à voir le carnet de santé, le dossier médical...**

Ça m'arrive dans un second temps...

### **Après le bilan ?**

Non, enfin, je fais souvent le bilan en deux temps. La première fois que je reçois l'auteur de la demande, à l'exception des parents qui se baladent avec un lourd dossier, moi, je ne le demande pas. Parce qu'il y a des enfants qui ont un carnet de santé "plein", avec des feuilles agrafées... Mais est-ce que ça a été important pour eux ? Certainement que ça a joué. Un enfant qui a été accroché dans un lit d'hôpital comme une araignée pendant 6 mois, n'a certainement pas développé une motricité et une expérimentation sensorimotrice identiques à son copain de classe... ça peut m'arriver de le demander ensuite. Je pense que le bilan est un moment crucial pour investiguer. Si on demande au bout de dix séances à faire un audiogramme, on a moins de poids qu'avant de démarrer le travail et de vérifier que tous ces paramètres sont connus. On se doit quand même d'aller demander à un ophtalmo, à un orthoptiste, à un neurologue, au médecin traitant un point de vue par rapport à ça. Et ça c'est l'aspect que j'aime bien dans les nouveaux cadres de bilan, avec les conclusions, les objectifs... Les examens complémentaires. Ça, je le garde toujours, dans ma nouvelle grille de compte-rendu de bilan qui date de quelques semaines. Et je marque à "examens complémentaires : " "aucun", ou "aucun pour l'instant". Cela indique bien que j'ai été confrontée à l'idée d'autres examens, mais que pour l'instant je n'en vois pas. Et je trouve ça très important. Il peut arriver qu'on demande pendant plusieurs mois un examen ophtalmique, et ce n'est que longtemps après le début des séances qu'on s'aperçoit qu'il y a un problème de cinétique de l'oeil. Or cela joue sur la lecture. Qu'en est-il alors du travail thérapeutique ?

### **Concernant les items, y en-a-t-il de moins incontournable ? Par exemple : les renseignements administratifs... l'objet du bilan, la demande initiale...**

Ça, c'est très important, savoir qui a demandé, de l'enseignant, des parents... Je trouve que le regard de chacun est essentiel.

### **Vous répondez à quelle demande ?**

Celle de l'enfant !

### **Les antécédents médicaux, familiaux, scolaires... Lesquels sont fondamentaux ?**

Ça, ça fait un peu grille... C'est sûr qu'on a tout ça en tête, en arrière plan. Mais je préfère le prendre d'un point de vue écologique : déroulement dans la vie de l'enfant. Soit je prends l'enfant là où il est maintenant, et on recule jusqu'à avant la naissance. Ou ça peut être plus jonglage : "et en maternelle ?" puis "Ah, son petit frère est né quand il était en CP ?", puis on retourne aux premiers mots, etc. En tout cas une chose est certaine, au bout du compte j'aurai le vécu de l'enfant. Mais je crois beaucoup à la parole du parent. Pendant longtemps on a décrié les mamans, on les a mises de côté en disant qu'elles étaient de parti pris... Mais quand une maman s'inquiète, il y a des raisons. Maintenant dans les Urgences, on en tient compte. Et ça c'est nouveau. Quand j'ai fait mes études on était tout juste post-Bettleheim ! Donc, la souffrance d'une maman -ou d'un papa !- en tous cas de la personne qui élève cet enfant, qui est responsable de lui, qui est au quotidien avec lui, mérite

d'être entendue. Il y a des parents qui ne sauront plus quand l'enfant a marché. On peut se dire, même si ça n'empêche pas de creuser un peu derrière, qu'il n'y a pas eu de gros événement important, sinon ça serait dit. Ou sinon, il y a une chose si lourde que c'est couvé ! Mais c'est important de se dire qu'il y a des résistances. Et là, je ne me place pas du tout d'un point de vue psychanalytique. Parce que je ne suis pas psychanalyste. Mais je trouve que c'est intéressant d'entendre, d'écouter, pour pouvoir mieux recevoir. Et il n'y a pas de grille pour ça. Il y a des enfants qui vont dire des choses qui leur semblent importantes quand par exemple on évoque un déménagement. "Oh, on a souvent déménagé, donc il a l'habitude de changer de copains, de maîtresse, de maison..." et lui dit : "Moi, je n'ai pas aimé quand on a quitté Paris parce qu'on a laissé mon chien là-bas." C'est quand même sacrément important. Ça fait toujours rire les enfants, ça étonne les parents quand je demande qui habite dans cette maison : "Et alors, y'a des frères, y'a des soeurs, y'a des chiens, y'a des chats ?" "Oui, j'ai une soeur. Mais j'ai un chien, il s'appelle Doré !" "Tu peux dire aussi le prénom de ta soeur quand même !" Et les enfants sont toujours étonnés que venant ici pour parler des maths, on commence par parler du chien, ou du meilleur copain, ou de ce qu'il aime faire quand il n'est pas à l'école. On ne part pas de ce pourquoi on consulte. On regarde l'enfant dans sa globalité pour comprendre pourquoi ça dysfonctionne. Et c'est là qu'on entend des choses du genre « ouais, je suis nul en maths, mais je fais avec. » Si on regarde juste le fait qu'il soit nul en maths, mais que l'on n'autorise pas à dire : « mais je n'en ai rien à faire ! » Eh bien, en rééducation on va attaquer la falaise et c'est tout ce qu'on va faire.

#### **Et les tests ne feront que préciser ses difficultés en maths ?**

Oui, alors qu'en fait, les maths c'est plus l'histoire de son grand frère, de sa grande soeur. Il y a des choses qui se disent là-dedans.

#### **Est-ce que vous avez des appuis théoriques concernant l'anamnèse ? Tout d'abord par votre formation initiale, mais aussi votre formation continue. Est-ce que vous vous appuyez sur des auteurs, des courants ?**

Oui. Même si c'est essentiellement l'observation au cours de mes stages qui m'a le plus apporté. C'est intéressant, malheureusement c'est encore peu le cas en orthophonie, de pouvoir filmer ou d'enregistrer les séances. Nos notes sont intéressantes, mais c'est bien de pouvoir s'entendre, se réécouter.

**À ce sujet, il y a un énorme décalage entre ce qui a été fait en psychologie, et l'absence de travaux en orthophonie. Il y a un important matériau de retranscription d'entretiens, d'analyse de ces entretiens...**

**Je pense que la Sécurité Sociale nous bouscule, elle nous fait mal, avec toutes ces directives qui se sont mises en place ou qui vont se mettre en place. Mais en même temps, elle nous fait un cadeau extraordinaire en nous obligeant à légitimer notre action. On n'est pas des instits de luxe. On n'est pas des psychologues sauvages. On est des orthophonistes. On est en train de définir notre fonction. Et ça, c'est génialissime de pouvoir le faire. Je sais que Françoise Coquet, à Lille, a fait un module concernant les moyens audiovisuels. Pour que les étudiants sachent s'auto-filmer, filmer une séance, et décortiquer une vidéo. Ça serait fantastique qu'on puisse filmer tous les bilans.**

**Mais comment amener ça, ça n'est pas simple. Pour en revenir aux apports, en dehors des stages ce qui m'a le plus appris, c'est de revenir après coup, en fin de thérapie, sur le bilan initial. Je pense notamment à une petite fille que j'ai vue, dans un contexte familial très particulier. Une maman médecin, qui avait fait plein d'études, qui savait tout. Et qui systématiquement posait son savoir sur sa fille. « Mais vous ne pensez pas que ce serait plutôt un problème de pragmatique et de sémantique pour ma fille ?... » Peut-être, mais mon boulot n'était pas de poser ces mots-là sur cette petite fille. Donc ça a été un peu compliqué avec cette maman. Ça a été une prise en charge intéressante, malgré tout. Et si elle est restée dyscalculique, elle vivait beaucoup mieux avec sa dyscalculie. Et trois ou quatre ans après, j'ai eu un coup de fil de la grand-mère pour autre chose. Et là elle m'a dit : « Vous avez bien fait de dire ce que vous avez dit à ma fille. Sur le coup elle n'a pas aimé. Mais vous avez eu drôlement raison. » Et là je me suis dit, nom d'un chien ! Si j'avais su ça quatre ans avant, ça aurait pris une autre allure, parce qu'on aurait pu ouvrir ces portes là, qui sont restées fermées. Ça, ça revient dans ma pratique.**

#### **Encore faut-il s'interroger ?**

Évidemment, surtout observer, s'observer. Même si c'est compliqué. Sinon, dans les références, il y a bien sûr Khomsi. C'est quand même celui avec qui j'ai le plus travaillé.

#### **Khomsi, on le connaît pour ses tests, mais a-t-il une théorie concernant l'anamnèse ?**

C'est un psychologue créateur de tests, Khomsi. Il est dans la faille qu'il faut qu'on objective, dans le chiffrage. Ça m'est difficile de parler à sa place. C'est un faiseur de tests. Donc l'anamnèse c'est pas son truc. Mais c'est le premier à convenir, et je ne connais pas beaucoup de chercheurs qui en soient capables, que pour un même profil, il peut y avoir deux gamins complètement différents. Et c'est pour ça qu'il a besoin de travailler avec des orthophonistes. Il a bien sûr plein de choses de vieux renard, habitué à traiter avec des gamins dysfonctionnant. Mais il sait que ça ne s'arrête pas là. Il est surtout dans la notion de contraintes. Qu'est-ce qui fait contrainte, qu'est-ce qui fait poids dans le fonctionnement d'un enfant. Il va chercher à creuser et s'approcher le plus possible du noeud qui fera la différence entre deux enfants qui ont le même profil de lecture.

#### **Entre le courant "psy", et le courant « neuropsychologie », y a-t-il une troisième voie ? Et si oui, l'anamnèse y joue-t-elle un rôle ?**

Il y a plein de voies ! Je pense qu'il ne faut pas se noyer dans des guerres qui ne sont pas les nôtres. De même qu'entre les psys et les TCC, thérapies cognitivo-comportementalistes. Ça n'est pas notre combat, ça ! Bien sûr que l'orthophonie est à la croisée de ces chemins-là. Mais quand un enfant a vraiment besoin d'un psy, ça n'est pas notre boulot. Et s'il a besoin de soutien scolaire, il faut l'adresser un professeur. Mais c'est évident que dès qu'on traite de l'humain on est dans le psy.

Vous parliez de transfert tout à l'heure... Je pense qu'effectivement pour qu'un enfant puisse accorder sa confiance à une personne et à un lieu, il faut qu'il y ait transfert. Il faut comprendre un peu ce qui se joue là-dessous. Par exemple, si un enfant travaille pour nous faire plaisir, et qu'on n'y prête pas attention, on va droit dans le mur. Il va vivre l'arrêt de la séance d'orthophonie comme un abandon. Il faut quand même comprendre ce qu'il y a un petit peu dessous, et ça c'est pas simple. Mais en aucun cas, nous ne sommes des psychologues. Il ne s'agit pas pour nous de faire dessiner l'enfant et d'observer ses dessins. De même, concernant la neuropsychologie, nous n'avons pas la même approche, et ce, même si nos champs de compétence se recouvrent. Les neuropsychologues ont une vision modulaire du fonctionnement d'un enfant. Pour eux, s'il y a un dysfonctionnement, c'est qu'un module est défectueux. Nous orthophonistes, notre formation et notre histoire nous font avoir une vision globale de l'enfant. Je pense intimement que c'est ce qui sauvera l'orthophonie. Et cette vision globale, c'est l'anamnèse qui nous permet de l'avoir. En quelque sorte, notre spécificité qu'il reste à conquérir passe par l'anamnèse.

**Est-ce que l'anamnèse est une bonne entrée en matière ?**

Certainement.

**Peut-elle inspirer la méfiance en donnant l'impression d'une trop grande intrusion ?**

Bien sûr ! Il s'agit de ne pas violenter l'interlocuteur. Le temps est important. Si des choses douloureuses doivent être dites, elles le seront naturellement à un moment opportun. Si le premier entretien est bien engagé, si la confiance s'est installée, beaucoup de choses peuvent être dites, interrogées. Il faut être très attentif aux réactions de chacun. Il faut savoir sentir quand on devient intrusif, quand on va trop loin. C'est très variable d'une famille à l'autre.

**La pratique de l'anamnèse est-elle plus aisée avec l'expérience ?**

Évidemment. C'est ce que je disais tout à l'heure : je m'enrichis de tous ces loupés, qui n'en sont pas !

## **ENTRETIEN 12**

Orthophoniste ayant un exercice mixte, huit ans d'expérience.

**L'anamnèse pour vous se déroule où ? Quand ? Quand commence-t-elle ?  
Quand s'arrête-t-elle ?**

Où ? Elle commence un peu au téléphone. Je lui demande de m'expliquer pourquoi il vient me voir, qui l'adresse, et ensuite dans mon cabinet, plus en détails.

**Ceci en libéral, et à l'hôpital ? (J'appelle anamnèse toutes les informations recueillies autrement que par l'observation clinique et les tests)**

Ici on est dans une Unité Neuro-vasculaire. Le patient entre pour un accident vasculaire à la phase aiguë, dans les trois heures qui ont suivi les premiers signes, donc il est transféré par le SAMU ou SOS médecins ou le médecin traitant. Donc d'emblée, on a des renseignements sur son parcours, donc l'histoire de la maladie, dans un dossier élaboré par les internes : son mode de vie, son âge, ses antécédents, sa situation familiale, son niveau culturel et social. Donc on part avec une anamnèse.

**Cette anamnèse, vous la complétez en interrogeant le patient ?**

On la complète parce que des fois elle est incomplète. Souvent, le patient ne peut pas parler. Les informations, on les a par les médecins et par la famille.

**En libéral, combien de temps dure votre anamnèse ?**

L'anamnèse fait partie du bilan. Elle est réaménagée : au cours des séances suivantes on continue à discuter avec le patient, de l'évolution... Je ne sais pas si vous le considérez aussi comme une anamnèse. Moi je considère que c'est une réorganisation, donc ça en fait partie, de toutes façons. Sortant de là, si le patient compte rencontrer un autre thérapeute, son anamnèse ne va pas s'arrêter à ce qu'il va dire, mais aussi avant se raccourcit avec ma partie à moi. Je considère que cela peut s'élargir et s'étendre.

**Puisque dans les textes l'anamnèse doit faire partie du bilan, est-ce que vous considérez qu'elle se réduit à cette attente-là : servir à établir un diagnostic et un projet thérapeutique. Peut-elle servir à autre chose qu'au bilan ?**

Non, elle est utile tout au long du projet.

**Elle réinitialise le projet en permanence ?**

Oui, elle vient apporter des éléments, des éléments indispensables puisque, si vous ne comprenez pas la situation autour du trouble même, vous ne pouvez pas travailler dessus. Je vais prendre un exemple de pathologie de la voix. J'ai une patiente qui m'a été adressée pour une pathologie de la voix par un O.R.L. Pour cette patiente, l'anamnèse s'est déroulée d'une manière assez succincte parce qu'elle ne voulait pas livrer des éléments ; je sentais que je ne pouvais pas trop rentrer dans les éléments de sa vie. Pour elle c'était plus de la curiosité que quelque chose qui aurait aidé à sa guérison, à son soin. Je me suis contentée de poser des questions très peu profondes, qui restait superficielles, donc. Je ne voulais pas trop rentrer

dans sa vie privée, on va dire ça comme ça. Et puis, elle venait pour faire de la rééducation orthophonique, point. Donc j'ai commencé à travailler avec cette patiente et, au fur et à mesure qu'on avançait dans la rééducation, j'ai essayé quand même d'avoir un peu plus d'éléments. J'ai essayé de comprendre cette patiente puisque c'était quelque chose de fonctionnel et, à chaque fois que je voulais en savoir un peu trop, cette femme se refermait, fermait toutes les portes ; il n'y avait pas de possibilité de rentrer ! Donc je n'ai jamais pu savoir ce qu'il en était et lorsque j'ai mis le doigt sur la difficulté, là, la rééducation s'est arrêtée. Brutalement.

