



HAL
open science

Évolution de la relation au patient au cours de l'expérience professionnelle de l'orthophoniste

Delphine Pont

► **To cite this version:**

Delphine Pont. Évolution de la relation au patient au cours de l'expérience professionnelle de l'orthophoniste. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01879756

HAL Id: hal-01879756

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01879756>

Submitted on 24 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE

ÉCOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE
Directeur : Professeur C. Simon

Évolution de la relation au patient
au cours de l'expérience professionnelle de
l'orthophoniste

MÉMOIRE

Présenté en vue de l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

par

Delphine PONT

Juin 2011

JURY

Président : Monsieur le Professeur X. Ducrocq, Professeur de Neurologie
Directeur : Madame C. Daubié, Orthophoniste
Assesseur : Madame L. Ribeyre, Psychologue

« Le bonheur c'est quand sa passion devient son métier
Et que son métier prend racine dans sa vie
Et la vie dans un idéal qui la transcende »
(F. Estienne)

SOMMAIRE

Remerciements	7
Introduction	9

THÉORIE

A. Définitions	12
1. La technique	12
2. La relation et les attitudes relationnelles	13
2.1. La relation	13
2.2. Les attitudes relationnelles	14
B. La relation	16
1. Importance de la relation en orthophonie	16
2. Les principes de la relation d'aide	18
3. Les attitudes relationnelles	20
3.1. La facilité à entrer en relation	20
3.2. La neutralité bienveillante	22
3.3. L'écoute	24
3.4. L'empathie	28
3.5. La maîtrise de ses émotions	29
3.6. La diplomatie	33
3.7. L'authenticité	36
3.8. L'adaptabilité	38
3.9. La créativité	39
3.10. La fermeté	40
3.11. L'humilité	41
3.12. La patience	43
4. La relation en situation	44
4.1. Instaurer une relation de confiance	44
4.2. Susciter la motivation	46
4.3. Annoncer une mauvaise nouvelle	50
4.4. Faire face à une trop grande demande affective	51
4.5. Faire face à l'agitation	53
4.6. Faire face à l'anxiété	53
4.7. Faire face à la souffrance	54
4.8. Faire face à un conflit	56
4.9. Faire face à l'agressivité	57
C. Évolution de la relation au patient au cours de l'expérience	59
1. Pourquoi une évolution ?	59
2. Comment évoluer ?	61
2.1. Facteurs professionnels	61
2.1.1. Questionner sa pratique	61
2.1.2. Partager les expériences	63
2.1.3. La supervision	64
2.1.4. Se former	65
2.2. Facteurs personnels	68
3. Freins à l'évolution relationnelle	72
3.1. Le burn out	72

3.2. Des préoccupations personnelles	73
3.3. Un épuisement biologique	73
3.4. Une démotivation face au travail	74
3.5. Un sentiment d'impuissance	74
3.6. Des compétences insuffisantes	75
3.7. Le stress	76
4. Se protéger	76

D. Conclusion **78**

MÉTHODOLOGIE

A. Objectifs et hypothèses **80**

B. Dispositif expérimental **81**

1. Choix du dispositif expérimental	81
2. Modalités d'envoi du questionnaire	82
3. Description du questionnaire	83
3.1. Evolution du questionnaire	83
3.2. Questionnaire actuel	85

C. Population **88**

D. Auto-critique du dispositif expérimental **90**

1. Sur le mode d'envoi du questionnaire	90
2. Sur le questionnaire en lui-même	91

E. Exploitation des données **93**

ANALYSE DES RÉSULTATS

A. Informations concernant les orthophonistes interrogés **95**

1. Informations professionnelles	95
2. Informations personnelles	97

B. Évolution relationnelle des orthophonistes interrogés **99**

1. Évolution de la place de la relation au patient par rapport à la technique	99
2. Évolution des habiletés relationnelles	103
2.1. La facilité à entrer en relation	105
2.2. La neutralité bienveillante	106
2.3. L'écoute	107
2.4. L'empathie	108
2.5. La maîtrise de ses émotions	109
2.6. La diplomatie	110
2.7. L'adaptabilité	111
2.8. La créativité	112
2.9. La fermeté	113
2.10. L'humilité	114
2.11. La patience	115
2.12. Autres habiletés	116
2.13. Conclusion	116
3. Évolution de la relation en pratique	117
3.1. Établir un lien de confiance	118

3.2. Susciter la motivation	119
3.3. Annoncer une mauvaise nouvelle	120
3.4. Faire face à un patient en trop grande demande affective	121
3.5. Faire face à un patient agité	122
3.6. Faire face à un patient angoissé	123
3.7. Faire face à un patient en grande souffrance	124
3.8. Faire face à une agression verbale ou physique	125
3.9. Faire face à un conflit	126
3.10. Autres situations	127
3.11. Conclusion	127
4. Conclusion	127
C. Facteurs de l'évolution relationnelle	129
1. Facteurs contribuant à une évolution positive	129
1.1. Propositions du questionnaire	129
1.1.1. Une autre pratique professionnelle	129
1.1.2. Les formations complémentaires	130
1.1.3. Avoir des enfants	131
1.1.4. Les techniques de développement personnel	131
1.1.5. Connaître personnellement une personne handicapée	132
1.1.6. Autre	132
1.2. Facteurs retenus par les orthophonistes	133
1.2.1. Facteurs professionnels	133
1.2.1.1. Exercice d'une autre profession	134
1.2.1.2. Formations complémentaires	134
1.2.1.3. Vécu professionnel	135
1.2.1.4. Acceptation des limites de l'orthophonie	136
1.2.1.5. Difficultés rencontrées	136
1.2.1.6. Feed-back des patients	137
1.2.1.7. Partage d'expérience avec les collègues	138
1.2.1.8. Supervision	138
1.2.1.9. Meilleure maîtrise technique	139
1.2.1.10. Gestion de son propre cabinet	139
1.2.1.11. Formation aux étudiants	139
1.2.1.12. Conclusion	140
1.2.2. Facteurs personnels	140
1.2.2.1. Avoir des enfants	141
1.2.2.2. Les techniques de développement personnel	142
1.2.2.3. Connaître personnellement le handicap, la maladie, le deuil	142
1.2.2.4. Le vécu personnel, la maturité	143
1.2.2.5. Une meilleure confiance en soi	144
1.2.2.6. Les passions	145
1.2.2.7. Conclusion	145
1.3. Conclusion	146
2. Facteurs en cause dans une évolution négative	149
2.1. Résultats sur la baisse des compétences relationnelles	149
2.2. Causes de l'évolution négative	151
2.2.1. Le burn out	152
2.2.2. Les préoccupations personnelles	152
2.2.3. L'épuisement biologique	153
2.2.4. La démotivation face au travail	153
2.2.5. Le sentiment d'impuissance	154
2.2.6. Des compétences insuffisantes	155
2.2.7. Le stress	155
2.2.8. Propositions	156

DISCUSSION

A. Commentaires et critiques des orthophonistes sur le questionnaire	163
B. Points non abordés proposés par les orthophonistes	166
C. Auto-critique	168
1. Points à améliorer	168
1.1. Dans le mode d'envoi du questionnaire	168
1.2. Dans le questionnaire	168
2. Points non abordés	169
D. Bilan de ce travail de recherche	170
Conclusion	173
Bibliographie	175
Table des graphiques et tableaux	179

ANNEXES

Table des annexes	183
--------------------------	------------

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier ici toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à ce que ce travail de recherche voit le jour.

Nous remercions chaleureusement :

M. le Professeur X. Ducrocq, Professeur de Neurologie,
d'avoir accepté de présider notre jury
et de nous avoir accordé sa confiance.

Mme C. Daubié, Orthophoniste, de nous avoir suivie tout au long de l'année
et de nous avoir consacré du temps.

Son enthousiasme, son soutien, son écoute,
son attitude positive, sereine et confiante vis-à-vis de notre travail
nous ont été très précieux.

Nous lui sommes extrêmement reconnaissante...

Mme L. Ribeyre, Psychologue, d'avoir accepté de participer à notre jury.

Ses remarques pertinentes, ses conseils
et sa connaissance de la relation au patient
ont apporté des éclairages particulièrement intéressants à ce travail.
Nous avons beaucoup apprécié sa gentillesse et son savoir-être.

Les nombreux orthophonistes qui ont pris part à notre investigation.

Ce travail n'a pas de raison d'être sans leur participation.

Nous souhaitons les remercier chaleureusement
pour leur enthousiasme,

la pertinence et la qualité de leurs réponses
et la richesse de leurs commentaires.

Cela nous a beaucoup touchée...

Mme N. Morin, Orthophoniste, de ne pas avoir hésité à nous donner
son avis sur notre questionnaire.
Ses remarques nous ont permis de repenser notre moyen d'investigation,
ce qui nous a été particulièrement salutaire.

M. M. Dubois, Orthophoniste, pour ses conseils,
sa réflexion sur le choix des mots,
ses connaissances sur le respect de la déontologie,
et ses idées originales.

Ma famille, pour son soutien,
et plus particulièrement ma Maman pour ses lectures attentives
et pour la précision et la simplicité de ses corrections.
J'ai été très touchée par son investissement
dans la relecture de ce travail.
Je souhaite remercier ma famille
avec tout mon amour et toute mon affection...

Mes amies proches Marion, Noémie, Élodie, Tiphaine et Estelle
pour leur présence, leur affection, leur écoute,
leurs encouragements et leur compréhension.
Je suis très heureuse d'avoir partagé avec elles ces quatre années,
riches en rires, en confidences, en complicité et en moments de partage.
Je leur souhaite le meilleur pour l'avenir.

Les personnes qui ont croisé ma route cette année,
qui ont par leur présence, leurs remarques et leur singularité,
contribué parfois sans le savoir à faire évoluer ce mémoire.

INTRODUCTION

L'orthophoniste se doit d'être opérationnel dans les compétences figurant dans le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste. Pour ce faire, il dispose de connaissances, de techniques et de savoir-faire spécifiques qui lui sont enseignés au cours de sa formation initiale, et qu'il enrichit et actualise par la suite en s'informant et en continuant à se former.

Cependant, la technique à elle seule suffit-elle à rééduquer les troubles de la communication ?

La communication n'a lieu qu'en interaction, en relation. De plus, la prise en charge orthophonique est en premier lieu une rencontre entre deux personnes différentes.

La relation fait donc partie du suivi orthophonique. Qu'on le veuille ou non, un lien particulier va se tisser entre l'orthophoniste et son patient. Et il est dans l'intérêt de tous que cette relation se passe du mieux possible.

La relation constitue même un élément thérapeutique dans la prise en charge. Elle va conditionner en bien ou en mal les résultats de la rééducation. L'orthophoniste a donc tout intérêt à avoir une bonne relation avec son patient, basée sur la confiance, le respect, l'écoute.

Mais, comment installer une bonne relation avec son patient ? Que faut-il privilégier ? Que faut-il au contraire éviter ? Comment réagir face aux situations difficiles ?

Les quatre années d'études n'apportent que peu de réponses à ces interrogations pourtant essentielles et passionnantes. La formation est davantage axée sur l'acquisition de connaissances et de techniques, ce qui est bien évidemment indispensable pour devenir orthophoniste.

Néanmoins, on peut se demander comment les orthophonistes tout juste sortis de leurs études gèrent la relation au patient, quelle place cette relation occupe dans leurs prises en charge, si les orthophonistes évoluent dans leur abord relationnel au

cours de leur expérience professionnelle, si cette évolution peut être négative, et ce qui fait évoluer positivement ou négativement la relation.

Ce travail de recherche a donc pour objectif d'obtenir des pistes de réponse à ces interrogations.

En ce qui concerne la théorie, peu d'écrits existent sur le sujet de la relation en orthophonie. Les bases théoriques utilisées seront empruntées à des ouvrages sur la thérapie du langage (G. Dubois et A. Mucchielli-Bourcier), à F. Estienne, orthophoniste particulièrement intéressée par la relation, à la pédagogie relationnelle du langage (C. Chassagny), mais aussi à des mémoires d'orthophonie sur la relation au patient. Nous nous sommes également appuyée sur des ouvrages traitant de la relation d'aide, sur les travaux de Carl Rogers, sur la psychothérapie, sur les sciences de l'éducation et sur la relation en milieu médical.

Par ailleurs, le moyen que nous avons choisi pour tenter de répondre à nos interrogations est un questionnaire d'auto-évaluation aux orthophonistes.

Il porte dans un premier temps sur leur pratique relationnelle actuelle, en comparaison avec leur pratique relationnelle à la sortie de leurs études et dans un second temps sur les facteurs qui ont permis cette évolution.

THÉORIE

A. DÉFINITIONS

1. La technique

D'une manière générale, la technique est « l'ensemble des procédés et des méthodes d'un art, d'un métier, d'une industrie » (Larousse 2009).

Les techniques de l'orthophoniste sont donc les savoir-faire, les méthodes, lui permettant d'agir efficacement.

Elles font la spécificité du métier d'orthophoniste. Lui seul dispose de compétences techniques pour rééduquer le langage oral, la parole, la voix, le langage écrit, le raisonnement logico-mathématique, la sphère bucco-faciale.

La technique va permettre de réduire les difficultés du patient, de les compenser par d'autres stratégies et dans certains cas de mettre fin au trouble.

Les compétences techniques reposent sur des bases théoriques scientifiques relatives au développement moteur, langagier, intellectuel et psychologique de l'enfant, au langage et ses troubles, aux troubles du raisonnement, à la voix et ses pathologies, au fonctionnement du système nerveux.

Les techniques sont enseignées au cours des études d'orthophonie. Mais elles peuvent être constamment actualisées grâce à la formation continue.

Elles sont multiples et variées et vont différer d'une pathologie à une autre mais également d'un orthophoniste à un autre. Chacun est libre en effet de choisir ses techniques en fonction de son attirance ou non pour une certaine manière de faire, de son système de valeurs et de ses centres d'intérêt.

2. La relation et les attitudes relationnelles

2.1. La relation

Le Dictionnaire Larousse 2009 définit la relation comme le « lien entre des choses, des personnes ; rapport ».

La relation est donc un concept assez large, que l'on peut rencontrer dans un très grand nombre de domaines.

Le domaine dont il est question dans cette recherche est le lien, la relation qui existe entre l'orthophoniste et son patient.

En effet, la rééducation orthophonique est une rencontre entre deux personnes ayant chacune un vécu, une personnalité et des aspirations propres. Cette rencontre a un but et n'existe que dans l'optique de répondre à une demande.

Chacun a un statut et une fonction propres : l'orthophoniste est aidant, soignant, thérapeute et le patient est demandeur, aidé. La relation va donc se créer dans le cadre d'une demande de la part du patient, et d'une proposition de projet thérapeutique de la part de l'orthophoniste.

Cette relation pourra être qualifiée de thérapeutique puisqu'elle a pour but de « soigner », du moins d'accompagner la personne en demande vers une amélioration de sa communication.

Elle pourra aussi être dite relation d'aide, c'est-à-dire « processus par lequel on amène une personne à faire de nouveaux apprentissages, à poser de nouveaux gestes pour arriver à satisfaire ses besoins ou à résoudre ses difficultés » (Tremblay, 2008, p.17). Dans le cadre de l'orthophonie, la relation d'aide sera axée sur la communication et ses composantes.

Le concept de relation d'aide a été abordé pour la première fois dans les travaux de C. Rogers (1902-1987), psychologue américain, à l'origine de la psychologie humaniste et de l'approche centrée sur la personne. Ses travaux ont inspiré un grand

nombre de domaines où la relation intervient, tels que les thérapies, le milieu médical, la pédagogie, l'aide sociale. C. Rogers se base sur le postulat suivant : « tout individu est porteur du potentiel suffisant pour trouver sa propre réponse à ses difficultés » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 36). Chacun a donc à l'intérieur de lui les solutions à ses difficultés. Le travail du thérapeute est par conséquent d'aider la personne à mobiliser ses propres ressources, à trouver ses propres moyens pour avancer. Cette approche est non-directive : c'est le patient qui sait ce qui est bon pour lui et non le professionnel. C. Rogers propose quatre attitudes du thérapeute : « l'empathie ou la capacité à se sentir dans la peau du patient, l'acceptation inconditionnelle de tout ce qu'exprime la personne, la congruence ou l'authenticité du thérapeute et son acceptation de ses propres sentiments, la reformulation par laquelle le thérapeute reflète au patient la compréhension qu'il a de ce que celui-ci exprime » (Estienne, 2004, p. 161).

Les principes de cette approche sont toujours d'actualité et peuvent enrichir la pratique relationnelle d'un grand nombre de disciplines.

L'orthophoniste peut donc s'en inspirer dans la relation qu'il construit avec son patient.

2.2 Les attitudes relationnelles

« Une attitude est une manière de se comporter qui correspond à une certaine disposition psychologique » (Tremblay, 2008, p.16).

Dans une relation d'aide, les attitudes relationnelles désignent « la façon dont le thérapeute « est » en séance » (Bioy & Maquet, 2003, p.49).

Certaines attitudes seront à favoriser, et d'autres au contraire à éviter, afin d'établir avec la personne une relation de qualité et de créer un lien de confiance et de sécurité.

« Il s'agit d'une notion importante puisque fondamentalement, c'est l'interaction entre les attitudes du praticien et celles du patient qui va déterminer si ce dernier se sent en confiance, écouté, libre de dire son problème et ce qu'il est » (Bioy & Maquet, 2003, p.49).

Les attitudes à privilégier et à développer dans une relation thérapeutique quelle qu'elle soit sont sensiblement les mêmes : facilité à entrer en relation, neutralité bienveillante, écoute, empathie, maîtrise de ses émotions, diplomatie, authenticité, adaptabilité, créativité, fermeté, humilité, patience.

Elles seront néanmoins toujours adaptées à la finalité des séances et en adéquation avec la profession exercée.

B. LA RELATION

1. Importance de la relation en orthophonie

La prise en charge orthophonique va s'articuler autour d'une demande. Le patient, ou ses représentants arrivent avec une plainte. L'orthophoniste va, dans un premier temps, fixer avec le patient les objectifs de la prise en charge et, dans un second temps, mettre en œuvre ses techniques de rééducation afin de répondre au mieux à la demande.

Cependant, il semble, selon de nombreux auteurs (F. Estienne, G. Dubois...), que la technique ne fasse pas tout. L'orthophoniste et le patient sont avant tout des êtres humains. Une technique va constituer un appui, une base, certes, mais ne pourra être appliquée de la même façon à tous les patients porteurs du même trouble. Chaque individu est différent. Les techniques devront donc être adaptées à la personne en demande en fonction de son comportement, sa personnalité, ses désirs, ses besoins et sa motivation.

De plus, le trouble de la communication, c'est-à-dire le symptôme, revêt une signification particulière pour le patient. Il est source de souffrance certes, mais il n'est pas là par hasard.