**Est-ce que cela vous a empêché de la rééduquer ? De la soigner ?**

Oui, bien sûr, je ne pouvais pas travailler toute seule, c'était trop lourd. L'orthophonie ne suffisait pas, il aurait fallu autre chose. Je le savais. Donc, lorsqu'on en a parlé, il est évident qu'elle avait déjà suivi autre chose auparavant mais qu'elle avait arrêté, parce qu'elle ne pouvait pas ; psychologiquement c'était trop dur pour elle et lorsque j'ai voulu faire comprendre qu'il fallait aussi, peut-être, qu'elle reprenne à son rythme, alors... On en discutait tout simplement, moi je continuais l'orthophonie. Elle n'a pas voulu : « moi c'est pour l'orthophonie que je viens. Je ne viens pas pour autre chose. On arrête là. » Elle ne l'a pas dit tout de suite. Elle a préféré sortir du cabinet, laisser un prochain rendez-vous se mettre en place, et puis le décommander en laissant un message sur la boîte vocale, sans avoir un rapport direct avec moi. Donc, l'anamnèse est quand même importante : elle permet de savoir ce qui se passe chez les gens. On ne peut pas travailler si c'est trop dur, trop tendu. Enfin, on peut travailler bien sûr, mais on ne fera pas le même travail si les gens ne se livrent pas. Je comprends tout à fait qu'il y a certaines choses qui ne puissent pas se dire ici. Il faut faire confiance à la personne aussi qu'on en face de soi. Nous, on sait où on va, mais il faut aussi expliquer à la personne où on va parce que eux ne savent pas forcément ce qu'on va faire de ces éléments qu'ils nous fournissent. Cela peut être perçu comme une simple curiosité.

**Déplacée ?**

Exactement.

**Il y a peut-être un malentendu qui vient aussi de l'ignorance que les patients ont de ce qu'est l'orthophonie réellement...**

Oui.

**Ils la prennent pour quelque chose de très technique, de très éducatif ?**

Très « soutien » aussi ; des cours... on entend encore souvent dire : « des cours d'orthophonie ».

**Comment dirigez-vous les entretiens, est-ce que vous avez un questionnaire type, une grille ?**

Pas du tout. C'est au feeling on va dire, forcément, parce que tout le monde n'est pas pareil. Justement, j'ai des cas de patients comme ça, qui sont très rigides, qui ne se livrent pas. D'ailleurs on le voit dans l'échange, dans la façon de se positionner face à vous : s'ils sont en face, de biais, s'ils sont bien installés, comment ils vous regardent, ou s'ils ne vous regardent pas... À ces signes, vous sentez déjà si la relation passe. Vous ne pouvez pas avoir le même discours avec tous les patients. C'est impossible. Bien sûr il y a des questions qui reviennent. Par exemple quand on a des enfants qui viennent pour des problèmes de langage : est-ce qu'il a eu un

problème de langage dans son enfance, comment s'est passée son entrée en petite section, quel mode de garde a-t-il eu...

**Donc c'est un entretien assez ouvert ?**

Tout à fait.

**Vous n'avez même pas d'aide-mémoire pour être sûre de ne rien oublier ?**

Non, parce qu'au cours des autres séances si j'ai quelque chose à demander, je pourrai le demander. Je pense qu'il ne faut pas être trop rigide non plus. Et puis ensuite il y a la pratique. On sait à peu près où on va quand on a des questions à poser, et puis les patients en général parlent d'eux-mêmes, à part dans quelques cas.

**À votre avis, disent-ils toujours ce qui est essentiel ?**

Oui, je pense. Si on pose les bonnes questions. C'est à nous de savoir ce qu'on attend, ce qu'on veut comme éléments pour notre bilan, pour pouvoir après bien mener notre rééducation. Qu'est-ce qu'on attend, qu'est-ce qu'on cherche, où on va... Si on ne sait pas nous-mêmes ce que l'on attend, le patient, lui, ne le saura pas. Il ne le dira pas.

**Concernant les sources de l'anamnèse, il y a donc le patient, son entourage. Quels sont les autres sources possibles ?**

Le médecin prescripteur bien sûr. Autrement, l'école. L'équipe qui travaille avec l'enfant forcément, quand c'est une équipe pluridisciplinaire. Donc tout ce qui se traite autour de l'enfant et du projet thérapeutique qu'on doit mener.

**Sous quelle forme ? Ce sont des courriers, des coups de fils ?**

Moi, je travaille beaucoup avec le téléphone. Des fois je me déplace. Mais c'est surtout avec le téléphone. Les courriers aussi, bien entendu. En fait oui, ça dépend, je me déplace, le courrier, le téléphone, tout.

**En ce cas, vous arrive-t-il de prendre contact avant de rédiger le bilan ? Ou bien ce sont des choses qui vont venir plus tard, au cours de la rééducation ?**

Ça dépend. En général le patient est envoyé. Je fais le bilan et je l'adresse au praticien. Maintenant il peut arriver que, après avoir adressé mon bilan, je téléphone en plus pour avoir un échange. Il se peut aussi que mon bilan soit réalisé, qu'il ne soit pas tapé parce que j'ai une somme de travail importante ; je le mets dans un coin. Donc je téléphone au médecin pour lui dire ce que j'ai fait dans mon bilan, ce que j'ai constaté. Lui me donne ses éléments et je lui dis « le bilan va arriver, soyez patient ».

**Dans ce cas-là, est-ce que vous le modifiez ?**

Non, enfin oui. Je complète s'il manque des éléments au niveau de son anamnèse en général. En général, on n'a pas beaucoup de courrier ; on a plutôt « bilan orthophonique et rééducation si nécessaire ». Voilà, on se débrouille avec ; donc il faut aller chercher les informations. Oui, c'est très important.

**Une fois l'anamnèse recueillie, vous gardez ça dans votre dossier. Le fait que**

**les patients aujourd'hui aient accès à leur dossier, est-ce que ça vous oblige à faire des dossiers parallèles ? Vous êtes-vous déjà posé la question ?**

Bah non ; leur dossier ils ne me le demandent jamais. De toute façon je ne leur donnerais pas certaines informations. Ils peuvent avoir accès à leur dossier, mais j'ai le droit de retenir des informations. Je constitue, comme vous dites, un dossier parallèle. De toutes façons dans notre travail, il faut qu'il y ait un échange de confiance. Donc moi je dis tout ce que j'ai à dire. Mais il faut y aller doucement des fois. Ne pas être trop brutal. Si j'ai des choses à dire, j'essaie de les faire passer. Je n'ai rien à cacher.

**Parmi ces items : renseignements administratifs ; objet du bilan ; demande initiale du patient, de l'entourage, éventuellement de l'instituteur ou du médecin qui vous l'adresse, est-ce qu'il y a une demande que vous interrogez plus qu'une autre ?**

Si c'est un médecin, je demande pourquoi. Mais dans tous les cas ça tourne toujours autour de « pourquoi ? Qu'est-ce qui vous amène à moi ? » On va me répondre, on va discuter : « C'est un problème de voix ou de mémoire ». Si c'est un accident vasculaire, c'est évident, c'est une aphasie.

**Y a-t-il une demande et quelle est-elle dans ces cas-là ?**

C'est-à-dire que les patients quand ils arrivent ici, ou dans un autre hôpital quand ils sortent, il y a eu un bilan, avec une prescription si c'est nécessaire. Donc ils vont voir un orthophoniste ; il y a un bilan qui suit, pas toujours, je fais suivre mon bilan aux orthophonistes.

**Mais le patient lui-même est-il demandeur pour la rééducation ?**

En général, l'entourage. Ça dépend de la sévérité du trouble. Il peut y avoir que des patients soient demandeurs bien sûrs. Mais si le patient n'a pas envie, on ne pourra pas faire une rééducation.

**Donc la demande est quelque chose d'essentiel ?**

Ah oui, parce qu'il faut être acteur de sa rééducation. Si on vous oblige à faire quelque chose et que vous n'en voyez pas les bienfaits, ça ne sert à rien.

**L'anamnèse peut-elle être un moyen ou un moment de faire sentir au patient qu'il aurait intérêt à être rééduqué ?**

Oui bien sûr, c'est un échange dans lequel on montre les difficultés. Il est venu me trouver. Donc c'est déjà qu'il y a une demande de sa part, sauf si c'est un enfant. Un enfant en général accepte puisqu'il vient avec ses parents. Ce sont ses parents qui lui disent. Il n'a pas trop le choix. C'est comme ça. Ça fait partie du tableau mais le patient, à partir du moment où il vient, c'est déjà qu'il y a une demande. Les adultes qui sont traînés c'est rare quand même. Maintenant ça peut arriver qu'un patient aphasique vienne vous trouver pour une rééducation et puis ça ne fonctionne pas entre vous et lui. Il ne trouve pas d'intérêt. Donc il arrêtera forcément.

**À propos des enfants, il y a souvent divergence entre l'attente des parents et l'attente des enfants. Que pouvez-vous en dire ?**

Les enfants en général, ils suivent. Ils suivent. On a beau leur dire, il n'y a pas cette

prise de conscience comme chez l'adulte. Ça fait partie de l'éducation, on va dire. Je vais chez l'ortho parce qu'on m'a dit que je lis mal, que j'écris mal. Après, des enfants plus grands, en primaire, qui ressentent une difficulté importante, et qui sont très gênés au quotidien, ils viennent mais ils souffrent. C'est encore plus dur. Je me souviens d'un petit garçon qui avait une dyslexie très très sévère et que je prenais trois fois par semaine. Il n'avait pas de repères dans le temps, pas de repères dans l'espace, il était vraiment très très mal ; il ne comprenait pas ce qu'on disait. Je me suis même posée la question de savoir s'il n'était pas dysphasique. Ça se passait en Martinique. Donc il n'y avait pas de diagnostic possible. Il y avait une souffrance de la part des parents, une souffrance de la part de l'enfant et moi je souffrais également pour lui ; parce que cet enfant avait du mal à suivre à l'école. Les professeurs étaient très exigeants. Il était marqué de rouge à chaque fois. Au lieu de l'aider, les professeurs l'enfonçaient et se moquaient de lui. Au lieu de jouer avec ses petits camarades, il venait travailler entre midi et deux à mon cabinet. Le soir il avait plus de devoirs que les autres. Il était complètement perdu cet enfant-là. Et lui voyait le bénéfice de cette prise en charge. Il voyait qu'il faisait des progrès et d'un autre côté, c'était paradoxal, à l'école il faisait des progrès mais c'était tellement petit. Ce n'était pas suffisant pour les autres professeurs. C'était toujours : « tu fais encore trop de fautes ! » Et pourtant il en faisait beaucoup moins, et il arrivait petit à petit à s'en sortir. Donc, au bout d'un moment, il a arrêté. Il n'avait plus envie.

**Les antécédents médicaux, est-ce que c'est, pour vous, une part importante de l'anamnèse ?**

Ça dépend des pathologies. Pour un enfant qui a un trouble du langage, si on sait qu'il a fait des otites à répétition ça va nous aider. S'il a un trouble articulaire également. Ça permet de savoir pourquoi.

**Les questions que vous allez poser au patient sur son passé médical sont en lien avec la pathologie qu'il présente ?**

Bien sûr oui. De toute son essaie de tout savoir parce qu'il y a des événements qui peuvent se greffer. Dans l'anamnèse il faut explorer un peu tout, de toute façon. Après on fait le tri. On peut dire ça comme ça.

**Si on voulait faire une anamnèse idéale, il faudrait des heures, non ?**

Oui. Tout à fait.

**Les antécédents familiaux, c'est un point important pour vous ?**

Oui.

**Ça concerne quoi, le premier cercle de la famille ?**

Oui, on va dire ça comme ça.

**Est-ce que vous posez des questions directes, comme : « est-ce qu'il y a des conflits ? » Ou est-ce que vous laissez venir ces choses-là ?**

Ces questions-là, on ne peut pas les poser d'emblée. On ne connaît pas le patient. C'est un peu brutal. Déjà, quand vous faites les renseignements administratifs vous avez déjà un aperçu : vous demandez le nom, la caisse de sécurité sociale, le numéro, la profession de parents, combien sont-ils dans la famille, combien de frères et soeurs, l'adresse...

**Vous vous adressez directement à l'enfant ?**

Ça dépend de l'âge et de mes questions : le numéro de sécurité sociale, je vais le demander aux parents, la date de naissance je la demande au patient, à l'enfant si c'est un enfant, je lui demande son nom, son prénom, sa date de naissance. Je lui demande s'il a des frères et soeurs, je le fais participer. Sait-il pourquoi il vient, Sait-il qui je suis, Sait-il ce qu'on va faire ensemble ? Quel est le nom de sa maîtresse, sa classe. Le parent et l'enfant sont face à moi tous les deux, et ont un échange égal.

**Dans cette liste d'items : antécédents scolaires, développement de l'enfant, développement psychoaffectif, y a-t-il des aspects que vous aborderez moins que d'autres lors d'un premier entretien ?**

Tout ça bien sûr je demande. C'est rapide, de toutes façons c'est rapide. En général, j'essaie de faire un tour complet. Sans ordre précis.

**Est-ce que vous vous appuyez sur des fondements théoriques ou des appuis liés à une formation continue que vous auriez faite ? Ou encore des auteurs, un courant ?**

Pour l'anamnèse ? Non, pas du tout. J'ai mon expérience clinique. Et puis, lors de la formation initiale, on nous a un peu expliqué quelles étaient les questions-clés, et je pense qu'elles correspondent tout à fait. On n'a pas besoin d'investigation plus importante. Et si on en a besoin, on pose des questions, en fonction de ce qui nous manque.

**Tout à l'heure, vous disiez que l'important était de savoir où on va quand on pose des questions. Est-ce qu'en sortant de votre formation, vous aviez le sentiment que vous saviez où vous alliez lors du premier entretien ?**

Eh bien oui. J'avais déjà cherché à savoir pourquoi on voulait savoir l'histoire la famille, les antécédents familiaux. J'ai cherché à comprendre et je me suis posée des questions par rapport à moi-même pour essayer de mieux comprendre comment j'allais recueillir les informations chez le patient.

**Étiez-vous aussi à l'aise qu'aujourd'hui ?**

J'étais moins à l'aise. C'est normal, je n'avais pas l'habitude. J'avais presque une feuille sous les yeux.

**Il y a des questions que vous posiez sans vraiment savoir à quoi pourrait vous servir la réponse ?**

Non, je ne pense pas.

**Est-ce que vous demandiez par exemple s'il y avait des incidents au cours de la grossesse ?**

Oui, ça je le demandais.

**Vous saviez alors pourquoi vous le demandiez ?**

Eh bien... Pour une surdité, par exemple, c'est important de le savoir.

**Une question plus générale, mais qui rejoint l'anamnèse : entre les deux courants qui seraient d'un côté « psychanalytique » et un autre courant « neuropsychologie », y aurait-il une troisième voie propre à l'orthophonie ? et qui se nourrirait des deux ?**

(Blanc...) J'essaie de comprendre ce que vous attendez comme réponse. Vous voulez dire au niveau des observations par rapport au patient ?

**Ce que je veux dire, c'est qu'au niveau psychanalytique, on peut s'intéresser aussi aux relations en observant ce qui se passe entre une mère et un enfant, la place du père, poser des questions, laisser venir des choses dans cet esprit-là. On peut aussi avoir une vision neuropsychologique plus modulaire, quels sont les mécanismes qu'il y a derrière un déficit, un trouble. Ces différents points de vue s'expriment dans l'anamnèse. Ils vont déterminer le type de questions qu'on va poser.**

Tout dépend de la raison du rendez-vous. Si j'ai une patiente qui vient pour un problème de voix fonctionnel, je vais plutôt l'écouter, comprendre ce qui se passe dans son histoire, quels sont les difficultés qu'elle rencontre avec elle-même, ou ses relations. Maintenant si c'est une dyslexie, je vais plus faire de la neuropsychologie, essayer de comprendre les mécanismes qui entravent le bon fonctionnement de l'enfant. Mais je vais quand même essayer de comprendre les relations avec sa famille, forcément. Ce n'est pas indépendant pour pouvoir l'aider justement.

**Le fait que vous travailliez à l'hôpital a-t-il induit une autre manière de pratiquer l'anamnèse ? Une manière plus « neurologique » ?**

Oh oui ! Complètement ! Puisque c'est un accident, une ischémie, une hémorragie. Je ne vois pas ce que la psychanalyse ferait là-dedans. Là c'est bouché.

**Et dans le projet thérapeutique, est-ce que ça peut intervenir ?**

Bien sûr, je vais tenir compte de la personne, de ses émotions, de sa sensibilité, mais là encore il y a eu un accident. Les personnes ne sont plus les mêmes. Le travail reste neuropsychologique.

**Vous dites : « les personnes ne sont plus les mêmes », c'est intéressant. Vous pouvez développer un petit peu ?**

Eh bien ils ne sont plus les mêmes parce qu'il y a eu une lésion au cerveau qui fait que le langage, la communication est perturbée. La communication perturbée va engendrer un désordre au niveau affectif, émotionnel. On a des patients qui vont être déprimés ou qui vont plutôt être très jovial sur le plan de l'humeur, ce sont des patients qui sont beaucoup plus sensibles à leur entourage ou aux incidents, qui sont sensibles aux émotions, qui sont très irritables. Non, les personnes ne sont plus les mêmes. Ils sont plus fatigables aussi.