F. Estienne (2004) parle d'une valeur positive du symptôme. En effet, le trouble constitue selon elle une « adaptation relationnelle et une des meilleures façons dont a disposé ou dispose l'individu à un moment donné de sa vie pour faire face le plus favorablement à sa situation personnelle et relationnelle » (p. 15).

F. Estienne (2004), décrit également les bénéfices primaires et les bénéfices secondaires du symptôme :

Le symptôme constitue parfois des bénéfices primaires parce qu'il répond à une difficulté personnelle. F. Estienne (2004), propose l'exemple suivant : « le retard de langage est (inconsciemment) le moyen ou la pathologie choisie pour obtenir les avantages recherchés, rester en situation de dépendance, m'attacher à ma mère... éviter de grandir... » (p. 20).

Les bénéfices secondaires quant à eux vont survenir par la suite et vont s'ajouter aux bénéfices primaires. Il s'agit des conséquences favorables du trouble dont le sujet va tirer profit. Les parents, l'école, vont davantage le prendre en considération par exemple.

Les bénéfices du symptôme, qu'ils soient primaires ou secondaires peuvent constituer une entrave à la rééducation. Il est donc important de les identifier, afin d'adapter au mieux notre approche du symptôme.

En effet, la tentation est grande face à un symptôme de vouloir à tout prix le supprimer, le diminuer. Il ne faut cependant pas oublier qu'il a une signification, il fait partie du sujet. Il se situe souvent au cœur d'une problématique complexe. Il n'est donc pas à traiter isolément.

Envisager la rééducation sous l'angle seul de la technique revient pour ainsi dire à considérer le trouble comme un déficit à combler, et par là même à l'isoler de son contexte. On court le risque de se heurter au refus du patient, voire à son opposition, et par là même d'être inefficace.

Par conséquent, il est important que l'orthophoniste se concentre sur la personne dans sa globalité plutôt que sur son trouble uniquement. Il s'agit de redonner à l'individu son statut de sujet parlant et cela passe par la relation thérapeutique.

Effectivement, le langage n'a de raison d'être qu'en relation, en interaction. « Le langage naît à travers la relation, vit dans la relation, peut mourir aussi, hélas, par défaut d'une relation suffisamment structurante » (Vallée, 1995, p. 12).

L'orthophoniste va donc s'employer à créer une relation de confiance et de sécurité, afin de favoriser l'expression, la communication, le langage.

L'importance de la qualité de la relation établie dans une prise en charge thérapeutique est décrite par de nombreux auteurs (F. Estienne (2004), C. Rogers (1942), G. Dubois (1983), C. Bregeard (1991), etc.). Selon eux, la relation occupe une place bien plus importante que la technique dans l'efficacité d'une prise en charge. « Les résultats ne viendront pas de la technique elle-même, mais de notre capacité de relation avec l'autre » (Bregeard, 1991, p. 20).

L'efficacité d'un traitement va donc être fortement liée à la qualité de la relation mise en place par le praticien, et ce dans un grand nombre de prises en charge de santé. En effet, l'importance de la relation dans la rééducation n'est pas spécifique à l'orthophonie, beaucoup de professionnels l'utilisent. Pour certains, elle constitue même l'outil principal de la prise en charge, pour les psychologues par exemple.

Néanmoins la spécificité de la relation en orthophonie va se situer autour de l'objectif, du « pourquoi on est ensemble ». La prise en charge va être axée autour de la demande. Pour y répondre au mieux, l'orthophoniste va mobiliser, outre ses compétences relationnelles, son savoir-faire technique sur les troubles du langage et de la communication.

La technique n'est évidemment pas à mettre de côté, bien au contraire. C'est elle qui va nous différencier des autres professionnels de santé. Elle constitue une base sur laquelle l'orthophoniste va s'appuyer pour conduire ses séances. Sans technique, l'orthophoniste ne fait plus d'orthophonie et s'expose à des dérives. Il n'est pas psychologue !

Relation et technique sont par conséquent indispensables en orthophonie. Elles doivent coexister en harmonie et être fonction du patient : de son trouble, sa personnalité, son comportement, ses goûts, ses envies, etc.

Ainsi la rééducation sera-t-elle composée de dialogue et d'expression libre, et d'activités techniques en lien direct avec le trouble.

2. Les principes de la relation d'aide

Le patient doit avant tout être pris dans sa globalité, c'est-à-dire avec sa personnalité, son trouble, sa souffrance, ses angoisses, ses envies, son environnement, sa situation familiale, sociale, etc. L'orthophoniste va donc s'adapter en fonction de ces différents facteurs et se mettre au niveau du patient, là où il en est.

En effet, pour établir une relation thérapeutique saine, l'orthophoniste doit veiller à instaurer entre lui et son patient une relation d'égal à égal. « Notre attitude dans la relation établie dès le premier moment sera celle d'une liberté face à une autre liberté » (Mucchielli-Bourcier, 1979, p. 196). L'orthophoniste, selon O. Clavel (1999),

ne doit pas se positionner comme celui qui sait ce qui est bon pour l'autre. Son attitude est faite de non-domination. C. Rogers (1942) parle de non-directivité.

Cela va permettre de responsabiliser le patient par rapport à son trouble et de l'amener petit à petit vers une autonomisation : « seul le patient est maître de son bateau » (Clavel, 1999, p. 58).

En effet, « le but d'un processus d'aide n'est pas de résoudre les problèmes du client à sa place, ce qui le rendrait dépendant, mais de favoriser sa croissance » (Poujol, 2009, p. 7). Une relation se construit à deux, chacun en détient une part active. L'idéal étant que les deux parts soient égales. J. Poujol (2009) parle de co-responsabilité : « chacun doit faire son « 50 » » (Poujol, 2009, p. 10). Si l'un des deux protagonistes fait plus ou moins que son « 50 », il entre dans le triangle dramatique Sauveteur, Victime, Persécuteur, décrit par le psychologue Karpman. « Dans ce triangle, je deviens Sauveteur quand sans l'autorisation de l'autre ou sans compétence personnelle, je dépasse la ligne de mon 50 et que je fais plus que ce que l'autre me demande ou que ce dont je suis capable. Etre sauveteur, faire plus que son 50 dans la relation d'aide, va rendre le client dépendant et passif. » (Poujol, 2009, p. 11), « je suis Persécuteur quand je ne respecte plus la liberté du client. Le conseiller dans ce rôle se croit obligé ou estime efficace d'être directif. Il infériorise ou dévalorise le client, le blâme, met à nu ses défauts, lui fait la morale » (Poujol, 2009, p. 11) et « je suis Victime si je fais moins que mon 50 ou si je m'attends à ce que le client fasse plus que sa part. » (Poujol, 2009, p. 11).

Il s'agit donc de « redonner le pouvoir à cette personne, avoir confiance dans ses ressources, la comprendre sans chercher à la maîtriser » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 31), jusqu'à ce qu'elle puisse un jour se débrouiller seule, n'ayant plus besoin de notre aide.

F. Estienne va également dans ce sens et propose de « rencontrer la personne où elle est, explorer avec elle ce qu'elle est, ce qu'elle fait, ce qu'elle veut, découvrir ses ressources » (Estienne, 2004, p. 42). L'orthophoniste va donc s'adapter au patient.

Le but est de créer un climat de confiance, de sécurité et de plaisir, afin de susciter chez le patient motivation, liberté d'expression, et plaisir de l'interaction.

Pour cela, un certain nombre d'attitudes et de caractéristiques peuvent être à développer par le thérapeute, comme la facilité à entrer en relation, la neutralité bienveillante, l'écoute, l'empathie, la maîtrise de ses émotions, la diplomatie,

l'authenticité, l'adaptabilité, la créativité, la fermeté, l'humilité et la patience. Elles vont fortement influencer les réactions du patient et donc la qualité de la relation thérapeutique.

3. Les attitudes relationnelles

3.1. La facilité à entrer en relation

« C'est d'abord chez l'aidant une chaleur et une émotion sympathique qui rendent la relation possible » (Rogers, 1942, p. 94).

L'orthophoniste, pour établir une relation de confiance, a tout intérêt à se mettre dans une attitude d'accueil, à se montrer chaleureux, souriant, avenant, dynamique et ouvert.

En effet, la première rencontre avec le patient est capitale, « car une simple maladresse peut le rebuter » (Desfontaine & Duverneuil, 1984, p. 40). C'est de la première impression que l'orthophoniste va donner que va découler la relation qui s'ensuivra. A. Guittet (2006) et N. Boothman (2002) conseillent de se montrer ouvert et accueillant tout d'abord en regardant la personne dans les yeux et en souriant. Selon N. Boothman (2002), le contact oculaire « valide la personne et engendre la confiance » (p. 47) et le sourire véhicule des informations comme « je suis accessible » (p. 32), « je suis heureux » (p. 32), « j'ai de l'assurance » (p. 32). A. Guittet (2006) et N. Boothman (2002) suggèrent également d'adopter des attitudes corporelles souples et mobiles, d'être détendu, de se montrer enthousiaste et dynamique et d'avoir des gestes d'ouverture, c'est-à-dire de décroiser les bras et les jambes, d'être légèrement penché en avant et d'avoir les mains ouvertes. Selon N. Boothman (2002), adopter un langage corporel ouvert suggère à l'autre la bienvenue, tandis qu'un langage corporel fermé suggère la réserve, voire la distance.

Lors d'une première rencontre, A. Mucchielli-Bourcier (1979) parle de « chercher à s'approprier, à s'habituer l'un à l'autre, à se faire accepter soi et son métier » (p.