**Mais le passé de ces personnes existe toujours ?**

Il existe, et on en tient compte bien entendu.

**Mais il intervient moins dans la relation qu'on a avec le patient ?**

On tient compte de son histoire ; on est obligé de tenir compte de son histoire, de ce

qu'il faisait avant.

**De son niveau socioculturel ?**

Obligé, obligé !

**D'une éventuelle anxiété ?**

Bien sûr, on en tient compte quand même. Mais le travail ne va pas être le même, parce qu'on a travaillé sur la communication, sur le langage, sur des points précis, spécifiques. Ça ne veut pas dire qu'on met ça de côté, pas du tout puisque, avec plusieurs patients aphasiques, je ne travaille pas de la même manière. J'attaque toujours mes rééducations en utilisant une technique très particulière, l'A.P.E.S. C'est une technique de communication, ça se base sur un échange très pragmatique. Vous pouvez l'utiliser avec plusieurs patients mais pas de la même manière. Forcément. Parce que je vais m'adapter, c'est à moi de m'adapter.

**Bien sûr, vous vous adaptez à leur comportement et à leur état.**

Tout à fait.

**De manière générale, ici à l'hôpital, vous recevez des adultes. Dans votre cabinet ce sont des enfants. Dans les deux cas l'entourage est très demandeur. Il y a une attente de l'entourage qui est très forte. Le projet thérapeutique tient compte de l'entourage et du contexte psychologique du patient ?**

Oui, bien sûr. La famille participe à la rééducation. Dans mon travail, il faut qu'il y ait une stimulation. Ce n'est pas en trois fois trois quarts d'heure que vous changerez la vie du patient. Vous êtes là pour donner. Il y a toujours un cahier sous forme de porte-vues. Je ne mets pas de feuilles photocopiées ; je dessine, j'écris, c'est en couleur. C'est toujours un travail très adapté, qui correspond à un patient. C'est son cahier, il ne ressemble pas à un autre. C'est vraiment l'aider, lui, par rapport à lui, à sa personne, à son contexte. Je demande à la famille des éléments pour m'aider.

**Vous ne pourriez pas travailler si vous n'aviez pas ces éléments-là ?**

Si, mais ce serait différent. Parce que le patient attend de pouvoir communiquer avec sa famille, avec ses proches. C'est ça l'important pour lui. Après, tout dépend de son niveau ; s'il y a un retour à domicile prévu avec des troubles pas trop sévères, on pourra faire des exercices qui sont basés sur la communication mais à un autre niveau. Je suis en train de penser à des patients qui ont des aphasies très sévères, globales, donc qui sont vraiment privés de langage. Pour ces patients-là, on est obligé de trouver un mode de communication, les moyens pour qu'il puisse se faire comprendre. Parce qu'il y a une frustration ; quand on ne peut pas transmettre sa pensée et quand l'autre ne peut pas vous comprendre et que l'autre n'arrive pas à vous expliquer, c'est épouvantable des deux côtés. Donc, avec ces patients j'ai fait plusieurs cahiers : l'épouse m'a listé les repas, ce qu'il aime bien manger, les entrées, les plats, les fromages, les desserts, les boissons, pour qu'il puisse choisir aussi, parce que c'est important, plutôt que d'être là, passif. Peut-être que lui, il a envie de dire : « ce midi je voudrais manger ça ! » Et donc elle va aller acheter ça, parce qu'il en a envie. C'est un retour à la vie.

**Il redevient acteur ?**

Oui. Et pour les aphasies un peu plus légères, mais avec des perturbations au niveau du langage, la communication passe quand même, mais c'est plus ralenti. Donc on fait un autre travail, on adapte. C'est plus spécifique. C'est différent. Mais la famille intervient quand même. Là, j'ai des groupes de parole. Les conjoints viennent à ces groupes de parole : ils ont besoin de rencontrer d'autres conjoints qui sont dans la même situation qu'eux. Ils ont des questions qu'ils se posent, mais auxquelles personne ne répond. Ils se sentent seuls et le fait de voir qu'on leur dit : « eh bien moi aussi, mon couple, on est tout le temps en train de se chamailler ! Pour un oui ou pour un non. Donc c'est normal. Et on évite de mettre ça sur le compte de la personne aphasique. Celle-ci se sent souvent frustrée, coupable, parce qu'elle n'arrive plus à communiquer ; elle prend tout au premier degré. C'est très difficile pour elle. Pas plus tard qu'hier, un conjoint me disait : « c'est épouvantable parce que hier soir avec les enfants, on riait. Ce n'était pas méchant, ce n'était pas contre mon épouse. Ils riaient parce qu'ils trouvaient ça drôle, certains gestes. Mais elle, elle prenait ça très mal. Ça la choquait, ça l'a blessée. Elle était vraiment très déstabilisée ; on a même été obligé de mettre des petits papiers avec « humour ». Je l'ai rassurée en lui expliquant que c'était normal. Les patients aphasiques sont plus irritables. Et cette personne était contente d'entendre quelqu'un d'autre dire « oui, c'est normal. »

**Peut-on utiliser l'humour pendant l'anamnèse, pour dédramatiser des propos ?**

Bien sûr, quand par exemple il y a trop de rigueur de la part des parents.

**Pour finir, si je vous demande à quoi sert l'anamnèse, que pouvez-vous me répondre ?**

C'est ce que je vous ai dit : l'anamnèse va me guider dans ma relation, m'aider à mieux comprendre le patient et sa pathologie, comment il fonctionne dans le milieu familial pour pouvoir adapter la rééducation et l'orienter, l'aménager. Elle va me permettre aussi de trouver des pistes de travail, pour rééquilibrer s'il y a eu un déséquilibre. Au sein de la famille par exemple. S'il y a un déséquilibre précis, de trouver où est la faille pour pouvoir rééquilibrer, pour que la rééducation soit bien menée, pour que le patient trouve un résultat dans sa rééducation. Par exemple : il peut arriver qu'au niveau de la relation ça ne passe pas, et que ça engendre un déficit. Il y a des parents trop rigides avec leur enfant, qui veulent toujours que tout soit impeccable, bien fait, bien tenu. Rééquilibrer consiste à faire en sorte qu'ils comprennent pourquoi il y a cette demande de leur part, pourquoi cette exigence. Qu'est-ce qui s'est passé ? Donc on essaie de réadapter, de dédramatiser, de montrer comment on pourrait parvenir à faire autrement. Voilà. On ne peut pas s'en tenir à l'enfant, parce qu'il n'est pas tout seul cet enfant, il fait partie d'un groupe. Il se réalise dans un groupe, à la maison ou à l'école, ou même en dehors...

**Cela rejoint la question des deux courants : relationnel et modulaire. Les deux sont donc indispensables ?**

Oui, je le pense.

**Comment choisissez-vous vos tests ? Savez-vous à l'avance, en fonction de la pathologie annoncée, les tests que vous allez faire passer ? Ou bien, avez-vous une vague idée, et prenez-vous votre décision en fonction de l'anamnèse ?**

Au cours de l'anamnèse je pose des questions : « pourquoi vous venez me voir ? Qu'est-ce qui vous amène ? » Je remonte comme ça, depuis le début de l'enfance. Je demande aussi qui a fait la demande : l'instituteur, le médecin... Qui a soulevé le problème, qu'est-ce qui s'est passé ce niveau-là ? Donc on essaie de comprendre pourquoi il est venu, et quelles sont ses difficultés. Et à ce moment-là, je vais choisir mes tests en fonction des difficultés.

**Pratiquez-vous le bilan en deux temps, ou en une seule séance ?**

Ça dépend. En général je fais en une seule séance. Mais ça m'est arrivé de faire en deux séances quand je prends trop de temps pour discuter avec les parents, ou quand je vois que cela demande plus d'investigation. À ce moment-là, oui, je prends un autre rendez-vous.

**Est-ce que l'anamnèse contribue au diagnostic ?**

Ça c'est une bonne question. Je ne me la suis jamais posée ça dans ces termes. Un petit peu, peut-être, pour certaines pathologies, oui bien sûr. Oui forcément. C'est indispensable, tout à fait. Par exemple un bégaiement, même une dyslexie de toutes façons, parce que ce sont les antécédents qui... Oui, oui, bien sûr.

**Est-ce que l'anamnèse peut servir à conseiller une autre orientation thérapeutique ?**

Oui bien sûr, ou conseiller d'aller voir un psychologue, ou un O.R.L.... Pour demander un examen complémentaire aussi.

**Et sur un autre plan, est-ce que ça a une fonction pour engager la relation thérapeutique ? Et d'abord est-ce une bonne entre en matière pour commencer un travail thérapeutique ?**

Oui, c'est indispensable de toutes façons.

**Est-ce que pour vous, dans le travail orthophonique il y a l'idée de transfert et de contre-transfert ?**

Ça dépend des pathologies.

**C'est-à-dire ? Y a-t-il des pathologies où ça n'existe pas ?**

Enfin... On ne va pas mettre l'accent dessus, dans certaines pathologies. Malgré tout, il y a un transfert du patient sur le thérapeute, je pense...

**Les gens répondent-ils volontiers en général ?**

Oh oui ! Parce que ce n'est pas amené comme des questions. Je m'assoie, je pose des questions. C'est quelque chose qui se fait. C'est un échange, une discussion. L'anamnèse doit être une discussion. Je demande par exemple : « racontez-moi comment s'est passée l'entrée à l'école. Est-ce qu'il y a quelque chose d'important à me signaler ? Est-ce que l'apprentissage de la lecture s'est bien passé ? Racontez-moi un petit peu la petite enfance. » Dès que je vois quelque chose qui m'intéresse : « vous me parlez de ça, c'est très intéressant. Son CP, vous m'avez dit que c'était un peu difficile, pourquoi ? »

**Comment prenez-vous des notes ?**

J'écoute, je note les points essentiels. Et ensuite, quand le patient est parti, j'écris ce que j'ai retenu.

**Vous arrive-t-il d'enregistrer ?**

Non, jamais. Ça me mettrait très mal à l'aise. Ça mettrait très mal à l'aise le patient aussi. Il ne le supporterait pas. Il ne se livrerait pas de la même manière. Et puis je pense que je n'ai pas à faire ça, j'ai ma mémoire, j'ai mon écoute. Je suis là pour écouter et être à 100 % avec mon patient. Je n'ai pas besoin de cette machine pour enregistrer. Non, non, non. Moi je ne suis pas partisane de ce genre de technologie pour l'anamnèse. J'ai un patient qui m'a raconté avoir fait une thérapie de groupe familiale. Il a trouvé ça absolument monstrueux. Ce sont ses termes. Il est arrivé, on leur a dit : « on va vous filmer ». Il m'a dit n'avoir pas pu dire ce qu'il avait à dire.

## **ENTRETIEN 13**

Orthophoniste exerçant en institution, vingt-deux ans d'expérience.

**Ce qui m'intéresse, c'est votre vision de l'anamnèse, votre pratique aussi, sachant que vous travaillez en centre...**

Nous n'avons plus l'occasion de voir les patients directement en consultation. On passe directement par le médecin de rééducation ; des fois on demande une rencontre ; en général, on dit qu'on veut échanger avec les parents sur ce que l'on peut proposer à leurs enfants. Mais ça ne prend pas la forme d'un questionnaire sur le passé médical de l'enfant. Ça c'est vraiment le médecin qui s'en occupe. Éventuellement, on peut relire les éléments qui peuvent nous sembler pertinents.

**En ce qui concerne le langage, c'est aussi le médecin ?**

En fait, c'est très précis en ce qui concerne l'anamnèse. Ici on accueille des enfants avec des handicaps moteurs très importants, des histoires médicales extrêmement lourdes. C'est plus l'histoire générale du handicap. Ce n'est pas très précis, effectivement, sur les débuts de l'alimentation... La vision qu'on peut avoir dans un établissement comme ça... On est plus dans la rééducation, plutôt que dans la réduction à un trouble particulier. C'est plus une vision globale.

**En fait, les causes du trouble sont déjà définies ?**

Voilà. On n'est pas dans la recherche vraiment étiologique de l'histoire. Ça rend des tableaux pathologiques assez complexes, les enfants qui ont des parcours médicaux lourds, qui sont passés par des CAMSP<sup>1</sup>. Ils sont tous passés dans un service de néonatalogie, des établissements spécialisés, soit des services de soins, ils ont déjà un suivi... Les parents, enfin, le disent assez rapidement. C'est déjà assez douloureux pour eux de subir ça. Ils vivent cela comme l'histoire précoce de la naissance de leur enfant, c'est-à-dire de l'alimentation. C'est quand même extrêmement douloureux. Ça reste douloureux et c'est pas forcément évident. Mais nous, notre position, c'est que la personne qui s'en occupe au niveau de l'établissement, c'est plus le médecin, éventuellement le psy, s'il y a des questions plus prenantes. Nous, orthophonistes, nous ne posons pas de questions directement sur la vie de l'enfant. Par contre, ça ne veut pas dire qu'on nie le début de l'histoire de l'enfant. Ça peut arriver dans le cadre de la rééducation de rencontrer les parents, et c'est plus à ce moment-là les parents qui livrent des choses. Les parents, on les connaît pendant de longues années puisque les enfants peuvent rester 7 ou 10 ans. Au cours des rencontres qu'on peut avoir, ça peut venir, mais ce n'est pas formalisé au sens d'entretien d'anamnèse ; ça s'inscrit dans le temps. C'est peut-être plus ça la caractéristique. Et puis, par rapport à ça, en fonction des éléments dont on peut avoir besoin, on fait l'anamnèse. C'est ça, c'est des éléments dont on peut avoir besoin ensuite pour la rééducation. En fait, ce sont des éléments qui arrivent au fur et à mesure de ce qu'on veut faire, effectivement, c'est ce qu'on disait, ce sont des enfants qui ont subi une rééducation depuis très longtemps. Donc, c'est un peu délicat... Les objectifs de rééducation changent tout le temps, en fait, au fur et à mesure de l'âge de l'enfant, de l'évolution, de ce que l'enfant amène, de son envie, de ce à quoi il veut bien, à certaines périodes de sa vie, s'atteler ; un enfant qui peut avoir par exemple les troubles importants de déglutition, un bavage ; il va pouvoir

---

1 C.A.M.S.P. : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce.

être demandeur à un certain âge de travailler ça, et à ce moment-là, on peut peut-être savoir ce qu'il en est, l'interroger, lui, à partir de la demande de ce qu'il veut faire, et puis éventuellement les précédentes rééducations qui ont pu être faites par rapport à ça.

### **Quels sont, justement, les sources de cette anamnèse permanente ? C'est l'entretien avec les parents ?**

Oui, avec les parents, avec l'enfant aussi ; j'ai pas mal de contact avec les éducateurs qu'ils avaient avant., ça peut être aussi des collègues ergothérapeutes, psychomotriciens, kinés qui travaillent au sein de l'établissement. Quand je pense qu'il est important d'avoir des éléments qui pourraient sembler un peu incontournables, je lis les comptes-rendus qu'ont pu faire mes collègues auparavant.

### **Avant de rencontrer l'enfant ?**

Avant de rencontrer l'enfant parce que... Je sais qu'il y a des positions très différentes là-dessus : il y a des gens qui disent « on veut découvrir l'enfant ». Je pense que de lire des choses incontournables, ça n'empêche pas de découvrir un enfant. Par exemple, si un collègue qui le suivait avant dit qu'il serait important de pouvoir poursuivre tel aspect, j'essaie d'en tenir compte. Je pose des questions à l'enfant : « qu'est-ce que tu en penses ? Comment ça se passait pour toi ? Elle pense qu'il faudrait continuer... » J'essaie de m'inscrire comme ça dans la suite, faire comme si j'étais l'orthophoniste, alors qu'il a déjà eu toute une histoire. J'essaie de tenir compte des éléments, de l'histoire antérieure.

### **Est-ce que vous pratiquez un bilan pour chaque enfant ?**

Oui, pas vraiment au sens strict. Moi j'ai une position par rapport à ça, le bilan. Il y a plusieurs abords : soit il est là pour poser un diagnostic, donc à ce moment-là, pour situer un enfant par rapport à la norme, ce qui n'est pas possible avec des enfants qui ont des handicaps, qu'on peut voir là. Donc moi je suis plus pour un abord : connaître l'enfant avec ses troubles, plus un bilan fonctionnel. Ça peut passer par des épreuves déterminées et autres. Jamais je ne vais m'en servir pour le situer par rapport à l'écart d'âge ou alors il faut qu'on me dise clairement, quel trouble... Dans un établissement comme le nôtre, on ne peut pas utiliser les choses dans un rapport à la norme, d'autant plus que ça va un peu en dehors des valeurs dans lesquelles je travaille, c'est-à-dire essayer de permettre aux enfants de comprendre leur trouble, de les aider à fonctionner avec. On n'est pas dans une réparation. On sait que ce n'est pas possible. C'est beaucoup plus pour leur apprendre à vivre avec. Donc là, pour reprendre la question des bilans, moi j'explique aux enfants pourquoi on va faire ça, quand je les rencontre la première fois. J'explique quelle est ma fonction, les différents domaines dans lesquels je peux intervenir : le langage, les problèmes mathématiques, comment il peut se débrouiller au niveau des difficultés cognitives ou autres, de lui expliquer ce que peut être mon domaine, de savoir ce qui est difficile pour lui, ce qu'il aime, comment ça se passe à l'école, ce qu'il aime lire. J'essaie de lui faire préciser tout ça ; je lui demande : "ça est-ce que ça te gêne ? J'essaie de comprendre avec toi ce qui peut te gêner dans ta vie, est-ce qu'on peut essayer d'y faire quelque chose ?" A partir de là, j'essaie de voir les difficultés de la rééducation. J'essaie par exemple des épreuves de fluence. J'essaie de voir plus précisément ce qui est gênant, et encore une fois pas pour le mesurer par rapport à une norme. Mais pour lui dire : « tu as du mal à trouver tes mots, est-ce que ça peut te gêner dans certaines situations ? »

### **Vous essayez de voir les conséquences que ça peut avoir dans sa vie quotidienne ?**

C'est ça : dans la vie, pour les apprentissages scolaires, parce qu'effectivement c'est extrêmement gênant dans l'apprentissage de la lecture, au niveau du lexique, de la syntaxe... Et ça, je sais qu'on peut quand même le travailler, sous forme de jeu par exemple, pour que lui découvre son propre fonctionnement. Ce sont des pathologies assez complexes ; c'est pour comprendre leur fonctionnement et du coup leurs dysfonctionnements. Ce n'est pas en termes d'étiquetage, de dysarthrie, etc... Parce que ça ne va pas le gêner dans sa vie quotidienne, il va trouver d'autres moyens. Un autre va être extrêmement gêné parce qu'il est dans une famille où on utilise beaucoup le langage. Il se sent en situation de souffrance. Il y a quelque temps, un petit garçon qui ne trouvait pas les prénoms : je ne m'étais pas rendue compte à quel point c'était gênant dans sa vie quotidienne, parce qu'il appelait toujours les gens « eh ! » Il était souvent catégorisé comme un enfant détestable, mal élevé. Effectivement il ne pouvait pas trouver le prénom des gens. Il suffisait en fait de l'aider à évoquer le début, à passer par le métier. On a fait plein de choses autour des gens qui étaient dans l'établissement, et au bout de deux ans, ça y est, il a réussi. Je trouvais que ça allait plus loin que le trouble, dans la manière dont on pouvait le catégoriser en fait. C'est en le voyant dans la rééducation, avec les gens, dans sa vie quotidienne... que j'ai pu mesurer que ça allait bien au-delà, sur la manière dont on allait le regarder, le décrire...

### **C'est à dire qu'en parlant avec lui, en interrogeant son entourage, vous vous êtes rendue compte que ça orientait...**

Oui, ça me semblait être une priorité. Et lui aussi, parce qu'il ne se souvenait même pas du prénom de sa baby-sitter, qu'il voyait pourtant tous les jours.

### **Pour revenir à des choses plus pratiques, ici, l'histoire du patient elle est stockée sous quelle forme ?**

Il y a un double dossier. Pas un qui serait caché et un autre. Non, mais il y a dossier médical dans un bureau fermé à clef.

### **Destiné à quel usage ?**

Dedans, il y a tous les éléments médicaux que reçoit le médecin de l'établissement, parce que les enfants subissent beaucoup d'exams, très réguliers. De toute façon, ces dossiers appartiennent aux patients ; ils ne sont pas consultables par n'importe qui.

### **Et le deuxième dossier ?**

C'est un dossier purement administratif, qui concerne la Commission Départementale d'Éducation Spécialisée : les éléments médicaux assez généraux, pas très précis, situation des parents, tous les éléments qui concernent le suivi institutionnel, les dossiers pédagogiques, éducatifs, et paramédicaux. Ce dossier est de couleur jaune, le médical est bleu.

### **Le patient peut-il y accéder ?**

Il est ici. S'il le demande, évidemment il peut le consulter. Je crois qu'administrativement, le patient peut demander l'aide de quelqu'un, le médecin traitant par exemple, pour le consulter, pour prendre certains éléments. Le grand

principe c'est d'obtenir le consentement éclairé. C'est la grande formule. Dans le dossier jaune, il y a une feuille d'anamnèse générale, sur l'histoire. C'est un résumé parce qu'il y aurait beaucoup trop de choses à dire si on devait faire le tour de toutes les hospitalisations, des interventions chirurgicales, etc. c'est pareil au niveau de l'orientation.

### **Qu'en est-il s'il y a des choses plus délicates dans le dossier ? Par exemple si les parents sont alcooliques ?**

Effectivement, en plus du handicap, il y a de plus en plus de problèmes sociaux. Actuellement c'est un vrai souci. Alors, ça ça n'est pas inscrit. Il y a plein de gamins ici qui ont subi des situations d'inceste par exemple. Actuellement, cette information arrive plus par le biais des directeurs, des assistantes sociales, des psychologues... C'est dit au cours des synthèses. Si un enfant dit ces choses-là à l'un d'entre nous, s'il se confie à nous, et bien cette situation de maltraitance, on va la signifier. On dit à l'enfant qu'on ne peut pas garder ces éléments pour nous, et on lui demande s'il veut le signifier avec nous. On va le signifier au directeur. Après, ça peut peut-être apparaître dans le dossier... Il y a des handicaps qui peuvent être liés à l'alcoolisme des parents. Dans ce cas ça peut-être signifié de manière assez strictement médicale : « cet enfant a des séquelles. » On essaie de ne pas être dans la question du jugement. C'est là où c'est le plus complexe : il y a des éléments nouveaux, là, actuellement, avec l'histoire des dossiers consultables. Jusque-là, les types d'écrits qu'on pouvait produire, c'était éventuellement les éléments d'un premier bilan orthophonique. Tout ce qui est un peu technique on le met plus dans le dossier bleu. C'est du coup plus au niveau médical. Par contre, aux parents on n'envoie pas ce bilan-là. On essaye plutôt d'écrire un projet où on explique ce qu'on va faire avec leur enfant. Mais on n'envoie pas un bilan orthophonique en disant : votre enfant présente tel trouble. Donc on fait des choses beaucoup plus adressées aux parents. Avant, en synthèse, on avait des écrits qui expliquaient où on en était au niveau de notre rééducation et on le mettait dans le dossier. Puis quelqu'un rédigeait une synthèse de tous ces écrits-là. Mais ces écrits restaient dans le dossier. Actuellement, ça fait partie des notes personnelles, donc non consultables. Ce que j'ai dans mon petit dossier rouge, ce n'est pas consultable, ça n'existe pas.

### **C'est vraiment à votre usage unique.**

C'est considéré comme des notes personnelles. Par contre, j'ai changé ma position par rapport à ça : les écrits que j'envoie aux parents ne sont plus du tout les mêmes que ceux que j'envoyais il y a quelques années. J'essaie de m'adresser à eux, de leur expliquer, en dehors de tout étiquetage, ce que je vais faire avec leur enfant, de leur raconter. Et s'ils veulent en savoir un peu plus...

### **C'est plus didactique ?**

C'est plus adressé. Ce n'est pas un étiquetage monographique. Je m'adresse à un parent qui a un enfant avec un handicap, qui a un trouble du langage qui va me concerner. Je lui explique ce que je vais faire avec son enfant, comment et pourquoi ( parce qu'on a pas toujours l'occasion de les voir). Des fois, je suis assez vague, ça dépend... de ce qui se passe avec l'enfant. Et je lui envoie ça ensuite, très régulièrement. Chaque année, je lui explique où j'en suis avec son enfant, et si je vais poursuivre ou pas. Alors, ça prend des formes un peu différentes. J'ai un peu travaillé là-dessus sur mon mémoire *-note de bas de page : mémoire de ???-* . C'était "de la prise en charge du handicap à la prise en compte de l'enfant en situation de handicap ». J'ai collecté 100 bilans envoyés aux parents, à 10 ans d'écart. C'est plus une représentation psycho-sociale.

**Et globalement, l'évolution va dans le sens que vous décrivez ?**

Et bien oui, on est beaucoup plus sur la question de l'environnement que sur l'étiquetage du handicap.

**Et sur l'étiologie...**

Oui, oui. Je sais que je travaille dans une association (*Association des Paralysés de France*) qui a pas mal défendu cette question-là.

**Est-ce que ce n'est pas à contre-courant de ce qui peut se pratiquer ailleurs, en milieu hospitalier ?**

Peut-être. Oui, oui. C'est aussi ce qu'on faisait il y a dix ans. On travaillait sur la dysphasie, sur les "dys". On avait des enfants avec de tels troubles. Or, en fait, on voit bien que l'étiquetage ne suffit pas, certainement pas. J'ai de plus en plus une vision globale et fonctionnelle. Moi, ce qui m'intéresse à chaque fois, c'est comment cet enfant-là, machin ou truc, va se construire, vivre, exister avec ça. Parce que souvent c'est quand même énorme. Est-ce qu'il va être sujet avec ça, et faire en sorte non pas qu'il le revendique, mais qu'il souffre le moins possible avec ses troubles. C'est aussi parce que je connais parfaitement les limites de mon intervention et de celles de mes collègues. Les kinés savent tous qu'ils ne pourront pas les faire marcher. Plus on connaît les limites de son intervention, plus on peut se permettre d'avoir de l'humilité par rapport à ça. Ça rend plus sympathique, et moins technique.

**En quoi les informations recueillies soit dans le dossier, soit par l'entretien, sont justement utiles pour ce travail-là ? Sont-elles indispensables ?**

Je n'en sais rien. Je crois que ça dépend des gens. Il y en a qui disent "je ne veux rien savoir de ce que mes collègues ont fait avant". Je ne pense pas que ce soit indispensable, mais après chacun fait son propre travail, à sa manière. Moi j'ai besoin de cheminer autour d'un enfant. Il y a beaucoup de choses autour de l'imaginaire aussi.

**Quel est le sens "d'imaginaire" ?**

Il y a une part d'imaginaire. On essaie d'objectiver un certain nombre de choses. Je crois que c'est important d'objectiver. Mais c'est complètement illusoire. Cela ne peut suffire. A mon avis l'imaginaire est important dans le travail qu'on va faire : c'est quand même un travail relationnel avec l'enfant.

**Justement, dans cette démarche qui consiste à dire : "je ne veux pas savoir", et à constater les choses cliniquement, plutôt que d'aller fouiller de manière plus ou moins intrusive, par le questionnaire...**

Ce ne sont pas forcément des éléments intrusifs. Ce sont plutôt des éléments de compréhension. C'est comprendre cet enfant-là.

**Dans le premier cas, ça laisse peut-être plus de place à l'imaginaire ?**

Je ne pense pas que ce soit incompatible. C'est plus une démarche. Il s'agit de comprendre un enfant, s'il y a des éléments dans son histoire... On sait qu'il a buté, fondamentalement. Leurs histoires c'est quand même assez terrible pour la plupart.

D'avoir deux ou trois éléments de son histoire, ça ne va pas régler le problème. Mais je trouve que de savoir qu'il y a des éléments importants de son histoire, sur lesquels il a pu buter, ce n'est pas savoir pour savoir, être intrusif. C'est plus une notion de soutien, d'étayage et d'accompagnement. Pour les parents, ces enfants sont une blessure narcissique fondamentale. Il y a des troubles qui en découlent. On sait que c'est d'une violence inouïe. C'est insupportable et ça continue à les poursuivre durant toute leur vie. Si on a un peu saisi les représentations des parents autour de ça, et celle des enfants, ce n'est pas fouiller, c'est essayer de les aider à passer cette difficulté-là, et peut-être en faire autre chose. En effet, le handicap, le trouble, ils ne peuvent pas en rester là. Ils ne peuvent pas se construire en étant uniquement handicapés.

**Pour prolonger un petit peu, l'anamnèse est importante pour créer la confiance ?**

Oui, mais parfois ça serait bien de ne pas savoir certaines choses... Mais bon, on ne décide pas... Maintenant...

**Est-ce que l'enfant sait forcément ce que vous savez sur lui ? Savez-vous des choses qu'il ne sait pas ?**

Il ne sait pas toujours. Il y a parfois des choses difficiles : la myopathie, les chirurgiens, la mort annoncée, etc. C'est extrêmement désagréable. Même si ce n'est pas nous qui avons posé ces questions.

**Des choses qu'il faut se retenir de dire à l'enfant...**

Il nous tend parfois une perche. Ça devient une histoire très personnelle, très intime : comment va-t-on lui répondre, comment il s'adresse, que veut-il savoir au juste... C'est vrai qu'on est sur des oeufs à ce moment-là. Ça n'est jamais posé comme on peut l'imaginer. C'est assez subtil la manière qu'ont les enfants de dire ces choses-là.

**Avez-vous des appuis théoriques apportés soit par la formation, initiale ou continue, soit par des rencontres.**

J'ai fini ma formation en 1984. Je suis passée par la Salpêtrière, J'ai fait beaucoup de neurologie ; j'ai eu une formation très technique : trouble, description du trouble, l'imagerie... rééducation. J'ai beaucoup travaillé avec Mme Ducarne. Nos connaissances étaient sans cesse interrogées. Mais très vite, je me suis rendue compte qu'on ne pouvait pas se satisfaire d'un modèle comme ça, parce que ça ne fonctionne pas en terme de problème/solution. Il y a des résistances qui se mettent en place du côté de la personne. De la personne en tant que sujet. On aimerait bien. Des fois ça me rassurerait vraiment, mais ça ne marche pas. Avec des enfants handicapés mais aussi avec tous les patients. Ils en font quelque chose de leur trouble. Si tel n'était pas le cas, on saurait que tel trouble se rééduque en tant de séances. Mais en fait, non. C'est pour ça que je pense qu'il y a bien d'autres questions à se poser. Alors moi j'ai aussi été influencée par la psychanalyse. Il y a plusieurs courants en psychanalyse. Par exemple le courant lacanien m'agace aussi. Ça a des limites. Mais il y a des points très intéressants comme le symptôme, le sujet, en fait l'être humain à qui on s'adresse. N'oublions pas qu'on fait un métier de la relation, avant tout. Donc je trouve que c'est important d'avoir toutes ces connaissances-là. Après elles sont plus ou moins intégrées, suivant ce qu'on veut en faire. Ensuite, dans les années 90 dans des établissements comme celui-ci ça a été la grande ère de la neuropsychologie. On a été beaucoup formés, on a fait plein de trucs sur les dys... Nous avec nos enfants lourdement atteints, on observait bien qu'il y avait des

difficultés du même ordre. On a beaucoup travaillé aussi ces questions-là. Mais ça ne marche pas non plus. Enfin, ça ne marche pas non plus en terme de problème/solution ! Par contre c'est intéressant sur un autre plan : quand on travaille avec des enfants, c'est intéressant de poser des hypothèses, un certain nombre d'hypothèses. Plus sur le plan de la complexité. Il faut se poser des questions, mais avec l'enfant. Ce n'est pas à nous, de l'extérieur à dire, bon allez... C'est l'amener aussi à dire avec nous, tiens on va essayer ça. Le rendre acteur. Mais tous ces éléments-là, ils ne peuvent pas s'opposer les uns aux autres. On peut voir, observer ; on pose des hypothèses de travail. Après, les moyens, c'est plus trouver l'occasion de faire participer les enfants à la séance. C'est faire en sorte qu'ils amènent des choses. C'est qu'on soit dans l'ordre de l'échange. Mais avec des éléments techniques. Il faut les avoir, les éléments techniques en question. Particulièrement quand on a des enfants avec des troubles vraiment importants. Il faut pouvoir les identifier, les comprendre de l'intérieur, les travailler. Mais pas sans la personne, sans l'enfant. C'est à lui que ça appartient ce truc-là. Et puis encore, on en connaît qu'un tout petit peu. La neuropsy, je trouve ça très intéressant de poser les choses sous forme de modèle théorique, mais je veux bien voir... Il faut le faire, mais pas comme un modèle immuable. Là-aussi, des fois je reprends les cours que j'avais en 1984. Les éléments théoriques ont sacrément bougé. Par exemple les troubles sévères du langage : Gérard... Il y avait déjà des éléments de travail mais qui ont largement évolué. Et ça continuera à bouger. Et il y aura même des effets de retour. Donc après, c'est des histoires de chapelle. Je n'ai pas envie de penser comme ça. Par contre c'est important de comprendre les modèles. Je me suis pas mal intéressé à la psychopédagogie aussi. J'ai fait pas mal de formations sur Bruner, la psychologie cognitive, les théories de l'apprentissage, On a beaucoup travaillé ici avec les théories de Vygotsky. Quand j'ai démarré, c'était vraiment Piaget. Là aussi il y avait d'autres questions ; ça ne suffisait pas à expliquer les problèmes mathématiques.