200). Il faudra donc se nommer, décrire notre métier et le « pourquoi on est ensemble » et prendre le temps de créer des liens.

Cependant, « dans la rencontre thérapeutique, l'orthophoniste n'a pas la même facilité à entrer en relation avec tous les patients. L'âge, le sexe, et la problématique personnelle de chacun rendent la communication plus ou moins bonne » (Bregard, 1991, p. 111). En effet, des affinités entrent en jeu dans toute création de lien entre deux personnes. L. Tremblay (2008) les décrit comme « des ressemblances, une certaine concordance entre les traits de caractère de deux personnes, leurs goûts, leurs intérêts, leurs façons de penser, leurs valeurs, etc. » (p. 54).

Elles peuvent susciter une attirance entre deux personnes et aider au rapprochement, ou bien une répulsion et nuire à la relation. Ainsi le contact pourra-t-il être bon ou mauvais d'emblée.

« En relation d'aide, les affinités ont leur importance : une personne aidante se sent spontanément plus proche de quelqu'un avec qui elle partage des points de vue ou des intérêts. Il lui est plus facile de démontrer de l'empathie, de comprendre le vécu de l'autre, de le respecter » (Tremblay, 2008, p. 55).

De plus, « il est facile d'entrer en relation et de négocier avec une personne avenante, sympathique, qui montre par son attitude qu'elle est facilement d'accord. Il est plus difficile de le faire avec quelqu'un de renfrogné, montrant des signes d'agressivité et d'insatisfaction. Notre attirance et nos présuppositions conditionnent grandement nos attitudes et la qualité de la relation qui en découle » (Curchod, 2009, p. 133).

Comme nous ne pouvons pas choisir les patients que nous recevons en séance, il faudra nous adapter et faire face aux difficultés relationnelles qui peuvent se présenter avec certains patients en prenant conscience du jeu des affinités et de ce qui nous dérange chez l'autre. « Il est important de réfléchir à chaque fois sur ce qui entraîne l'absence ou l'excès de communication » (Bregard, 1991, p. 111). Néanmoins, l'adaptation à l'autre peut parfois être compliquée en raison d'une incompatibilité ou à cause de ce que l'autre nous renvoie, si bien que le contact avec le patient peut se révéler difficile et tendu. Dans ce cas, nous pouvons passer le relais à un autre orthophoniste.

Par ailleurs, « nous avons tous remarqué au cours de nos rencontres, de nos échanges ou de nos engagements relationnels, que certaines personnes ont une plus grande liberté intérieure d'entrer directement en relation, ou encore qu'elles ont une sensibilité, ou ouverture particulière à des relations plus directes, plus libres, plus en réciprocité que d'autres » (Salomé, 2003, p. 25). J. Salomé (2003) fait référence à O. Clerc et M. Legrand, qui parlent d'une intelligence relationnelle et d'un quotient relationnel. « Pour Maryse Legrand, psychologue clinicienne, il y aurait « une intelligence relationnelle différente de l'intelligence tout court et de l'intelligence émotionnelle qui s'évaluerait dans deux directions : la relation à soi et la relation aux autres » » (Salomé, 2003, p. 26). « Le Q.R. (quotient relationnel) pour Olivier Clerc [...] serait « l'art de nouer et de préserver des relations mutuellement enrichissantes ainsi que la capacité à gérer des désaccords et des situations conflictuelles autrement que par la violence » » (Salomé, 2003, p. 26). « Le Q.R. est perceptible dès les premières rencontres. Sa mise en jeu, son impact suscite chez l'interlocuteur divers sentiments et ressentis immédiatement perceptibles : lâcher prise sur le système défensif, écoute active, disponibilité à une implication personnelle plus grande, amplification des ressentis, ouverture aux résonances, développement d'une plus grande responsabilisation » (Salomé, 2003, p. 26).

Cette intelligence relationnelle est donc de première importance pour l'orthophoniste. J. Salomé (2003) pense qu'elle peut être développée « à la fois par une démarche personnelle de conscientisation et par un travail d'approfondissement de sa propre dynamique relationnelle » (p. 26).

3.2. La neutralité bienveillante

« Être neutre, c'est d'abord bien évidemment ne pas émettre de jugement, de critique, de désapprobation » (Bregard, 1991, p. 75).

Le jugement, selon L. Tremblay (2008), approuve ou désapprouve ce qu'est la personne. Il est fondé, selon A. Bioy et A. Maquet (2003), sur « une « idée », une imagination partant de soi vers l'autre » (p. 55). Il risque de provoquer une réaction défensive de la part du patient et va nuire au lien de confiance et de sécurité mis en place.

En effet, les a priori peuvent conditionner les résultats futurs du patient. Une expérience a mis en évidence « qu'une acceptation positive (ou négative) d'un élève par son professeur a des effets positifs (ou négatifs) importants sur la réussite scolaire et sur la qualité de ses apprentissages, et ce indépendamment de ses performances et de ses compétences intellectuelles » (Estienne, 2004, p. 17). Ce phénomène de conditionnement positif ou négatif est appelé effet Pygmalion. Cela illustre bien l'importance de mettre de côté les jugements négatifs pour favoriser l'acceptation positive du patient. Par conséquent, « l'orthophoniste qui aborde un patient et son entourage doit se garder de le faire avec des idées préconçues concernant le milieu socioculturel, linguistique, la pathologie, le passé de la personne » (Estienne, 2004, p. 29).

L'acceptation du patient doit être inconditionnelle, c'est-à-dire que le thérapeute ne pose aucune limite, aucune condition à l'acceptation de l'autre. Le soignant laisse l'autre libre d'être ce qu'il est : « l'autre personne n'a pas besoin de gagner notre approbation ou notre sympathie en exprimant ou en supprimant certains désirs, en affichant telles attitudes et croyances plutôt que telles autres, en essayant d'apparaître sous tel aspect plutôt que tel autre » (Salomé, 2003, p. 180).

D'après A. Mucchielli-Bourcier (1979) et G. Dubois (1983), l'orthophoniste, malgré son rôle de normalisation du langage, ne doit pas faire la chasse aux difficultés de langage. « Il ne pratiquera pas une politique de harcèlement mais d'accueil » (Dubois, 1983, p. 45), puisque les performances du patient, qu'elles soient bonnes ou mauvaises, « sont de lui, elles sont lui » (Mucchielli-Bourcier, 1979, p. 196). L'intérêt du praticien va davantage être porté sur la personne qui vit le problème, plutôt que sur le problème en lui-même.

Il faudra donc veiller le plus possible à accepter l'individu comme il est : avec ses forces, ses limites, son vécu, ses différences, ses valeurs, ses sentiments, etc.

Aucun jugement ne sera porté sur lui, de façon à lui laisser « toute liberté d'être ce qu'il est le plus profondément et le plus complètement à ce moment là » (Salomé, 2003, p. 181).

Il n'est cependant pas simple de n'émettre aucun jugement, face par exemple à des propos qui heurtent nos valeurs, à un sentiment d'agression face au trouble du

langage, à certaines relations parents-enfant, à l'éducation des parents, etc. L'orthophoniste pourra alors donner des conseils si nécessaire, mais toujours en s'abstenant d'émettre des jugements.

3.3. L'écoute

« C'est toujours risqué d'écouter les gens... car parfois on pourrait les entendre ! » (Salomé, 2003, p. 39).

Ecouter, à première vue semble simple, et ne paraît pas nécessiter d'effort particulier. Seulement écouter ne signifie pas uniquement prêter attention à un message auditif.

« Ecouter, c'est d'abord donner la parole au lieu de la prendre à la place de l'autre » (Mucchielli-Bourcier, 1979, p. 201). Cela implique le silence de l'écouter. Un silence « fait d'intérêt et d'attention pour ce que communique la personne aidée » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 31). Il s'agit de laisser la place à l'autre de se dire, et par conséquent de s'abstenir de parler, de se justifier, d'expliquer, de convaincre, de couper la parole. Il faut mettre de côté le savoir, le jugement, l'interprétation. Effectivement, l'écoute peut être parasitée par un certain nombre de filtres parce que d'une part, « nous sélectionnons dans le discours de l'autre ce qui rejoint nos intérêts, nos préoccupations, notre savoir, nos craintes ou nos angoisses » (Salomé, 2003, p. 85), et d'autre part, « nous refusons d'entendre ce qui nous gêne ou nous privilégions certaines « problématiques » » (Salomé, 2003, p. 85).

Ecouter, c'est ensuite consacrer « toute son attention, toute sa sensibilité à vouloir comprendre ce que ressent précisément la personne » (Bioy & Maquet, 2003, p. 54). C'est, selon J. Salomé (2003), être capable de recevoir et de recueillir le message de l'autre, de l'aider à exprimer ce qu'il a du mal à dire et de respecter ce qu'il ne souhaite pas partager.

L'image que donne A. Mucchielli-Bourcier (1979) est celle de se « brancher » sur l'autre « afin de mieux le comprendre, savoir comment il réagit, ce qu'il refuse ou recherche, ce qu'il ressent. » (p. 200).

Le professionnel va prêter attention au comportement verbal du patient, mais aussi à son comportement non-verbal, c'est-à-dire ses mimiques faciales, son regard, ses postures, ses gestes, le ton de sa voix, ses silences, etc. En effet, le non-verbal est parfois plus « parlant » que le message verbal. Il peut être révélateur d'un mal-être ou il peut être en contradiction avec ce qui est dit. Cependant, en orthophonie, comme le dit A. Mucchielli-Bourcier (1979), il ne s'agit pas d'interpréter le comportement verbal et non-verbal du patient, seulement « d'en comprendre le sens afin d'ajuster au mieux son propre comportement » (p. 199).