**Si je reprends, ça fait beaucoup de monde. Et vous dites qu'aucun de ces modèles ne fonctionne ?**

Complètement. Ça ne suffit pas à expliquer. Par contre il y a des éléments intéressants à chaque niveau, à mon avis. C'est donc plus à chaque fois une quête avec l'enfant.

**Intéressant parce que ça permet de poser des hypothèses ?**

Oui, c'est intéressant parce que ça permet de mieux comprendre l'enfant ou l'adulte à qui on a affaire. Je me souviens, quand j'ai fait mon premier remplacement, en 84-85, d'une maman qui était venue avec son petit dernier qui zozotait. Et je pense que c'était compliqué pour cet enfant-là, qui était le petit dernier. Les autres étaient très très grands. Et c'était compliqué pour elle de le laisser grandir. Alors, lors de cette première rencontre, j'ai essayé de signifier ce qui me semblait juste : « peut-être que c'est encore un peu difficile pour lui de grandir, peut-être pour vous aussi... ». Parce que c'étaient les éléments qui me semblaient les plus pertinents. Et que je ne me voyais pas à l'époque intervenir sur un trouble d'articulation, si je n'avais pas repéré ça. Pourtant, j'avais bien appris à rééduquer avec des guide-langue et tout ça. Peut-être que je me trompais, mais en tout cas elle est revenue six mois après en me remerciant de lui avoir dit ça. Ils avaient juste fait le bilan et n'étaient pas revenus. Mais ça avait suffi pour que l'enfant rentre en CP, se sente mieux, et abandonne son trouble. Voilà, alors l'hypothèse que j'avais posée était que c'était avant toute

une histoire relationnelle. Peut-être que je m'étais trompée complètement. Mais en tout cas ça avait suffi à cet enfant-là et à ce moment-là. Ça ne se pose pas en terme de raison. C'est comme ça que je les vois, et c'est donc une hypothèse que j'ai posée. Ça peut être à côté !

**Certains psychologues parlent d'un « moment sensible » au cours du premier entretien. C'est-à-dire un moment où une parole est dite, un geste est fait, un événement même petit a lieu, et c'est là que s'engage véritablement le travail. Est-ce quelque chose que vous avez déjà vécu ?**

Un moment sensible ? Oui... Je n'ai pas d'exemples qui me viennent. Mais je vois bien de quoi il est question. Je n'ai rien qui me vient... Mais ça, je connais, ça.

**Une orthophoniste nous a dit que la particularité de notre métier était d'avoir une vision globale, holistique du patient. Ce qui, si j'ai bien compris, nous démarque d'une vision modulaire du fonctionnement d'un individu. Et cela passe par une connaissance globale de l'individu, et donc par une anamnèse assez riche. Qu'en pensez-vous ?**

Je suis d'accord avec ça. Et encore plus avec les enfants qui ont un handicap. Il ne faut surtout pas oublier l'enfant, surtout si le trouble est important. Et si on perd l'enfant je ne vois pas ce que l'on fait là. Le trouble a tendance à masquer l'enfant. Il faut avoir ça en tête : s'adresser à l'enfant et non pas à ses troubles. Elle est là la complexité. C'est aussi toujours se reposer la question : « qu'est-ce que je suis en train de faire avec cet enfant ? »

**Peut-on connaître la motivation d'un enfant au cours du premier entretien ?**

Moi j'ai affaire à des « routards » de l'orthophonie. Donc, je leur demande ce qu'ils en ont fait de tout ça, s'ils aiment les mots, s'ils aiment les histoires.

**C'est quelque chose que les enfants disent assez facilement ?**

Pas dans ces termes-là forcément. Mais on le voit assez rapidement. Il y a ceux qui ne sont pas du tout dans l'explicite. Et par contre il y en a d'autres pour qui c'est un peu affolant ! Par exemple il y a ceux qui ont déjà vu plusieurs établissements spécialisés. Pour les enfants qui ont des handicaps très lourds, ou qui sont à la limite de l'agrément, il est très difficile d'obtenir une place. Donc, pendant les trois jours que dure l'essai d'acclimatation, ils sont prêts à tout pour nous convaincre qu'ils ont leur place ici. Ils sont comme des représentants de commerce ! Ils sont capables de dire : « moi j'aime ça, j'ai déjà fait ça... » Alors, moi je trouve ça plutôt amusant. Et on a une discussion autour de : « et tu penses que ça, ça t'aiderait ? »

**Est-ce qu'on peut faire confiance à l'enfant lorsqu'il parle de lui ? Lorsqu'il raconte quelque chose de son histoire ?**

Eh bien... C'est lui que ça concerne ! On ne pense pas en terme de vérité. Ça lui appartient, ça. Ça ne me regarde pas de savoir si c'est vrai ou non. C'est son problème, à lui et aussi à sa famille. C'est peut-être important pour lui de présenter ça, au début. Ce peut être une défense.

**Donc peu importe que ce soit vrai ou non.**

Oui. Je pense à des enfants qui sont en situation d'affabulation. Ce peut être intéressant de pointer qu'il fabule. Mais de savoir que telle chose est vraie ou non,

peu importe ! Par exemple, un enfant qui dit que sa grand-mère est morte, ce qui est intéressant c'est de décaler la réponse. Ce n'est pas de lui dire : « non ce n'est pas vrai ! Ta mère m'a dit qu'elle était encore vivante. »

### **Décaler la réponse ?**

Ça consisterait plutôt à l'interroger sur son ressenti. Par exemple : « eh bien dis donc, tu as l'air bien malheureux... » Et puis, c'est partir sur des histoires comme : et si j'étais vivant, et si j'étais mort... je...

### **Et l'affabulation des parents, ça existe ?**

Oui, certainement. Mais moi, je ne me situe pas comme une chercheuse de vérité. Il y a d'autres dérives que je trouve plus inquiétantes. Ce sont les parents « professionnels ». Ce sont ceux qui ont consulté une foule de sites Internet, plein de spécialistes, et qui ont fait tout le dossier de leur enfant. Qui eux, sont dans une recherche d'objectivation de leur enfant. C'est une des choses qui me fait le plus peur, et avec laquelle je me sens assez mal à l'aise.

### **Peur parce que ça vous remet en question ?**

Non, mais parce que je trouve que c'est à la limite de la maltraitance. Parce que pour le moins ça dénature le rapport à l'enfant. J'ai vu des parents qui au nom du bien pour leur enfant sont capables des pires choses. Alors après, il y a des méthodes qui découlent de ça. Ce que j'appelle les méthodes des pays de l'Est. Des enfants à qui on donne des informations et qui ensuite doivent faire un résumé. Après ils doivent faire dix pas dans un sens, dix pas dans un autre, et comme ça toute la journée... Et moi je trouve qu'il y en a de plus en plus. Mais là, je pense que c'est à la limite de la perversion. Mais c'est vrai que le handicap appelle ça, la réparation, l'intervention... Et je ne juge pas les parents. Mais je trouve ça terrible.

### **Est-ce que votre vision de l'anamnèse a beaucoup évolué depuis votre formation initiale ?**

Évidemment ! Mais c'est à ça que servent les formations, les séminaires, les conférences : ré interroger sans cesse sa pratique. Par exemple, je viens de finir un cursus d'études intitulées un peu pompeusement : « expertises en politique sociale ». C'est évident que ça a un impact sur ma pratique.

### **Justement, le social c'est quelque chose dont on parle très peu au cours de notre formation. Est-ce un manque pour aborder un individu, un patient ?**

Je pense que de toute façon au cours des années qui vont venir, on ne va pas avoir le choix. En tout cas concernant le handicap, c'est sûr. Longtemps, les modèles de la réadaptation, étaient des modèles médicaux. Ils imposaient aux enfants avec un handicap un mode de vie. On isolait un enfant de son contexte. C'était un isolement, mais aussi une prise de pouvoir. Alors après, je peux être aussi un peu affolée par l'effet retour. Par exemple la loi du 13 février sur uniquement la compensation. Avec là aussi, la négation du handicap en tant que souffrance. On est passé en trente ans d'une situation d'abus absolu du pouvoir médical, avec par exemple des enfants de deux ans internés, en internat avec des spécialistes. Et ça, ça fait des

dégâts : je connais aujourd'hui plein de jeunes adultes, que j'ai vu enfants, qui sont complètement déracinés de leur milieu familial, et qui n'ont pas de copains parce qu'ils sont allés de centre en centre, et qui de surcroît ne trouvent pas de travail. C'est certain qu'on n'en serait pas là si on avait un peu plus tenu compte de l'aspect social. Mais une vision uniquement sociale, qui est celle qui prédomine actuellement, au niveau de l'OMS par exemple, consiste à n'avoir qu'une pratique de compensation. C'est l'environnement qui fait le handicap. Si tout est adapté, il n'y a plus de handicap. Et l'infirmité n'a plus de sens parce qu'elle est compensée. C'est une espèce de banalisation, et de négation aussi. Le handicap, la personne handicapée, c'est les années 75. 90, c'est la personne en situation de handicap. Et aujourd'hui, dans la nouvelle charte de notre association, le mot handicapé n'apparaît plus... Tout est basé sur la notion de citoyenneté. Et à mon avis, c'est le plus grand écueil d'aujourd'hui. C'est ce qui risque fort de desservir les personnes en situation de handicap. Parce qu'une fois qu'on aura bien tout compensé, qu'on aura donné de l'argent, à la condition encore qu'il y en ait assez, que restera-t-il de la personne ? Tout ce qu'elle pourra faire, c'est de s'adresser à l'autre en lui disant : « j'ai le droit à... », et non plus : « je souffre de... ».

## **ENTRETIEN 14**

Orthophoniste exerçant en libéral, un an d'expérience.

**Je vous propose de commencer par l'anamnèse elle-même, dont je vous propose la définition suivante : c'est l'ensemble des informations recueillies auprès du patient, de son entourage et d'autres praticiens, et en même temps, le temps où le soignant recueille ces informations. Cette définition vous convient-elle ?**

Oui.

**Pour vous, quand est-ce qu'elle commence, quand est-ce qu'elle finit ?**

Quand est-ce qu'elle commence ?... Eh bien...

**Est-ce qu'elle a pu commencer au téléphone ?**

Rarement. Parce que souvent les prises de rendez-vous se font pendant le temps de séance. Il y a des mamans qui se mettent à parler très facilement dès qu'on les lance. Et j'ai eu ainsi plusieurs expériences malheureuses de conversations que je n'arrivais pas à terminer alors que j'avais un patient en face de moi. En fait, je demande la raison qui les amène. S'il s'agit plutôt d'un trouble du langage oral, du langage écrit, de problèmes d'orthographe ; et je demande l'âge et la classe. Et au téléphone ça s'arrête là. Après, le jour du bilan on peut passer à côté de certaines choses. Mais on y revient plus tard, au cours des séances. Ce n'est pas grave. D'ailleurs ce sont souvent les parents qui reviennent, en disant : « ah, j'ai oublié de vous dire ça... » Quant à la durée, en général je fais le bilan sur plusieurs séances : trois fois une demi-heure. Et à chaque fois, c'est l'occasion de re-soulever quelque chose qui a été dit la fois précédente.

**Ça peut donc se prolonger au-delà du bilan ?**

Du bilan, nommé bilan, oui.

**Et est-ce que ça a une fin ?**

Dans votre définition, non. Non, parce qu'on n'en apprend toujours.

**Et est-ce qu'au cours de ces premiers entretiens, vous séparez bien le temps de l'anamnèse de celui des tests, et de celui de la restitution aux parents par exemple ?**

Oui, oui. Je commence par ça, d'ailleurs : l'histoire du patient, l'histoire de ce trouble, s'il y a des précédents dans la famille... Voilà. Je consacre une demi-heure, trois quarts d'heure à ça. Et la séance d'après, il y a une coupure. J'explique à l'enfant que l'on va faire autre chose, des tests. Et pour le premier entretien, il y a une partie que je passe avec les parents, et une autre seule avec l'enfant. Mais il y a bien une coupure avec la partie tests, la partie enquiquinante, qui commence lors de la deuxième séance.

**Comment se répartit le temps entre le moment que vous passez avec les parents, et celui que vous passez seule avec l'enfant ?**

C'est variable, mais globalement deux tiers un tiers. C'est pareil, c'est par manque de temps. Et puis l'enfant, on va le voir de nombreuses fois seul à seul. S'il a des choses à dire, il en aura largement l'occasion, alors qu'il sera plus en confiance.

**Comment conduisez-vous cet entretien ? Sous forme d'entretien libre, de questionnaire dirigé ?**

Alors ça dépend. C'est vraiment au feeling. Ça dépend essentiellement de la capacité des parents à parler de leur enfant. Des fois c'est un peu difficile. Il y en a qui n'ont absolument rien à dire. Quand je demande : « et ça se s'est passé comment ? », « ah, bien, tout va bien. », « et ça ? », « tout va bien ! » Et après, on apprend des choses, que finalement non. Ce sont des parents qui ont l'air de n'avoir absolument rien à dire sur leur enfant. Dans ces cas-là, c'est moi qui pose des questions. Mais, ça reste assez rare. En général, ce sont plutôt les parents qui apportent plein de choses. J'ai avec moi ma feuille, avec tout ce que je ne dois pas oublier. Les différents chapitres que j'aborderai s'ils ne le sont pas par la famille. Mais au départ, je laisse parler librement. C'est libre, mais un petit peu guidé de temps en temps.

**Est-ce que vous avez une « première question » ?**

Première question, je commence par les données administratives. Et ensuite, la première question, c'est la grossesse.

**Est-ce que vous revenez sur l'objet de la demande ?**

Ah oui pardon ! Ça suit immédiatement les données administratives. Je demande qui a envoyé l'enfant, est-ce qu'il y a eu quelque chose qui a déclenché cette demande...

**Est-ce que le déroulement de l'anamnèse telle que vous venez de me la décrire, est le fruit d'une réflexion que vous avez eue avant de commencer à travailler - ce qui est assez récent puisque vous avez commencé à exercer en juillet 2005- ?**

Eh bien non. Ça a toujours été comme ça, je ne me suis pas tellement...

**Est-ce que c'est comme ça que vous l'aviez vue pratiquer ?**

Non, je n'ai pas du tout vu de passation de bilan. Non, en libérale aucune. J'ai dû faire des essais. Par exemple, partir très rapidement sur des tests avec l'enfant. Mais ça se passait assez mal. En fait, l'enfant a besoin de confiance. Il a besoin de savoir qui on est. Autour de quoi va s'orienter le travail, s'il y a un travail. Voir que lui, dès la première seconde où il rentre dans ce bureau, il est acteur de ce qui va se passer. Donc je pense qu'il faut que ça mijote un petit peu, et puis après, plus tard, on va titiller un peu ce pourquoi il vient. Des fois un enfant vient pour quelque chose, et on va mettre longtemps avant de travailler dessus. Des fois, il y a quelque chose qui ne va pas, mais en fait derrière il y a autre chose, qui est plus important.

**C'est la question de la validité de la demande initiale...**

Oui, c'est pourquoi je n'attaque pas direct sur le trouble tel qu'il est présenté au début.

**Si vous avez un enfant dont les parents vous disent qu'il a des difficultés en**

**orthographe. Et que celui-ci vous dit qu'il a des problèmes en maths, et que l'orthographe ça va bien. Vous répondez à quelle demande ?**

Et bien, celle de l'enfant ! Et c'est bien là une des difficultés de notre travail : bien souvent, la demande de l'enfant n'est pas du tout celle des parents. C'est assez fréquent ça quand même.

**Et ça, vous le renvoyez aux parents en leur disant : « Vous voyez, vous venez pour la difficulté en français de votre enfant, et lui il trouve que c'est plutôt en maths qu'il a des problèmes » ?**

Oui. L'essentiel, c'est qu'il progresse lui, dans ce qui le tracasse. S'il faut passer par les maths pour attaquer l'orthographe, ce n'est pas un problème. J'essaie de travailler comme ça, en me disant que c'est lui qui bosse. L'enfant ici sait qu'il peut me demander des tas de choses, que j'ai des tas d'outils, mais que c'est lui qui travaille, c'est lui qui vient avec son petit truc. Et c'est ce petit truc là qu'on va bosser.