L'attitude d'écoute suppose chez le professionnel ouverture, disponibilité et différenciation :

Selon L. Tremblay (2008), « certains gestes, certaines postures expriment l'ouverture de soi, peuvent faire comprendre à une personne qu'on est prêt à l'écouter » (p. 60) L'ouverture va donc se manifester par l'attitude corporelle.

Il est important de se tourner vers la personne, de la regarder. L. Tremblay (2008) préconise de s'asseoir de biais ou en face de la personne, cela facilite le contact visuel et l'échange. Regarder dans les yeux (ou à hauteur du visage) incite à la confiance. Adopter une posture légèrement penchée en avant traduit un rapprochement, un intérêt pour la personne et renforce la confiance du sujet. Ces attitudes corporelles d'ouverture sont importantes parce qu'elles reflètent la disponibilité de l'écouter pour accueillir le message du patient.

La disponibilité, c'est être « totalement présent » (Curchod, 2009, p. 60), prendre le temps qu'il faut pour écouter son interlocuteur et « faire le vide en nous pour créer un espace d'accueil à l'autre » (Curchod, 2009, p. 60), c'est-à-dire, ne pas avoir « l'esprit « parasité » par d'autres préoccupations professionnelles et/ou personnelles » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 31), comme penser à notre programme de la soirée, la liste de courses, nos problèmes, etc. « Ecouter quelqu'un c'est entendre sa voix, entendre la voix d'un autre, c'est écouter dans le silence de soi, une parole qui vient d'ailleurs » (Bregard, 1991, p. 60). Le

professionnel est centré sur ce que dit le patient et fait silence : « silence, silence en soi, silence du savoir et de l'interprétation, pour permettre à l'autre de dire » (Dubois, 1990, p. 76).

Il n'est pas toujours facile d'être disponible à l'autre. C. Curchod (2009) et J. Salomé (2003) décrivent certains comme présents physiquement, mais absents psychiquement tant leur esprit est occupé à des « conversations intérieures, jugements, préparation des réponses ou des justifications » (Curchod, 2009, p. 60) ou trop « à l'écoute de soi ou d'une préoccupation extérieure » (Salomé, 2003, p. 24). La disponibilité va dépendre de l'état psychologique et physique de la personne, du temps dont elle dispose, qui est forcément limité, de sa personnalité, de ses préoccupations, mais aussi de sa capacité à se différencier de l'autre.

La différenciation est, selon J. Salomé (2003) et Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, la capacité à faire la séparation entre ses propres désirs, ses sentiments et ceux de l'autre, la faculté de mettre une distance entre ses émotions et celles du patient.

En effet, « ce que ressent l'autre, ce qu'il éprouve lui appartient » (Salomé, 2003, p. 45), mais parfois il réveille en nous des émotions, des affects. La résonance va constituer un obstacle à l'écoute : « mon propre ressenti à ce qui se dit prend le dessus. Je n'entends que moi. Je ne peux entendre l'autre car je suis pris dans le labyrinthe de mes propres échos qui tonnent en moi au travers de ce que j'entends et qui me touchent trop, qui réveillent des blessures anciennes, des situations inachevées ou des problématiques trop proches » (Salomé, 2003, p. 24). Il devient impossible d'entendre l'autre tellement nous sommes focalisés sur nous-mêmes.

Cependant, il ne faut pas nier ces affects en les mettant de côté, mais plutôt y prêter attention afin de les comprendre.

L'écoute de l'autre, finalement, n'est pas si aisée qu'il n'y paraît. Le message peut facilement être déformé par les filtres de l'écouter, il peut aussi ne pas être reçu à cause de la non-disponibilité du praticien, ou bien de la résonance du contenu des paroles sur lui.

« Entre,
Ce que je pense,
Ce que je veux dire,
Ce que je crois dire,
Ce que je dis,
Ce que vous avez envie d'entendre,
Ce que vous croyez entendre,
Ce que vous entendez,
Ce que vous avez envie de comprendre,
Ce que vous comprenez,
Il y a dix possibilités que l'on ait des difficultés à communiquer,
Mais essayons quand même... »
(Bernard Werber, in Deshays, 2010, p. 33)

Cette citation illustre bien les difficultés de communication qui existent parfois dans une relation. En situation d'écoute, l'aidant essaie de comprendre le message du patient et ce qu'il ressent, mais il ne peut pas être certain ensuite d'avoir compris exactement ce que l'autre voulait dire.

Pour vérifier la compréhension de ce qui a été entendu, le professionnel peut donc utiliser la reformulation. Il s'agit de « redire avec d'autres mots ce qu'a exprimé la personne » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 35). Le professionnel « transforme sa compréhension dans ses propres mots et retourne le message à l'émetteur pour vérification » (Estienne, 2004, p.29). Il faudra cependant veiller à « rester au plus près du sens » (Deshays, 2010, p. 71), mais aussi à se passer de toute manifestation de jugement, d'appréciation, de conseils, de raisonnement, d'interprétation. La reformulation va aider le patient à voir plus clair en lui-même, à faire des liens, et éventuellement à trouver des solutions. Il va se sentir écouté, vraiment. La reformulation va attester de la présence, et du souci de l'autre de la part du professionnel.

L'écoute doit occuper une place importante dans la relation au patient. En effet, le patient que l'on écoute va se sentir considéré, accueilli. L'écoute peut alléger sa souffrance, favoriser la restauration de son estime de soi, et consolider le lien de confiance entre lui et l'orthophoniste.

3.4. L'empathie

« On appelle empathie l'acte par lequel un sujet sort de lui-même pour comprendre quelqu'un d'autre sans éprouver pour autant les mêmes émotions que l'autre » (Mucchielli, 1966, p. 57).

Il s'agit en quelque sorte de pénétrer dans l'univers intérieur de l'autre tel que celui-ci le voit, tout en gardant notre individualité et notre objectivité.

L'empathie nécessite dans un premier temps de « mettre en veilleuse temporairement ce qu'on est, ses pensées, opinions, sentiments, valeurs, pour se centrer sur la personne aidée » (Tremblay, 2008, p.26). Pour y parvenir, une personne doit « avoir conscience de ce qu'elle est, de ce qui la distingue de l'autre » (Tremblay, 2008, p. 26). Il est en effet primordial de garder son individualité et ne pas se perdre dans les sentiments de l'autre.

Quand le professionnel vit les affects de son patient comme s'ils étaient les siens et qu'il s'approprie sa problématique, on parle d'identification, ou encore de sympathie au sens étymologique de « éprouver avec ». Or, « en partageant trop intimement les sentiments de l'autre, on perd la distance nécessaire pour être en mesure de bien voir sa réalité et de bien cerner ses difficultés » (Tremblay, 2008, p. 84), cela va nuire à la relation et ne fera pas progresser le patient. L'implication excessive fait perdre au soignant son objectivité.

La raison de cet excès d'implication est souvent liée au retentissement des émotions du patient par rapport au vécu du praticien. Il peut se trouver déstabilisé, ou encore en souffrance par ce qu'il reçoit de l'autre. De plus, l'identification est parfois facile quand le patient présente des points communs avec le professionnel (même âge, traits de personnalité semblables, difficultés qui lui rappellent un vécu, etc.).

Cela peut conduire à la projection de soi, c'est-à-dire « attribuer à une autre personne des caractéristiques qui nous appartiennent » (Tremblay, 2008, p. 26). Alors, selon L. Tremblay (2008), « croyant être centré sur l'autre, le professionnel est en fait à l'écoute de son propre monde intérieur » (p. 26). On ne pourra donc plus parler d'empathie. L. Auger (1972) parle de phénomène de troisième oreille.

Ces phénomènes sont inconscients, mais ils vont nuire à la compréhension empathique de l'autre, et par conséquent nuire à la relation et à l'avancement du patient.

L'idéal sera donc de trouver un juste équilibre, une « bonne » distance entre implication excessive et indifférence, entre immersion totale dans l'univers du sujet et désinvestissement, impassibilité. L'empathie, c'est « s'ouvrir à l'autre pour comprendre la situation qu'il vit sans avoir besoin de se mettre à sa place » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 32), « s'approcher le plus possible de sa vie, de son monde intérieur, de ressentir ses émotions comme il les ressent, sans jamais franchir la frontière de lui et de soi » (Bioy & Maquet, 2003, p. 57).

L'empathie, d'après A. Guittet (2006), implique donc d'être à l'écoute de nos émotions, de nos pensées et de savoir distinguer ce qui vient de notre propre ressenti de ce qui vient de l'autre.

3.5. La maîtrise de ses émotions

On ne peut parler des émotions dans une relation d'aide, sans parler du transfert et du contre-transfert.

En effet, dans une relation thérapeutique, le soignant et le soigné vont éprouver inconsciemment des sentiments positifs ou négatifs l'un envers l'autre. Le transfert et le contre-transfert sont initialement des termes utilisés en psychanalyse mais leur utilisation s'est élargie par la suite aux relations d'aide.

« En psychanalyse, le transfert correspond au report des sentiments que le patient a éprouvés dans l'enfance à l'égard de ses parents, sur la personne de l'analyste. Ces sentiments, généralement ambivalents [...], ne sont pas adaptés à la situation thérapeutique réelle, mais sont déterminés par d'anciens conflits de la petite enfance » (Dictionnaire d'orthophonie, F. Brin, C. Courrier, E. Lederlé, V. Masy, 2004).

Pour résumer, le transfert représente toutes les projections que le patient va faire sur le thérapeute. Ces projections sont inconscientes et liées au vécu affectif du patient

dans son enfance, en particulier avec ses parents. Le transfert peut être positif, ou bien négatif.

Il est positif selon C. Congr  (2007) et B. Roussier (1972), lorsque le patient reporte sur l'aidant des affects positifs. Cela aura pour conséquence une baisse de l'anxiété, un renforcement de la confiance, voire un attachement excessif pour le thérapeute.

A l'inverse, le transfert est négatif quand l'individu projette des sentiments hostiles sur le professionnel. La conséquence sera, selon C. Congr  (2007) et B. Roussier (1972), de la résistance, de l'agressivité et des comportements de fuite.

Le transfert existe dans toute relation humaine, selon A. Bioy et A. Maquet (2003). Cependant, selon le Dictionnaire d'orthophonie (2004), il n'y a qu'en psychanalyse qu'il est reconnu et analysé.

Le rôle de l'orthophoniste n'est effectivement pas d'interpréter le transfert. Cependant, selon G. Dubois (1990), « si nous ne sommes pas maîtres du transfert, du moins est-il une force avec laquelle (et sur laquelle) il nous faut compter » (p. 79).

C. Chassagny (1977) va également dans ce sens : « on vous voudra inconsciemment père, mère, frère, s ur... pour vous, chaque enfant est un enfant comme les autres et votre métier n'est pas de reconnaître qui vous êtes, mais de savoir que vous êtes investis d'une certaine manière. L'analyse du transfert n'est pas de notre compétence » (p. 115).

Par conséquent, il est important que l'orthophoniste, même si son rôle n'est pas d'analyser le transfert, soit conscient de ce phénomène, afin d'adapter au mieux son comportement. En effet, l'orthophoniste ne doit pas répondre aux désirs transférentiels de son patient : « ce qui est important, pour que cette rencontre soit saine, est que le r educateur ne réponde pas à l'illusion n e du fantasme » (Chassagny, 1977, p. 115).

Le contre-transfert est selon le Dictionnaire d'orthophonie (F. Brin, C. Courier, E. Lederlé, V. Masy, 2004), le « phénomène de la cure analytique, qui concerne l'analyste. On appelle ainsi l'ensemble de ses réactions inconscientes en réponse au transfert de son patient. Il est essentiel qu'il en prenne conscience sinon sa cure analytique est vouée à l'échec ».

Le contre-transfert représente donc tout ce que va ressentir consciemment ou inconsciemment le praticien envers son patient. Ces ressentis sont colorés par le vécu du professionnel et sont parfois des réponses au transfert de l'autre.

Il existe dans toute relation d'aide, même si certains n'en ont pas conscience ou n'utilisent pas ce terme pour en parler.

En orthophonie, il ne faut donc pas le nier, mais plutôt essayer de le comprendre, selon B. Desfontaine et I. Duverneuil (1984). Cependant, nous n'allons pas l'analyser à la manière des psychanalystes, ce n'est pas notre rôle, ni dans nos compétences. Selon G. Dubois (1990), il faut « prendre conscience de notre attachement, de nos rejets, de toutes les réactions violentes ou larvées qui nous animent » (p. 83). Cette démarche de conscience du contre-transfert n'est pas simple, elle nécessite « un vaste travail d'approfondissement, un regard lucide sur soi » (Dubois, 1990, p. 83), mais elle est essentielle pour réussir à garder le plus possible notre objectivité et pour établir une relation saine avec l'autre, sans projections négatives.

A. Mucchielli-Bourcier (1979) insiste sur l'importance de la sérénité de l'aidant pour apporter dans la relation la sécurité dont l'enfant a besoin, il doit rester maître de lui-même et de ses attitudes à tout moment. Comme dit précédemment, ce n'est pas chose simple quand il y a phénomène de contre-transfert parce que « le soignant peut être déstabilisé par ses émotions, mais aussi en souffrance par ce qu'il reçoit de l'autre (agressivité, angoisse, peur, identification) » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 31).

Le concept d'intelligence émotionnelle est de plus en plus répandu. Il consiste, selon A. Guittet (2006), à être réceptif aux affects de l'autre, à identifier et accepter ses émotions, à adapter et maîtriser ses réactions émotionnelles et à ressentir les situations, le contexte et adapter son comportement en conséquence.

Pour être réceptif aux émotions de l'autre, il faut d'abord, selon A. Guittet (2006), les observer et les écouter, afin de les identifier, d'évaluer leur intensité et les effets qu'elles ont sur son comportement. L'empathie joue un rôle important dans la compréhension que l'on peut avoir du ressenti de l'autre. Il s'agit de se placer le plus possible de son point de vue, pour identifier ses affects. Cependant, il faut prendre le recul nécessaire pour distinguer les émotions de l'autre, des siennes propres.

Pour identifier nos propres émotions, selon A. Guittet (2006), il faut d'abord les accepter, non les réfréner. Ensuite, il faut prendre conscience de nos sensations

physiques, de notre respiration, de nos tensions, et écouter ce qui se passe à l'intérieur de nous. Cela va permettre d'identifier ses émotions, de les situer sur une échelle d'intensité, d'observer leurs effets sur notre comportement et de comprendre ce qui les a déclenchées.

Pour maîtriser ses réactions émotionnelles, A. Guittet (2006) propose de respirer plus profondément, plus lentement et de se détendre pour apaiser les tensions physiques et émotionnelles. L'étape suivante est de prendre de la distance, du recul par rapport à l'émotion ressentie en se recentrant sur le réel, les faits objectifs et de mettre de la compréhension sur ses affects, pour mieux réagir.

L'intelligence émotionnelle situationnelle implique d'abord d'être sensible et réceptif à tous les éléments affectifs et émotionnels, qu'ils viennent de soi ou de l'autre, puis de synthétiser toutes ces données, qui ne sont pas forcément explicites, pour adapter au mieux son comportement et traverser ainsi plus facilement des situations relationnelles complexes.

Toutefois, ces compétences ne sont pas innées. Elles impliquent de contrôler notre impulsivité, pour prendre du recul et maîtriser nos réactions dans les situations de colère, d'agressivité ou de violence, de gérer notre stress, pour faire face aux fortes stimulations (négatives, voire agressives) en conservant le plus possible un état émotionnel stable, d'avoir une estime de soi suffisante pour garder une image positive de soi quelle que soit la situation, de se centrer sur le côté positif de l'émotion ou de la situation, et enfin de diffuser du positif autour de soi.

Les comportements émotionnels peuvent s'apprendre par l'expérimentation et par l'imitation. Au-travers de situations vécues, la personne va auto-évaluer ses réactions pour dégager les comportements utiles de ceux qui nuisent à la relation. Elle peut aussi apprendre par l'observation des réactions d'autres personnes.

Cela va lui permettre d'évoluer et d'expérimenter de nouveaux modes de réactions face aux situations difficiles.

« Offrir à autrui une stabilité émotionnelle, une humeur agréable représente une garantie de relations plus harmonieuses et plus efficaces » (Guittet, 2006, p. 71).

3.6. La diplomatie

Diplomatie : « habileté, tact dans les relations avec autrui » (Larousse 2009).

La communication avec autrui relève d'un art : art d'adapter le message à l'autre en fonction de son niveau de langage, de sa culture, de ce qu'il vit, de sa personnalité, et de ce qu'il est prêt à entendre, art d'utiliser les bons mots au bon moment et art de se faire comprendre de l'autre.

F. Estienne (2004) parle de « savoir-dire ». Il s'agit, selon elle, d'adapter son langage à l'autre, d'être clair et précis dans ses propos, d'indiquer clairement ses intentions et ses attentes vis-à-vis du patient, de s'exprimer en termes positifs et d'inciter l'autre à en faire de même, de s'exprimer à la première personne et d'inviter l'autre à en faire autant, de l'inviter si nécessaire à préciser le sens des mots qu'il emploie ou bien de compléter sa pensée afin de mieux le comprendre, et enfin de donner des signes de reconnaissance positifs.

Adapter son langage à l'autre, consiste à « employer un langage différent avec un adulte et avec un enfant, avec un savant et avec quelqu'un qui n'a pas reçu d'éducation » (Estienne, 2004, p. 198). En mettant ainsi son langage à la portée du patient, l'orthophoniste a de plus grandes chances d'être compris par celui-ci et de créer une relation d'égal à égal.

Etre clair et précis, selon F. Estienne (2004), c'est veiller à ce que les mots utilisés aient le même sens pour le praticien et pour le patient. Pour vérifier que le message a bien été compris, J. Salomé (2003) propose les feed-back, c'est-à-dire la reformulation du message par l'autre. Cela permet au professionnel de constater comment son message a été compris, comment il a été reçu, et de reprendre le contenu de ce qu'il a dit ou d'apporter des clarifications si nécessaire.

Etre clair et précis, c'est aussi prendre la responsabilité de ses paroles en utilisant la première personne pour parler de soi et en s'adressant à l'autre avec la deuxième personne. Comme par exemple : « je te propose de lire ce texte ». L'emploi des conditionnels, du « on », des « peut-être », des édulcorants et des diminutifs est à

éviter. Par exemple : « on pourrait (conditionnel) peut être un peu (édulcorant) lire ce petit (diminutif) texte ».

« Il est important que le thérapeute indique clairement la finalité d'une activité, ce qu'il attend du rééduqué, comment il propose de procéder » (Estienne, 2004, p. 78). En effet, il est essentiel que le patient comprenne pourquoi nous lui proposons telle ou telle activité. Chaque activité comporte un objectif, qui sera défini avant de commencer. Il est important de rester dans la dynamique de changement : chaque activité s'inscrit dans une progression, autour d'objectifs fixés au début de la prise en charge.