**Je reviens sur l'entretien. Pourquoi préférez-vous un entretien libre à un entretien dirigé ?**

Parce que c'est ma pratique. Parce qu'un entretien libre, ça laisse passer les non-dits ; ça met en évidence les non-dits ; ça montre ce qui est important pour la famille. En fait, c'est révélateur de beaucoup de choses. Ça montre comment la famille parle de l'enfant, sans qu'on ait à intervenir. Est-ce qu'ils sont capables d'en dire quelque chose. Comment l'enfant réagit à ça. Je dis à l'enfant que je vais poser des questions à sa maman, mais que lui peut intervenir à tout moment, s'il a quelque chose à ajouter, ou quelque chose à corriger.

**A qui vous adressez-vous, en général ?**

Au début, je m'adresse à la mère (ou au père, mais c'est plus rare). Je démarre sur la grossesse, puis après on déroule le fil. Au début c'est la maman qui en parle, même si parfois l'enfant intervient, par exemple il dit « ah, je suis sorti vite » !

**Et comment réagissez-vous face à l'intervention de l'enfant ?**

Je rebondis.

**Quelles sont vos sources d'information, autres que l'entourage immédiat ?**

Parfois c'est le médecin, l'enseignant, l'éducateur et les autres rééducateurs (psychomotricien, kinésithérapeute...). Si c'est le médecin, c'est de l'information médicale, mais je suis rarement en contact avec le médecin, sauf pour les adultes. C'est intéressant de pouvoir échanger avec l'enseignant. Pour moi ce qui est important c'est de savoir comment l'enfant se place dans la vie sociale. Le parent ne le sait pas toujours, l'enfant lui-même a sa propre vision. C'est intéressant de savoir comment c'est vécu dans le groupe classe.

**En général, le contact est bon avec les enseignants ?**

Oui, ils sont très demandeurs, les enseignants, à vouloir jouer parfois les pseudo-

orthos. Ils demandent « qu'est-ce que je dois faire, comment je fais... ? ».

### **Et quand il s'agit d'un adolescent ?**

Les ados, je n'en ai pas eu beaucoup. Je garde les parents rapidement, pour les questions de naissance, pour des données que je trouve importantes.

### **Et les adultes ?**

Je ne vais pas poser les mêmes questions. Ils ne peuvent pas savoir comment s'est passée la grossesse. Les adultes sont plus perdus, ils ont plus de mal, ils viennent, ils ne savent pas trop. C'est intéressant de bien cibler la demande, avec les adultes. On s'aperçoit que la demande est souvent à côté.

### **Est-ce que le dessin réalisé par l'enfant au cours de l'anamnèse est intéressant ?**

Oui, souvent avec les enfants très jeunes, quand le parent parle de l'enfant, je propose à l'enfant de dessiner, ou de lire. Ça peut être intéressant de voir ce que l'enfant dessine, s'il dessine sa famille, ou autre chose. Je vais inciter l'enfant à parler du dessin qu'il a fait, quand je serai seule avec lui.

### **C'est ce qu'il va vous en dire qui est intéressant ?**

Oui.

### **Sur un autre aspect, est-ce que vous avez une grille de questions ?**

Oui, ce n'est pas une grille, ce sont des questions qui sont regroupées en catégories, en points à aborder. Je remplis mes trous, puis je reviens, pour voir si on n'a pas oublié quelque chose. Je note tout au fur et à mesure, parce que je ne retiens pas du tout. J'ai une bonne prise de notes, j'écris très vite. Et du coup, ça pose quelque chose de calme.

### **Est-ce que quelquefois vous notez des choses qui ne pourraient pas être lues par le patient ?**

Oui, ça peut m'arriver, quand je souligne l'attitude de la mère par rapport à l'enfant, les interactions.

### **Je pose la question, parce que selon la loi Kouchner, le patient a accès à son dossier.**

Ça je l'enlèverais. J'écris ma façon de voir les choses. Et même dans le bilan que j'adresse au médecin, je n'écrirai pas toutes les informations que j'aurai eu dans l'anamnèse, parce que déjà il y en a trop, et il y en a certaines que je ne veux pas transmettre.

### **Sur quels critères vous appuyez-vous pour sélectionner ce que vous allez transmettre ?**

En fait ça m'a posé beaucoup de questions. J'en ai parlé pas mal autour de moi, et les orthophonistes sur lesquelles je me suis appuyée pour me guider m'ont souvent dit que le bilan qui est envoyé au médecin peut être lu par la famille. Mais moi, je ne transmets jamais le bilan à la famille, je préfère leur en parler. Toutes les

histoires de fusion mère-enfant, ce ne sont pas des choses qu'on dit, on en parle autrement.

### **La question du support est problématique ?**

Oui, ça m'a posé problème et ce n'est pas totalement résolu. J'oscille dans ma pratique entre tout ce qu'on nous a appris de cognitivisme à la fac, et tout mon désir de pratiquer autrement. C'est très difficile de trouver l'équilibre.

### **Suivant les pathologies, est-ce que vous aurez une approche très différente de l'anamnèse, des entretiens ?**

On ne parle que des enfants, là ?

### **Non, des adultes aussi.**

Je n'ai pas du tout évoqué ça, mais c'est complètement différent. Pour les adultes, je laisse une plus grande liberté, j'ai mon papier à côté de moi, mais ça vient comme la parole du patient vient. Il y a une partie où on laisse dire ce qui vient, et une partie bien séparée de tests cliniques. Ça par contre, c'est toujours bien séparé. Le contenu de l'anamnèse sera différent de celui de l'enfant, on ne va pas s'arrêter sur les mêmes périodes. La différence c'est quand c'est d'origine fonctionnelle ou pas fonctionnelle. Dans ce cas, on fouille, on va chercher partout.

### **Dans quel ordre abordez-vous les questions ?**

Après les renseignements administratifs, l'objet de la demande, qui adresse le patient, le moment où le trouble est apparu, à la suite de quoi, je lance le dialogue en disant « on peut commencer par la grossesse ». Et puis les gens s'engouffrent là où ils veulent, ils abordent l'histoire le plus souvent dans la chronologie. Je pose des questions notamment sur les antécédents médicaux, le développement, la nutrition, le mode de garde, les antécédents familiaux, la profession des parents, l'histoire familiale (la fratrie, les séparations, les deuils).

### **Est-ce que vous vous appuyez sur d'autres théories pour l'anamnèse ? est-ce que vous vous référez à votre formation initiale ou continue, à quels savoirs faites-vous référence pour les questions que vous posez ?**

Oui, il y a un savoir psychanalytique.

### **Est-ce qu'il y a des auteurs particulièrement, des courants qui vous influencent ?**

En psychanalyse, il y a Lacan. Mon anamnèse va se faire plutôt dans cette clinique-là. Ce ne sera pas neuropsychologique.

### **Ce sera plutôt sur le relationnel ?**

Oui. A aucun moment je ne vais demander par exemple si le gamin a des troubles de mémoire. Ce sont des questions que je ne pose pas du tout : mémoire, attention, concentration... Le parent les aborde s'il veut, je ne les aborde pas parce que je ne les travaille pas. Il faut être prudent sur les questions qu'on pose aux parents pendant l'anamnèse, parce qu'ils peuvent imaginer qu'on va les traiter. Je ne pose pas ces questions-là parce que ce ne serait pas cohérent par rapport à ma pratique. Si je demande « est-ce qu'il a des troubles de mémoire » ça laisse penser que ce

sont des choses pertinentes pour moi et que je vais travailler précisément, alors que je ne les travaillerai pas. Je veux être avec le parent comme je travaille, et c'est dur.

**A quel moment vous présentez-vous ?**

Au téléphone en premier lieu, puis dans la salle d'attente. Je dis bonjour à l'adulte en premier, et puis je m'adresse à l'enfant en l'appelant par son prénom et je me présente.

**Est-ce que l'anamnèse contribue au choix des tests ?**

Oui.

**Est-ce qu'elle contribue au diagnostic ?**

Oui. L'anamnèse peut mettre le symptôme dans le cheminement de l'enfant.

**Est-ce qu'elle contribue à l'élaboration du projet thérapeutique ?**

Pour moi le projet thérapeutique, c'est délicat de le déterminer au départ. Je crois que l'anamnèse ne doit pas trop le guider, après ça se passe entre l'enfant et moi. On a ce petit savoir là, après c'est autre chose qui va se jouer en séances. Ça sert parce qu'on re-situe le sujet dans sa vie, dans son quotidien, mais ensuite le patient sera avec moi, c'est lui qui fera son petit boulot. Je saurai des choses, mais à la rigueur est-ce que c'est vraiment utile de savoir tout ça ?

**Est-ce que ça sert à demander des examens complémentaires ?**

Oui, parfois, O.R.L., orthoptie... c'est à peu près tout ce que je vois.

**Est-ce ça sert dans l'évaluation de la motivation du patient ?**

Non, parce qu'elle peut changer. On arrive à voir un petit peu, mais quelquefois ça change, dans un sens comme dans l'autre.

**Est-ce que ça sert à engager la relation ?**

Oui.

**Et le transfert ?**

Oui, bien sûr, c'est avant tout ça.

**Et à engager la confiance ?**

Oui, c'est ça. C'est une prise de contact, on pose les choses. Quand les enfants sont jeunes, on pose avec la famille aussi, plus tard on les pose ensemble, et à partir de là on va travailler.

**Il faut qu'il y ait de la confiance avec les parents et avec l'enfant, ou avec les parents on peut s'en passer ?**

**Oui, avec les parents on peut s'en passer. Mais c'est difficile, ça m'est arrivé, et ça a nécessité un entretien seule avec la famille, pour que les choses soient mises au clair.**

**Est-ce que l'anamnèse est une bonne entrée en matière ?**

Oui.

**Est-ce que vous pourriez envisager de commencer directement par les tests ?**

Non, surtout pas.

**Est-ce que l'anamnèse peut inspirer la méfiance, par une trop grande intrusion ?**

Je ne suis pas intrusive.

**Jamais ?**

Non.

**Même par maladresse ?**

Une fois, si. Une dame dépressive à laquelle j'ai demandé quelle était sa vie affective. Il y a eu un malaise, j'aurais dû m'en douter.

**Les gens parlent volontiers en général ?**

C'est assez variable, certains sont fermés comme des huîtres, ou alors complètement stéréotypés dans leurs réponses.

**Est-ce que la pratique de l'anamnèse est plus aisée avec l'expérience ?**

Oui, très certainement. Je suis plus à l'aise, dans la pratique en général. On est plus à l'aise avec les gens.

**Est-ce que vous pourriez envisager de faire une rééducation sans anamnèse ?**

Ça m'est arrivé dans le cadre de la passation de patientèle ; j'avais les dossiers mais c'est important de rencontrer la famille. J'aurais dû consacrer une partie de séance à une rencontre avec les parents systématiquement. L'anamnèse est aussi un accord. L'enfant vient parce que le parent l'amène.

**Est-ce que l'anamnèse est l'occasion d'un passage de flambeau entre les parents et l'orthophoniste ?**

Oui, c'est un peu ça. C'est important que l'enfant sente qu'on est en accord avec les parents. Parfois le manque d'investissement du parent peut se sentir vis-à-vis de l'enfant.

## **ENTRETIEN 15**

Médecin pédopsychiatre exerçant en institution, douze ans d'expérience.

**Vous êtes médecin pédopsychiatre au sein d'un S.E.S.S.A.D.<sup>1</sup>, et vous effectuez l'anamnèse pour l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire ?**

Tout à fait.

**Quand a lieu l'anamnèse ?**

L'anamnèse a lieu dans le bilan de l'enfant, donc en tout début de prise en charge – ou pas d'ailleurs, parce qu'on ne sait pas au départ quand on fait le bilan si on prendra en charge ou pas l'enfant – mais l'anamnèse fait partie du bilan initial d'entrée éventuelle d'un enfant dans le service.

**Avec qui faites-vous l'anamnèse ?**

Alors en général je la fais avec les deux parents et l'enfant, mais il arrive qu'un parent ne puisse pas venir, ou l'enfant. Normalement, l'idéal, c'est avec les deux parents et l'enfant.

**Combien de temps dure-t-elle ?**

A peu près une heure, une heure et demie. Cela dépend aussi des parents, s'ils arrivent à verbaliser assez facilement ou pas, des parents qui viennent avec des documents, le carnet de santé, donc ça peut durer plus longtemps.

**Est-ce que c'est un entretien libre, dirigé ou semi-dirigé ?**

Semi-dirigé, parce que par expérience on a un plan dans la tête, donc en général je guide les parents avec cette idée de plan que j'ai déjà préconçu auparavant.

**S'il y a l'enfant avec les parents, à qui vous adressez-vous pendant l'anamnèse ?**

Je m'adresse au départ aux parents parce que je commence par la grossesse, l'accouchement, donc ça l'enfant peut en avoir une notion, mais les détails en général il n'en a pas. Donc tout ce qui concerne toute la petite enfance, c'est surtout les parents, et puis après je demande aussi l'avis de l'enfant, pour voir s'il est d'accord, pour voir s'il a des choses à rajouter.

**Vous utilisez le dossier médical, les données d'autres professionnels ?**

J'ai les documents de la C.C.P.E.<sup>2</sup> en général, ou de la C.D.E.S.<sup>3</sup>, je peux avoir éventuellement les documents d'une psychologue scolaire si l'enfant a déjà été vu auparavant, je peux avoir de la part des parents des bulletins scolaires quelquefois,

---

1 S.E.S.S.A.D. : Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile.

2 C.C.P.E. : Commission de Circonscription Préscolaire et Élémentaire.

3 C.D.E.S. : Commission Départementale de l'Education Spéciale.

le carnet de santé. Parfois, comme les parents savent que je suis médecin, ils m'amènent des comptes-rendus d'hospitalisation, ils pensent que ça pourrait être utile éventuellement. Quelquefois il y a déjà des bilans qui ont commencé à avoir lieu, donc je peux avoir quelques comptes-rendus de bilan des professionnels d'ici.

### **Vous les consultez avant l'anamnèse ?**

En général je les consulte avant l'anamnèse, pas toujours. Quelquefois si les cas sont un peu complexes, qu'il y a eu beaucoup d'influences autres, beaucoup de professionnels déjà qui sont intervenus, quelquefois je ne lis rien. Je laisse venir comme ça, pour me faire une idée peut-être plus personnelle, mais dans le cas général, je lis.

### **Au niveau des items, vous avez un plan, vous pouvez me le décrire ?**

Je commence en général par le parcours scolaire de l'enfant, parce qu'on est quand même un service qui aide à l'intégration scolaire, donc je commence par le parcours scolaire, savoir un peu comment ça s'est passé, les différentes classes pour arriver à la classe où l'enfant est actuellement. Ensuite je repars en arrière avec la grossesse, quelquefois même la rencontre des parents, l'accouchement, les premiers temps de vie, s'il y a eu des problèmes néo-nataux, etc, la place dans la famille. Ensuite je pars plus sur l'anamnèse médicale avec les différentes maladies qu'a eu l'enfant, est-ce qu'il a eu des traitements, etc... En général je finis par l'histoire globale de la famille. L'histoire des parents, est-ce qu'ils ont des frères, des sœurs, est-ce que leur famille est dans la région, comment ils sont intégrés dans leur milieu environnemental. Tout à la fin, j'ai un petit entretien avec l'enfant pour voir comment il s'inscrit dans son anamnèse, est-ce qu'il savait qu'il est né par césarienne, est-ce qu'il se rappelle qu'il a été hospitalisé à tel âge, etc. Je reprends en général l'anamnèse avec l'enfant.

### **Et tout ce qui est vie quotidienne, les repas, le sommeil, les loisirs ?**

J'aborde ça en même temps que la scolarité, je demande comment l'enfant s'inscrit dans la vie familiale, quels sont les problèmes éventuellement rencontrés, le comportement, je demande ça en même temps que la vie scolaire.

### **Au niveau de l'histoire du trouble, vous en parlez avec l'enfant ?**

Oui, ça m'arrive d'en parler avec l'enfant, ça dépend de son attitude pendant la consultation. Si je trouve que l'enfant est apte à pouvoir discuter avec moi de son problème actuel, en général je le fais. Quelquefois je pose directement la question à l'enfant : « quel est ton problème à toi ? Qu'est-ce que tu penses que tu as comme problème ? ». C'est intéressant souvent d'avoir la réponse de l'enfant à ça, parce que souvent on est complètement à côté de ce que nous on a vu en tant qu'adulte. Et puis par rapport aux parents, j'essaie de leur demander de hiérarchiser les problèmes, parce que souvent ils me sortent tous les problèmes les uns à côté des autres, aussi bien « il ne mange pas très bien à table », mais aussi « il ne sait pas lire », tout est un peu mélangé. Donc je dis aux parents : « vous, qu'est-ce qui vous embête le plus ? Qu'est-ce qui vous paraît le plus handicapant pour votre enfant ? ». C'est un travail que je fais aussi pendant l'anamnèse, essayer de retirer le principal problème, et ensuite une hiérarchie des problèmes, de façon à ce qu'on n'ait pas tout un mélange de choses.