Les objectifs établis avec le patient avant chaque activité doivent être formulés de manière positive. En effet, comme l'explique F. Estienne (2004), la négation est impossible pour le cerveau humain. Essayez de ne pas penser à un chien noir ! « Il est difficile, sinon impossible, de représenter l'absence d'occurrence d'un événement au moyen d'une image. Il est facile d'illustrer par un dessin très simple la phrase : l'homme plante un arbre, mais ce n'est pas vrai de la phrase contraire : l'homme ne plante pas d'arbre. Quelle que soit la façon dont on s'y prend, on ne peut faire passer cette signification sans l'entacher d'ambiguïté » (Estienne, 2004, p. 197). La formulation négative renvoie à l'image, à l'acte que l'on souhaite éviter, ce qui donne de grandes chances de la provoquer. Par exemple : « ne te perds pas pour venir ». Par conséquent, « demander à un enfant de ne pas confondre deux sons va augmenter ses chances de se tromper tandis qu'une formulation positive va accroître les chances de réussite » (Estienne, 2004, p. 124). De plus, la formulation négative fait courir le risque d'un refus et d'un oubli rapide de l'information.

La formulation positive est une invitation à œuvrer « pour obtenir quelque chose en plus, être plus riche et non pour se débarrasser de quelque chose en trop ou pour payer ses dettes » (Estienne, 2004, p. 25). Cela s'inscrit dans une dynamique de progression.

F. Estienne (2004) propose des exemples de formulation : « parler de façon fluide, gérer ma parole », plutôt que « ne pas bégayer », « retrouver une voix claire, pure », plutôt que « ne plus avoir de souffle sur la voix », « apprendre à reconnaître quand je dois écrire p ou b », plutôt que « ne plus confondre les p et les b » (p. 25).

F. Estienne (2004) propose également d'utiliser des messages « Je » afin d'instaurer une communication sans perdant. Il s'agit d'exprimer à quelqu'un ce que l'on ressent dans une situation donnée sans l'attaquer, le blâmer ou encore le culpabiliser. Il ne s'agit en aucun cas de déclencher la riposte de l'autre et l'escalade du conflit. « Chacun a le droit de ressentir ce qu'il ressent, ce qu'il ne peut tolérer, ce qu'il désire, ce qu'il demande ou suggère. La porte est ouverte à la conciliation, au dialogue, à la résolution d'une situation problématique. » (Estienne, 2004, p. 29).

Les messages « Je » ont été appelés ainsi parce qu'ils doivent être formulés à la première personne. La personne qui s'exprime ne peut parler que d'elle-même. Les messages « Je » permettent de prendre responsabilité de ses ressentis.

Un message « Je » peut se construire ainsi : faire état le plus objectivement possible de ce qui fait problème, puis exprimer ce que l'on ressent ou ce que l'on pense de la situation, et enfin, formuler une demande concrète à l'attention de l'autre personne.

F. Estienne (2004) propose l'exemple suivant :

« Un enfant ne veut rien faire pendant une séance ou il arrive en boudant... On peut lui dire : Pourquoi boudes-tu ? Arrête de bouder. C'est pas drôle de travailler avec toi. Un message « Je » serait : Je suis ennuyé ou triste de te voir ainsi. Je voudrais que tu me dises ce que tu attends de moi » (Estienne, 2004, p. 30).

Cette façon de communiquer contribue à la responsabilisation de chacun et à « (r)établir un climat relationnel apaisé » (Curchod, 2009, p. 130). Cette attitude exclut totalement le jugement, l'émission d'ordres, la menace, les critiques.

Par ailleurs, il arrive parfois que les informations fournies par le patient ne nous satisfassent pas, dans le sens où nous ne sommes pas sûrs d'avoir bien compris le message ou bien nous souhaiterions approfondir ce qui a été dit. Le thérapeute va donc interroger le patient afin qu'il apporte plus de précision à son message ou qu'il l'agrandisse. Selon J. Salomé (2003), « il s'agit de solliciter, d'inviter ou de stimuler pour ouvrir, de faire préciser pour aller plus loin » (p. 120).

Les questions vont être ouvertes ou fermées selon le besoin. Les questions ouvertes ne restreignent pas le panel de réponses possibles. Les questions fermées sont des questions auxquelles on ne peut répondre que par oui ou par non. Elles permettront de se centrer sur des points particuliers du discours de l'autre.

Et enfin, il est important de renvoyer à l'autre des signes de reconnaissance positifs. Ils sont en effet indispensables au bien-être des êtres humains. Ils font partie des besoins fondamentaux décrits par A. Maslow. Chacun a besoin de se sentir accepté, aimé et reconnu comme une personne unique et investie d'une valeur.

Les signes de reconnaissance peuvent être positifs ou négatifs. Ils sont positifs lorsqu'ils sont valorisants et ils sont négatifs quand ils sont dévalorisants.

Les patients rencontrés en orthophonie, et surtout les enfants, sont parfois dévalorisés par les enseignants et par leurs proches. Les mauvaises notes, les annotations des instituteurs dans les cahiers et sur le bulletin scolaire, et les réactions dévalorisantes des parents face au trouble de leur enfant sont des signes de reconnaissance négatifs. Souvent l'enfant va se sentir « nul », va être découragé et atteint dans son estime de lui-même.

L'orthophoniste va donc s'appliquer à « multiplier les signes de reconnaissance positifs qui vont accentuer le désir de changer » (Estienne, 2004, p. 107). Par exemple : « J'apprécie comme tu as pris le temps de voir le mot dans ta tête avant de l'écrire » (Estienne, 2004, p. 107). Ces signes de reconnaissance positifs vont venir nourrir l'estime de soi de l'enfant et vont l'encourager à continuer ses efforts.

3.7. L'authenticité

L'authenticité est la capacité de rester soi-même dans une relation, à faire preuve d'honnêteté et de franchise. C'est la congruence entre ce que l'on pense et ressent et ce que l'on communique à l'autre. La congruence se manifeste extérieurement par une concordance entre ce qui est exprimé verbalement et ce qui est communiqué non-verbalement.

En effet, le non-verbal (les mimiques, la posture, les attitudes, les gestes, la voix, etc) est révélateur de nos émotions, de nos pensées. Comme l'affirme A. Guittet (2006), « le geste précède la parole, nous communiquons spontanément nos émotions, nos intentions par notre comportement. Les gestes révèlent notre individualité, notre sensibilité » (p. 5).

Le non-verbal occupe une place importante dans la communication. « La plus grande partie des messages que nous émettons vers notre entourage s'exprime sur le mode non-verbal » (Auger, 1972, p. 36).

Si quelqu'un nous affirme qu'il a passé une bonne soirée mais qu'en même temps il baisse le regard, a une mimique figée et une voix monocorde, nous aurons toutes les raisons de ne pas le croire.

« Il arrive que nos deux modes de communication soient en désaccord, que nous disions une chose alors que notre langage non-verbal révèle notre véritable pensée » (Auger, 1972, p. 36). Le non-verbal peut donc nous trahir. Nous ne pouvons avoir de contrôle dessus.

Il est donc important dans une relation d'aide d'exprimer verbalement ce que l'on ressent à l'intérieur. En cas de contradiction entre les paroles et la communication non-verbale, un malaise risque de s'installer entre les deux personnes. Le lien de confiance en pâtit, ainsi que la qualité de la relation entre les protagonistes. Sans authenticité, « c'est toute la relation qui s'écroule dans le mensonge » (Auger, 1972, p. 62).

Il n'est cependant pas toujours simple de rester authentique. Selon G. Dubois (1990) et L. Tremblay (2008), nos projections, nos peurs (peur des réactions de l'autre, peur de se laisser connaître, etc.), nos doutes, nos désirs, notre bonne volonté sont des obstacles à l'authenticité.

Mais alors, doit-on tout exprimer au patient ? Pas nécessairement, selon L. Tremblay (2008), « pour être authentique, on n'a pas à se présenter comme un grand livre ouvert [...] on peut rester soi-même tout en ne répondant pas à une question, tout en ne laissant pas connaître une partie de soi-même » (p. 66). On n'est pas obligé non plus de communiquer nos sentiments négatifs au patient, mais par contre il faudra en comprendre les origines.

Selon L. Tremblay (2008), pour rester authentique « il faut d'abord savoir qui l'on est, ce qu'on pense, ce qu'on ressent, connaître ses valeurs, ses forces et limites » (p. 66). Cela nécessite donc une bonne connaissance de soi, mais également, « une bonne dose de confiance en soi » (Tremblay, 2008, p. 44).

3.8. L'adaptabilité

S'adapter : « se mettre en harmonie avec ; se plier, se conformer à » (Larousse 2009).

Chaque individu étant différent des autres, l'orthophoniste, pour assurer une rééducation de qualité va devoir s'adapter à son patient : à son âge, son niveau socioculturel, sa personnalité, son trouble, ses désirs, ses goûts, ses besoins, ses émotions, ses souffrances, etc. Il s'agit de se mettre au niveau du patient, de « prendre en compte la personne là où elle en est et non là où nous voudrions qu'elle soit » (Deshays, 2010, p. 104).

En effet, selon M.-C. Dayde, M.-L. Lacroix, C. Pascal et E. Salabaras Clergues (2010), la relation se construit à deux, chacun en est responsable. « Le professionnel n'est pas celui qui sait ce qui est bon pour l'autre » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 102).