### **Au niveau du développement psycho-affectif, est-ce que vous abordez les aspects fusionnels ?**

Oui, tout à fait. J'essaie d'analyser ça quand on parle de la toute petite enfance. Avec les parents je ne vais pas sortir ce genre de terme, sauf si c'est le parent qui apporte en disant « moi je suis fusionnel avec mon fils ». En général c'est plutôt une analyse qu'on fait ultérieurement. On prend des éléments dans l'anamnèse,

mais l'analyse des relations aussi spécifique que ça, on la fait plutôt après. On la fait avec les autres professionnels du S.E.S.A.D., parce que je n'ai pas toutes les informations dans l'anamnèse.

### **Faites-vous une restitution à l'équipe et de quels points en particulier ?**

Je fais une restitution à l'équipe lors de la pré-synthèse, donc sans la présence des parents, où j'essaye de faire une synthèse de mon anamnèse. Je ne la lis pas comme ça, en général j'essaye de parler de mes impressions, comment j'ai ressenti la famille, des éléments très importants de l'anamnèse qu'on ne peut pas ignorer, parce que ça a forcément des répercussions sur la problématique de l'enfant. Je ne rentre pas forcément dans tous les détails de l'anamnèse, je trie pour l'équipe ce que je pense qui peut les aider dans leur travail, leur rééducation. Il m'arrive d'apporter surtout des éléments sur la petite enfance, parce que c'est souvent ça qu'eux n'ont pas, parce qu'ils ont à faire à l'enfant et non pas aux parents, et pour l'enfant c'est difficile de raconter sa petite enfance. J'axe plus mes restitutions d'anamnèse sur la petite enfance et éventuellement sur l'histoire des parents. Les autres professionnels peuvent avoir accès au dossier en ce qui concerne la scolarité de l'enfant, par contre tout ce qui est antérieur aux différentes prises en charge, c'est ce que j'essaye d'apporter.

### **Votre pratique de l'anamnèse a-t-elle pour origine votre formation initiale ?**

Oui. Comme je suis médecin, quand on fait des études médicales, on apprend à faire des anamnèses très tôt puisque ça fait partie du premier travail hospitalier quand on est externe.

### **Vous vous référez à un courant en particulier ?**

En tant que pédopsychiatre, on a un courant plus psychanalytique. Mais c'est vrai que moi je ne suis pas sectaire par rapport à ça. J'ai une base plus de psychanalyse mais j'essaye de prendre ce qui est bon dans tout.

### **L'observation lors de l'anamnèse vous paraît-elle importante ?**

Bien sûr, c'est fondamental, c'est plus important que ce qui est dit. Parce que dans ce qui est dit il y a quand même un filtre, les parents savent qu'ils vont voir un médecin, ils ne connaissent pas beaucoup le service. Ce qu'ils disent, je le prends, mais je me fie surtout à ce que je vois, aux attitudes du père, de la mère, de l'enfant, comment ils se placent, comment ils discutent entre eux, comment ils se regardent. Tout ça c'est très important, aussi important que le reste.

### **C'est le signifiant et le signifié ?**

Exactement. Les deux ont une importance fondamentale. La façon de dire les choses est très importante aussi, les attitudes, la façon d'arriver, est-ce que ils arrivent en retard, pas en retard, est-ce qu'on sent un stress, est-ce qu'ils arrivent avec un tas de documents, ou alors pas du tout, qu'ils ne savent même pas ce qu'ils vont dire, est-ce que mes questions les surprennent, souvent mes questions les surprennent. Tout ce qui est de l'ordre de la petite enfance, ils ne s'attendaient pas à ce qu'on leur demande ça. A « comment s'est passé votre grossesse ? » ils répondent « je ne pensais pas qu'on allait me poser cette question-là ». Ils ne le disent pas comme ça mais dans leur attitude on voit la surprise. Pourtant je leur dis quand ils arrivent que je suis là pour retracer l'histoire de leur enfant, mais ça fait rien, ça les surprend, ça les déstabilise. Donc c'est intéressant de voir comment ils réagissent à la déstabilisation. L'enfant est en général assez mal à l'aise au départ parce qu'on lui a dit qu'il allait voir un médecin, donc pour l'enfant souvent un médecin c'est examen, éventuellement piqûre ou chose un peu négative. Donc il faut toujours que je prenne un petit peu de temps pour rassurer l'enfant, pour lui

dire que je suis un médecin mais que je ne vais pas l'examiner.

### **Toutes les réponses vont-elles être utilisées ?**

Non, toutes les réponses ne sont pas utilisées. Il y a des banalités qui ne sont pas utilisées, mais ça c'est normal que dans une consultation il y ait aussi un petit taux de phrases pour dire tout ou rien. Ces phrases-là, je vais les analyser plus pour une analyse du comportement mais pas pour vraiment l'anamnèse.

### **Mais toutes les questions sont potentiellement intéressantes ?**

Oui. Toutes les questions essaient d'obtenir une information, mais on ne l'a pas toujours. Quelquefois, les parents répondent à côté, on peut essayer de reposer la question de façon différente, ou quelquefois quand je sens que ça résiste sur un point particulier, je reformule après dans une autre partie, quitte à bouleverser mon plan – de toutes façons ce n'est qu'un plan intellectuel, ce n'est pas un plan écrit, donc j'en fais ce que j'en veux – dans ce cas-là j'attends, je reformule la question plus tard ou quelquefois je la réserve pour un autre entretien, si je pense qu'on a touché là quelque chose d'important qui met la famille en difficulté, je ne vais pas forcément insister ce jour-là. Je demanderai peut-être un autre entretien ou à un autre professionnel d'essayer d'aborder cette question-là à un autre moment.

### **Pour vous est-ce que l'anamnèse contribue au diagnostic ?**

Oui, bien sûr. C'est même l'anamnèse souvent qui nous apporte le diagnostic. Puisqu'on creuse avec la famille dans ce qui s'est passé avant, dans ce qui a amené l'enfant à son problème actuel. Maintenant elle ne suffit pas au diagnostic, elle peut nous amener au diagnostic. Elle peut ne pas suffire, parce qu'il y a le filtre parental et que l'enfant, en présence de ses parents, n'aura pas forcément la même attitude, n'aura pas forcément le même comportement. Donc le diagnostic ne viendra pas seulement de l'anamnèse mais de l'anamnèse et des bilans des autres professionnels, des deux en même temps.

### **Est-ce que l'anamnèse contribue à l'élaboration du projet thérapeutique ?**

Oui, elle contribue aussi à l'élaboration thérapeutique parce qu'on peut faire des choix par rapport à une anamnèse, avec les éléments de l'anamnèse. Des choix particuliers parce que dans l'anamnèse, on aura découvert des choses qu'on ignorait auparavant, et ça peut nous guider, dans des choix d'ateliers thérapeutiques ou dans l'objectif qu'on en a.

### **A demander des examens complémentaires ?**

Il arrive que je dise aux parents que peut-être par rapport à un problème particulier ils consultent le médecin traitant et que éventuellement ils demandent des examens complémentaires.

### **Est-ce qu'elle peut servir à engager la relation, le transfert, la confiance ?**

Bien sûr. C'est un premier contact avec une famille, donc c'est vrai que forcément le transfert se fait, en général. Engager la relation, oui parce que c'est le premier contact et qu'on se présente aussi lors de l'anamnèse, donc on dit qui on est, à quels moments on est là, comment on peut rentrer en contact s'il y a besoin. La confiance ne se fait pas seulement pendant l'anamnèse, la confiance c'est long. Elle peut commencer à se mettre en place quand même, souvent parce que les parents avaient plutôt peur avant d'arriver et que finalement comme ils voient que ça se passe relativement bien, en général, c'est déjà des premiers éléments de la confiance.

Mais c'est juste le début, la confiance c'est plus long.

### **Est-ce que l'anamnèse est une bonne entrée en matière ?**

Pas toujours. Moi il y a des fois où je ressors de la consultation qui est pourtant faite pour avoir une anamnèse sans anamnèse. Parce que les parents arrivent avec une problématique très importante, envahissante, et qu'ils mettent en avant, tout de suite, à laquelle on est obligé de répondre. Et l'anamnèse, tant pis, ce jour-là on va la mettre de côté, on va dire « on se reverra ». Mais on ne peut pas ne pas entendre, non plus. Quand un parent arrive en disant « moi j'étais content de venir parce qu'il faut vraiment que je vous parle de ça, c'est important pour mon fils ou ma fille, je voulais entendre l'avis d'un médecin par rapport à ça », il faut d'abord répondre à ça. On va répondre comme on peut, parce qu'on ne connaît pas encore l'enfant. Mais je pense que si à ce moment-là je disais aux parents « écoutez, non, vous êtes venus ici pour que je fasse l'anamnèse de votre enfant, qu'on parle de l'histoire de votre enfant », je crois que ça ne passerait pas. Moi ça m'est arrivé de dire « d'accord, on va d'abord voir ça, essayez de m'expliquer un petit peu », et puis de finir l'entretien par un début d'anamnèse en disant « au fait, finalement on se voyait quand même pour parler de l'histoire de votre enfant, ça peut aider dans la problématique actuelle, essayez de m'expliquer un peu l'histoire ». Dans ce cas-là je ne vais pas suivre le plan habituel, je vais laisser les parents me dire ce qu'ils ont envie de me dire. Et puis après, à moi éventuellement de les revoir pour remettre ça dans l'ordre, etc. Mais si la problématique est trop importante, si tout de suite les parents sont un peu à vif ou même quelquefois se mettent à pleurer ou vraiment sont dans une souffrance, l'anamnèse devient secondaire. On la fait quand même, il faudra la faire, mais elle peut être différée.

### **L'anamnèse peut-elle inspirer la méfiance en donnant l'impression d'une trop grande intrusion ?**

Oui, bien sûr. Surtout si les parents ne sont pas du tout préparés à l'entretien, si j'arrive en tout début du bilan. En général quand ils ont déjà été vus par quelques professionnels, ça va mieux. Ils ont déjà pris contact, ils ont rencontré l'éducatrice, etc, ils sont plus en confiance. Si je suis en premier plan, ce qui arrive selon les hasards du calendrier, souvent il y a de la méfiance parce qu'on est dans l'étranger, dans des choses qui ne sont pas familières du tout. Souvent les parents voient le service comme une aide à la scolarité et comprennent mal qu'on puisse aller creuser dans l'histoire de la famille, souvent ils ne voient pas le rapport. Ils disent « pourquoi vous nous demander ça ». Cela demande un travail un peu éducatif, d'information des parents, leur expliquer que l'anamnèse ça peut paraître un peu bizarre qu'on leur demande l'accouchement, « est-ce qu'il y a eu une césarienne, est-ce que le bébé a bien respiré à la naissance ? etc... ». Au début ils ne voient pas trop la relation, donc je pense que c'est à nous de leur dire, « c'est pour aider votre enfant, c'est important qu'on le connaisse bien, c'est important qu'on voie, vous, comment vous expliquez le handicap de votre enfant » parce qu'on a très fréquemment des parents qui essaient d'expliquer le handicap de leur enfant par la petite enfance. « Il n'a pas eu assez d'oxygène quand il est né, il a fait des crises d'épilepsie, c'est pour ça maintenant qu'il n'est pas bien, j'étais enceinte et j'ai eu un accident », c'est porteur de plein de culpabilité, plein d'éléments très intéressants, il faut l'expliquer aux parents. Il faut leur dire « nous ça peut nous aider », mais c'est vrai que souvent quand ils arrivent ils sont stressés, ils ne savent pas à qui ils ont à faire, mes questions les perturbent un peu. Donc il y a tout un

travail de réassurance à faire pendant qu'on fait l'anamnèse, pouvoir dire « ça vous paraît peut-être bizarre mes questions mais, ne vous inquiétez pas, c'est fait pour nous aider ». Moi je le fais très souvent pendant l'entretien je dis « ça vous paraît peut-être étrange que je vous demande votre parcours scolaire, mais c'est important parce que c'est la vision que vous avez de la scolarité ». Il ne faut vraiment pas hésiter, parce que si les questions tombent comme ça sans explication, avec un plan par exemple rigide, je crois que les parents seraient déboussolés, ne sauraient plus comment répondre. Et puis on est interrompus souvent pendant l'anamnèse, soit par l'attitude de l'enfant que ça dérange et qui commence à faire des bêtises dans le bureau, soit par l'attitude d'un des parents qui ne parle pas, ou un qui parle trop. Ce n'est jamais comme on a prévu, donc on est toujours obligé de réadapter. C'est pour ça que je n'ai pas de plan rigide, parce qu'on est obligé de s'adapter au comportement de la famille. A leur méfiance, à leur peur, au caractère intrusif de l'anamnèse auquel ils ne sont pas habitués. On doit faire avec ça, et rassurer beaucoup. C'est commun qu'il y ait de la méfiance, je pense que je n'ai pas vu une seule famille qui arrive sans méfiance. Sauf des familles qui sont déjà habituées à ce genre de service, qui ont déjà été au C.M.P.P.<sup>1</sup>, ils ont déjà vu des pédopsychiatres, ils savent comment ça fonctionne. Mais des parents qui n'ont pas eu à faire du tout à des services médicaux ou éducatifs, ils sont quand même très surpris.

### **La pratique de l'anamnèse est-elle plus aisée avec l'expérience ?**

Oui, je pense que quand on commence on veut faire une anamnèse très rigide, très concrète avec des plans bien définis, c'est comme ça qu'on apprend. Avec l'expérience on apprend qu'on a une ligne, mais alors on est pratiquement tout le temps à côté de la ligne. Instinctivement on apprend qu'il y a des endroits où il ne faut pas aller encore, qu'il y a des sujets qu'on abordera plus tard, il y a des périodes de la vie où on sent que les parents se ferment, ne sont pas prêts encore à en parler, ou des attitudes de l'enfant qui font penser que là on a touché un endroit un peu sensible. Je crois que c'est ça qu'apporte surtout l'expérience. C'est d'avoir une adaptabilité par rapport à la famille qu'on a en face. Quelquefois en s'adaptant on obtient des informations intéressantes, beaucoup plus facilement que si on est trop rigide. Parce qu'on va capter une information qu'on va creuser, quitte à sortir complètement du plan. C'est l'expérience qui apporte ça, de se dire « on ne risque rien à sortir du cadre ».

### **Vous m'avez dit que parfois vous remettez à plus tard certaines questions ?**

Il arrive que je le fasse quand par exemple il y a une émotion trop importante de la part des parents, ou que je sens qu'il y a un non-dit, qu'il y a quelque chose qui plane, quand les parents me disent « on vous dirait bien quelque chose mais on ne peut pas parce que notre enfant est là », des choses de ce type-là. En général je ne force pas trop la main parce que c'est un premier contact et sinon je rajoute à la méfiance, à l'agressivité éventuellement. Je laisse en suspens, je dis « on verra ça plus tard », quelquefois je n'y reviens pas, je laisse simplement en suspens, ça interroge aussi les parents eux-mêmes, on n'est pas obligé de répondre toujours à tout. Ça peut être un autre professionnel qui va prendre le relais, je vais peut-être apprendre des choses par ailleurs, mais j'ai tendance à ne pas trop forcer lors de l'anamnèse. Je complète parfois avec d'autres consultations. Il m'arrive de voir des parents deux ou trois fois pour faire le bilan s'il y a trop d'émotion, s'il y a trop de méfiance, je peux aussi avoir à faire à des parents qui, au niveau cognitif, sont un peu déficients, dans ce cas-là ils ont du mal à reconstituer l'histoire, sont assez

---

1 C.M.P.P. : Centre Médico-Psycho-Pédagogique.

lents, alors je les revois. C'est quand même assez rare, en général je ne vois les parents qu'une fois.

### **Avez-vous des remarques à faire sur l'anamnèse ?**

Je pense que l'anamnèse c'est quelque chose de fondamental pour l'histoire et la problématique d'un enfant, qu'on ne peut pas faire l'impasse sur l'anamnèse. Je pense que ce serait se tromper que de sauter sur la problématique actuelle qui est flagrante, qui est pour la plupart des enfants qu'on a ici assez importante et de faire l'impasse sur toute l'histoire qu'il y a eu avant, parce qu'elle compte toujours. Moi je n'ai jamais vu une histoire qui ne comptait pas, dans une problématique. On a besoin de l'histoire de l'enfant, de sa famille pour comprendre ce qu'il lui arrive, pour voir comment ça été vécu, comment les parents sont prêts à aider cet enfant-là, ou pas, quelle est la gestion de la culpabilité parentale ou même familiale puisqu'on parle ici de handicap. C'est l'anamnèse qui nous le donne, parce que si on n'interroge pas les parents sur « comment est-ce que vous vous êtes rendus compte que votre enfant n'allait pas bien ? », si dans la prise en charge de l'enfant on ne pose pas cette question-là, je crois qu'on est parti complètement à côté parce que c'est fondamental. Qui se culpabilise de ce handicap-là ? Est-ce que c'est le père, la mère ou les deux ? Est-ce qu'ils ont une certaine distance par rapport à ça ou pas du tout ? Souvent les enfants ici, ça a commencé très tôt, dès la maternelle, alors si on ne fait pas l'anamnèse, je ne vois pas comment on peut aborder les problèmes de cet enfant qui est rendu en sixième ou en troisième année de C.L.I.S. Il y a aussi tout un côté générationnel derrière l'enfant, ça m'arrive aussi avec des familles de remonter aux générations antérieures, parce que je sens qu'il peut y avoir des choses intéressantes. Je pense vraiment que pour aider un enfant on doit creuser dans sa vie antérieure, même si ça surprend le milieu familial, on peut expliquer aux parents pourquoi on le fait.

## **ENTRETIEN 16**

Sage-femme exerçant en libéral, vingt-cinq ans d'expérience.

### **Pouvez-vous me parler de l'anamnèse au cours de votre formation ?**

Ma formation, elle date de 25 ans. Je n'en ai pas vraiment de souvenirs.

### **Et en formation continue ?**

Je pense qu'on va y venir parce que là, on nous a déjà demandé que le premier cours de préparation à la naissance soit un entretien individuel. Bientôt ce premier cours sera un entretien du quatrième mois de grossesse obligatoire, pour que justement on puisse au cours de cet entretien faire de la prévention, repérer les gens à problème, l'hygiène etc. Donc ce qui sera important, c'est comment amener les questions.

### **Comment amener les bonnes réponses ? Notamment pour les questions délicates... comme combien vous buvez de litres de vin par jour...?**

C'est vrai, on demande « est-ce que vous fumez ? » mais on ne demande pas « est-ce que vous buvez ? » Ou encore « qu'est-ce que vous fumez ? ». On a quand même de plus en plus de femmes qui fument des petits joints, mais moi je n'ai jamais posé la question... Et même si c'est dans les moeurs, je n'arrive encore pas à poser la question « est-ce que vous buvez ? ». Et donc dans cet entretien du quatrième mois, on doit parler alimentation, et ça sera peut-être le biais. Justement on a abordé ça il y a 15 jours, comment poser ces questions-là ?

### **Comment se déroule l'anamnèse pour vous, comment est-ce que vous la pratiquez ? Est-ce que c'est dès le premier contact, le premier rendez-vous. Est-ce que vous commencez par ça ?**

Ça dépend. Ça dépend pourquoi les gens viennent. Pour les gens qui viennent pour un premier entretien pour un accouchement la maison, je ne sais pas si je le fais lors du premier entretien. Ça dépend des gens, qu'est-ce qu'ils viennent chercher, de quoi ils ont besoin. C'est clair que si je ne le fais pas tout de suite, je le ferai la fois d'après. Souvent je le fais à la fin du premier entretien. Au départ, l'anamnèse va me me servir à repérer les contre-indications éventuelles à un accouchement à la maison. Pour les gens qui viennent pour une préparation à l'accouchement, c'est un truc plutôt rapide. Moins fourni que pour un suivi de grossesse.

### **Et ça te prend combien de temps ? C'est très variable ?**

Pour un début de grossesse, moi je dirais une heure. En même temps tout se fait en même temps, il y a des questions que tu ne vas pas aborder au cours de ton questionnaire type, et quand la maman sera sur la table, tu glisses une question. Par exemple, si tu la vois un peu variqueuse, tu parles circulation... Je complète au fur et à mesure, et je crois qu'on complète tout le temps. Chaque entretien, chaque consultation permet de compléter un petit peu l'anamnèse.

### **Vous pratiquez donc l'anamnèse en plusieurs fois ?**

Le global, non. Mais les petites choses, oui. Avec l'expérience j'affine beaucoup

plus. Au départ on va se servir de sa grille type. Ton dossier, tes antécédents. Maintenant, j'affine plus. Et je pense que ma formation d'haptonomie m'a permis d'affiner plus, et d'une autre manière. En étant plus « psychologique », en laissant plus parler les gens. Plutôt que le truc bateau : « comme est-ce que vous avez d'enfants, est-ce que vous avez déjà été opéré, quels sont vos antécédents familiaux... ». Quand on laisse parler les gens, on entend des choses complètement différentes.

### **Est-ce qu'il y a des questions que vous ne posez plus du tout ?**

Je ne suis pas sûre, comme je pars sur un questionnaire type, je les pose quand même. Des questions que je ne poserais plus du tout ? Non, je ne crois pas.

### **Et des questions que vous ne posiez pas du tout avant et qui vous semblent essentielles maintenant ?**

Je ne dirais pas des questions. C'est plutôt la formation d'haptonomie qui m'a appris à rebondir sur ce qu'une femme va dire par exemple. J'arrive plus facilement à demander « pourquoi ? » Pour les faire creuser un petit peu, et là j'arrive à en tirer des informations essentielles.

### **Rapidement, quels sont les items que vous abordez au cours de votre questionnaire ?**

Eh bien, ils sont très médicaux. Il y a d'abord toute la partie administrative. Dans laquelle il y a la situation familiale, la profession. Après, ce sont des questions très médicales : chirurgie, gynécologie, obstétrique, tabac (pas alcool !), allergies, infections urinaires, des choses spécifiques à la grossesse... Après, pour chaque consultation il y a le sommeil, l'état circulatoire, l'état digestif, l'état urinaire, et en premier, l'état psychique. Comment elles s'adaptent à l'évolution de la grossesse.

### **Comment vous abordez ça, par des questions directes ?**

« ça va ? », déjà, tout simplement. Et là, elles te disent « j'ai mal là ! », donc tu vas insister plus sur quelle douleur, quel type de douleur, et à son avis, « pourquoi ? » et peut-être amener toi, pas une solution, mais une clé pour qu'elles réussissent à trouver la solution, le pourquoi. En même temps j'ai pas envie de donner des solutions. C'est elles qui doivent la trouver. Ensuite, j'aborde tous les organes, tous ceux qui évoluent avec la grossesse. Comment elles s'adaptent aux métamorphoses de leur grossesse.

### **Est-ce que vous abordez tout ce qui concerne les relations avec l'entourage ?**

Oui. Dans « comment ça va ? », il y a déjà ça. Mine de rien, je demande au papa « comment elle est ? », « elle dort bien ? » j'ai déjà des informations sur le couple, sur la famille, et souvent le reste suit. En fait, je ne poserais sans doute pas les questions directement. Mon problème, c'est comment faire sortir ces choses-là. Et c'est ce qu'on a appris un petit peu en haptonomie avec une question toute bête : « qu'est-ce que vous aimez en général dans la vie ? ».

### **Ça ouvre sur quoi ?**

Sur tout. Ça peut être des épinards à je sais pas quoi... Et c'est marrant comme on voit les gens évoluer. Ça me sert aussi à étudier leur communication dans le couple. Comment ils parlent l'un de l'autre, comment ils parlent l'un après l'autre. Qui va

parler le premier. Qui parle le plus, qui parle le moins. Comment ils communiquent autrement que verbalement. Tout ça me donne déjà une idée sur comment elle s'adapte à l'entourage et comment l'entourage s'adapte à elle. L'entourage proche : les enfants. Très vite on aborde : « comment va l'aîné ? », et j'en tire les suites.

**À quoi vous sert de prendre en compte cet aspect relationnel là sur votre pratique ?**

Ça me sert déjà à savoir comment elle va évoluer dans sa grossesse. Même si ça ne me l'apprend pas vraiment, mais comment elle se sent dans sa grossesse, dans son couple, dans sa famille, dans son entourage. Et c'est important parce que mieux elle va se sentir, et mieux la naissance va se préparer. Et mieux elle sera accueillie dans le couple, dans la famille et dans l'entourage. Si on sait que ça se prépare bien, on peut imaginer que l'après se passera bien aussi. Ça me rappelle il y a pas longtemps, l'histoire du mari et de la belle-mère : de savoir que sa belle-mère allait venir c'était un truc pas croyable, et donc il fallait s'organiser pour qu'elle accouche un jour précis, pas un lundi ou un mercredi parce qu'elle arrivait à ce moment-là... Et tout ça va influencer le mode de travail, le mode de naissance. Mais tout ça c'est pas des trucs type, c'est quelque chose qui va venir au fur et à mesure des contacts.

**Est-ce que ce sont des questions que vous abordez dès que vous avez commencé à travailler ou bien c'est venu au fur et à mesure de votre pratique?**

Non. C'est quelque chose que j'ai affiné au fur et à mesure de mon évolution, et qui va continuer à s'affiner. C'est vrai que j'ai beaucoup évolué. Et plus j'arrive à faire confiance aux gens, dans leur nature, et plus je peux travailler « en amont ».

**Quand vous avez une femme qui vient en vous disant « j'ai mal là. » Comment est-ce que vous interrogez cette plainte ?**

Je crois que je ne vais pas essayer de donner une réponse, une solution, d'emblée. Je décide de lui faire toucher le « pourquoi » de la plainte. C'est elle qui va essayer de trouver pourquoi elle a mal, et trouver la solution. Après, je peux moi donner une solution. Mais en même temps, ça va dépendre de la manière dont elle amène la plainte. Par exemple, samedi j'ai vu une personne qui elle, voulait absolument un traitement. Il y avait une appréhension, une angoisse qui était énorme. Si elle ne partait pas avec sa boîte de comprimés, de Spasfon, ça ne collait pas : je n'étais pas la bonne sage-femme, etc. donc, je lui ai fait une prescription. Ce qui pour moi est exceptionnel. Par contre, j'ai essayé de lui faire toucher le pourquoi : si elle arrêta un petit peu de gesticuler, elle aurait moins de contractions... Elle pouvait prendre du Spasfon pendant deux-trois jours, mais il fallait surtout qu'elle lève le pied. J'ai senti derrière la demande une angoisse, qu'il fallait prendre en charge.

**Vous avez un ordre précis pour aborder les items ?**

Pas du tout. Je remplis mon dossier. Et je complète au fur et à mesure des consultations.

**Ça vous arrive d'oublier des choses ?**

Oh oui sûrement ! Oui. Mais on ne peut pas oublier les choses essentielles, parce qu'elles te les font aborder.

**En ce qui concerne l'anamnèse, est-ce que vous vous appuyez sur des fondements théoriques, des auteurs, voire des formateurs ou bien vous utilisez**

**avant tout votre expérience pratique ?**

Il y a pour moi une chose fondamentale que j'ai apprise au cours de ma formation : c'est que tout ce que l'on écrit, on le signe. On prend ses responsabilités. Comme quand on pose un diagnostic. Je sais qu'à l'école, c'était quelque chose de très important. Chaque fois qu'on écrivait un chose sur un dossier, on "signait" ce qu'on avait écrit. Je fais des surveillances de grossesses pathos à domicile. Je constate telle et telle chose. Je signe mon nom entier à côté. C'est aussi prendre ses responsabilités par rapport à ce qu'on a entendu, ce qu'on en a tiré comme conclusion et tout ça.

**Est-ce que ça vous arrive de mettre des réserves : "je pense que... Il semblerait que..."**

Des points d'interrogation, oui !!! Voici un exemple de dossier d'une patiente. On y voit quelques point d'interrogation....

**Ce que je constate, c'est que vous ne notez que ce qui dysfonctionne : eczéma, vertiges, stress, choc émotionnel, sommeil mauvais...**

Oui, parce que le reste pour moi est logique. "Va bien sinon !". Voilà. Mais quand c'est un dossier de transmission, là j'en écris beaucoup plus. Je mets ce qui va bien et ce qui ne va pas bien.

**A propos du dossier, maintenant selon la loi, le patient a accès au dossier. Est-ce que vous faites des dossiers parallèles ?**

Oui, elles ont leur carnet de surveillance de maternité que je remplis. Et je considère que c'est leur dossier médical. Elles ont avec elles ce qui se passe. Si elles ont un accident dans la rue, la personne qui les trouve sait ce qui les concerne sur un plan obstétrique.

**Vous considérez donc que vous êtes couverte aux yeux de la loi comme ça ?**

Oui tout à fait.

**Et dans votre dossier à vous, est-ce qu'il y a des choses que vous notez pour vous?**

Non, non.

**Par exemple, si vous avez une patiente alcoolique, vous n'allez pas noter sur son carnet qu'elle l'est ?**

Je ne sais pas si la question est abordée dans le carnet. (*elle regarde dans un carnet*) ...Tabac... Non, il n'y a pas marqué alcool. Donc en fait si une femme me dit, et ça m'est déjà arrivé, qu'elle boit, je le note. Et si ce n'est pas moi qui fait le suivi médical de la grossesse, ça je ne le remplis pas. Si elle n'a pas eu envie de le dire à quelqu'un d'autre, elle ne l'a pas dit. Je pense aussi que dans ce qu'elles nous disent, il y a une certaine confidentialité.

**Si un médecin vous interroge sur cette patiente ?**

Je lui dirai bien sûr.

**La question essentielle : A quoi vous sert vraiment l'anamnèse dans votre métier ? Pourriez-vous travailler sans ?**

Non, parce que j'ai besoin vraiment de connaître les gens. Pour pouvoir leur faire confiance, pour pouvoir les laisser aller mettre leur bébé au monde. Il faut quand même que je sache si elle a cette capacité ou non. Surtout pour pouvoir les encourager à aller dedans. Ce n'est pas moi qui vais dire si elle est capable d'accoucher ou pas. Sauf si médicalement il y a quelque chose qui coince. C'est vrai que moi je m'adresse à des gens particuliers, qui ont fait une démarche particulière, et qui par ce fait, sont à un même niveau de responsabilité que moi<sup>21</sup>.

**Donc, mieux connaître pour établir une confiance mutuelle et leur permettre de devenir acteurs ?**

Oui, oui. Acteurs de ce qui va se passer.

---

21 Elle propose, et elle est la seule en Loire-Atlantique, de pratiquer des accouchements à domicile depuis 12 ans.

**Par rapport à d'autres sages-femmes, pensez-vous pratiquer une anamnèse très différente. Y a-t-il autant d'anamnèses que de sage-femmes ?**

Je crois que ça va dépendre de ce que fait la sage-femme. De son fonctionnement professionnel. Si elle fait de la préparation à l'accouchement, elle va se limiter à un petit truc patho. Elle n'a pas de grosses responsabilités à prendre sur la suite. Sinon, ça devient plus médical et beaucoup plus précis, plus complet.

**Pensez-vous que quel que soit le type d'accouchement, les mêmes questions « environnementales » sont abordées ?**

Je ne suis pas persuadée. Je le vois dans ma propre évolution. Avant quand j'étais face à une femme enceinte, je posais mes questions bateau sans chercher un peu plus loin. Maintenant je ne dirais pas que je vais « chercher » un peu plus loin. Je laisse venir, et puis... je rebondis sur ce qui vient.



## Résumé

L'orthophonie se situe au carrefour de plusieurs disciplines : la linguistique, la pédagogie, la médecine, la psychologie, la sociologie. L'anamnèse en orthophonie serait-elle à son image, à un croisement de compétences ? C'est ce qui ressort de cette étude quand elle aborde les différents savoirs théoriques enseignés qui sous-tendent l'anamnèse en orthophonie. De même quand il s'agit d'explorer les théories en cours dans les domaines de la médecine, de la psychologie, de la linguistique, de la pédagogie, ou encore de la sociologie, afin d'en savoir plus sur cette question. Une étude qualitative faisant suite aux entretiens réalisés auprès d'orthophonistes, d'un médecin pédopsychiatre et d'une sage-femme, offre un éclairage sur les pratiques très diverses de l'anamnèse, et tente d'analyser les positions de chacun sur ce sujet. Ce mémoire de fin d'études propose une réflexion sur la question des enjeux de l'anamnèse en orthophonie.

## Mots-clefs

- *anamnèse*
- *bilan*
- *diagnostic*
- *entourage du patient*
- *premier entretien*
- *prise en charge*
- *projet thérapeutique*
- *relation*
- *transfert*