Le rôle de l'orthophoniste n'est pas de forcer son patient à faire une activité. Selon O. Clavel (1999), notre pratique ne consiste pas à « assujettir le patient à des modèles de pensée, d'expression, de parole » (p. 58), il ne s'agit pas de « dressage » (p. 58). Plus le professionnel va tenter d'imposer des activités, plus il risque de se heurter à la résistance de l'autre, cela va nuire considérablement à la motivation du patient et à la dynamique de la rééducation.

Si le praticien est flexible, « il suscitera peu de résistances chez son client et saura les gérer si elles surviennent » (Poujol, 2009, p. 124).

Selon J. Poujol (2009), tout aidant face à une résistance de la part de l'autre va spontanément « faire davantage la même chose » (p. 124), « taper plus fort sur le même clou » (p. 124), ce qui d'une manière générale ne donne pas de meilleur résultat et accroît la résistance de l'autre. J. Poujol (2009) propose donc d'adopter le conseil de Bandler et Grinder : « si ce que vous faites ne marche pas, faites autre chose ! » (p. 124), ou celui de Watzlawick : « savoir se faire caméléon plutôt que rocher de Gibraltar ».

L'orthophoniste, pour établir un climat relationnel de qualité ainsi qu'une rééducation efficace, a donc tout intérêt à « se faire caméléon » face à son patient.

3.9. La créativité

Créativité : « capacité d'imagination, d'invention, de création » (Larousse 2009).

« La créativité c'est cette dimension très particulière où l'inconscient s'exprime par voie métaphorique, et où l'inconscient construit et réalise des représentations totalement personnelles » (Dubois, 1990, p. 79).

La créativité est un moyen d'expression, qui ne passe pas nécessairement par le langage.

« Cette « qualité » du thérapeute souvent oubliée et minimisée [...] doit être replacée parmi les qualités indispensables. Seule une personnalité non figée, non inhibée, normalement ouverte à autrui et centrée sur autrui, peut devenir créative » (Mucchielli-Bourcier, 1979, p. 227).

L'orthophoniste par sa créativité va sans cesse innover dans les activités qu'il va proposer. Elles vont être variées et nombreuses. Cela va permettre de ne pas tomber dans une routine.

L'orthophoniste va également pouvoir utiliser sa créativité, selon F. Estienne (2004), en utilisant un langage imagé, des métaphores « qui ont pour but d'engendrer un comportement ou un geste en suscitant immédiatement le résultat escompté. L'image s'adresse au cerveau droit, elle est immédiatement assimilée et a plus d'impact qu'une explication rationnelle » (p. 146). Par exemple : « la langue est une danseuse, elle fait des pointes, s'étire, s'étale » (Estienne, 2004, p. 146).

L'orthophoniste, selon F. Estienne (2004), peut également proposer au patient de comparer la séance ou son trouble à un fruit, une couleur, un signe météorologique, un titre de chanson, un paysage, etc.

Ce recours aux images permet de contourner les blocages et l'expression verbale directe.

L'orthophoniste, en utilisant des moyens créatifs, peut donc inviter son patient à s'exprimer autrement que par la parole. G. Dubois (1990) propose d'utiliser le conte, le dessin, la peinture, le modelage, le collage, le chant, les comptines, les scènes dramatiques, les marionnettes, les personnages et les scénarios.

3.10. La fermeté

Fermeté : « attitude de rigueur, excluant la faiblesse envers les autres ; autorité » (Larousse 2009)

Lors d'une prise en charge, le professionnel s'adapte le plus possible au patient. Cependant, cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y a aucune règle à respecter.

Il est important de fixer le cadre, les limites de la rééducation dès les premières séances. Le cadre est selon A. Bioy et A. Maquet (2003) l'ensemble des règles qui vont définir la rencontre entre le thérapeute et son patient.

C'est d'abord le lieu, l'horaire, la durée et la fréquence des séances, la rémunération et le mode de paiement. Ces éléments sont explicités par le professionnel.

D'autres règles ne sont pas forcément mises en mots d'emblée par le praticien. Elles sont parfois implicites. Il s'agit de la déontologie, du secret professionnel, des règles socioculturelles, du respect de la personne physique du thérapeute.

Ces règles vont faire partie d'un contrat de départ que le professionnel et le patient vont s'engager à respecter.

Le contrat de départ va également comprendre un « engagement mutuel entre le client ou ses représentants et le thérapeute à œuvrer ensemble pour obtenir un état désiré défini en termes positifs, opérationnels » (Estienne, 2004, p. 24). Pour cela, il faudra d'abord recueillir le consentement de la personne puis définir ensemble les objectifs de la prise en charge. Chacun va ensuite s'engager, selon J. Poujol (2009), à faire sa part, son « 50 »¹, pour que la relation soit « fructueuse » (p. 10). Le contrat passé entre le professionnel et son patient va constituer « les fondations du travail d'aide » (Poujol, 2009, p. 6).

L'établissement du cadre de la rééducation est particulièrement important. Selon C. Deshays (2010), le fait d'explicitier les règles à respecter n'est pas une perte de temps, bien au contraire. Cela va constituer des repères pour le patient, contribuer à créer un climat rassurant, connu et prévisible, permettre de déjouer les malentendus, amener une dynamique relationnelle et faciliter la confiance. Ces repères sont

¹ Selon J. Poujol (2009), cité p. 19.

particulièrement importants en orthophonie, surtout pour certains enfants, à qui l'on n'a jamais vraiment fixé de limites.

Les limites auront donc parfois besoin d'être précisées, rappelées. « Nous avons besoin de dire non, de rappeler les limites, et cela le plus tôt possible, dès que nous voyons que notre interlocuteur, volontairement ou non, interpelle le cadre et tente de repousser les limites » (Deshays, 2010, p. 122). En effet, si aucune limite n'est fixée, « l'individu pourra être tenté d'étendre son influence tant qu'il en aura plus de bénéfiques que s'il négociait ou reculait » (Curchod, 2009, p. 144). C. Curchod (2009) résume le problème ainsi : « j'avance mes pions aussi longtemps que je gagne » (p. 144).

Il est donc essentiel, selon C. Curchod (2009), de démarquer une ligne qui ne doit pas être dépassée.

Pour cela, il faut savoir dire non, être ferme. Dire non, selon C. Deshays (2010) n'est pas chose facile. En effet, dire non « provoque de la frustration, et potentiellement peut susciter des réactions de mécontentement, parfois même agressives » (p. 122). Il est selon elle plus simple de dire oui que de dire non. Dire oui apporte la satisfaction de contenter l'autre. Si nous aimons plaire, il sera difficile de dire non. « En disant non, non seulement nous ne recevons pas de merci, en tout cas dans l'immédiateté, mais nous nous exposons aux reproches directs exprimés verbalement, ou indirects. Le climat relationnel peut évoluer vers une ambiance désagréable, tendue, incertaine » (Deshays, 2010, p. 123).

Pour pouvoir dire non, il faut donc « accepter d'être critiqué, admettre de ne pas être aimé, risquer de perdre quelque chose » (Deshays, 2010, p. 123), ce qui n'est pas toujours facile.

3.11. L'humilité

Humilité : « état d'esprit, attitude de quelqu'un qui est humble, se considère sans indulgence, est porté à rabaisser ses propres mérites » (Larousse 2009).

L'humilité occupe une place importante dans la relation thérapeutique. Elle consiste en situation de soin à s'affranchir de tout pouvoir, de toute influence sur l'autre.

C'est donc se situer au niveau de son patient et non au dessus de lui. Chacun a sa part de responsabilité dans la relation. Comme dit précédemment, ce n'est pas le professionnel qui sait ce qui est bon pour l'autre. Il ne doit donc pas se positionner comme un modèle à suivre, selon B. Roussier (1972).

Selon C. Deshays (2010), « le pouvoir commence là où une personne « peut » exercer un pouvoir, au moyen de sa compétence, de son savoir, de son aptitude à décider, de son statut juridique, de sa fonction hiérarchique. Ce pouvoir fait donc en principe autorité de droit, et constitue ainsi la relation, par l'existence d'une place dominante faisant naturellement autorité » (p. 48). Il est en effet assez aisé d'exercer une influence sur son patient grâce à son titre, son statut, ses connaissances, ses compétences.

En effet, selon B. Mucchielli-Bourcier (1979), le titre du professionnel est parfois utilisé pour se valoriser, pour « exister devant les autres » (p. 179).

Les connaissances, selon C. Deshays (2010), confèrent du pouvoir au professionnel. Elles vont imposer le respect : respect de celui qui a appris, de celui qui sait. Ces connaissances vont d'ailleurs souvent s'accompagner d'un « jargon spécifique, souvent incompréhensible » (Deshays, 2010, p. 49), mettant ainsi le savoir hors de portée du patient qui n'osera bien souvent pas interroger le professionnel sur la signification des termes qu'il emploie. « Le contrôle de la situation sera plus aisé si notre interlocuteur est inexpérimenté et ignorant, car il sera toujours possible de revenir sur nos engagements sans nous compromettre dans notre image » (Deshays, 2010, p. 49).

Or, « la relation de domination où le soignant qui croit tout savoir impose son point de vue ne permet pas au patient d'exercer sa liberté et de trouver son propre chemin » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 61). L'exercice d'un pouvoir sur l'autre revient à nier son existence, sa différence, son statut de sujet. Le patient a son rôle à jouer dans la prise en charge, il ne doit pas être l'objet du soignant. Le thérapeute humble devra donc prendre le soin de se mettre au niveau de son patient et d'explicitier les termes qu'il utilise ou bien d'en utiliser qui soient compris de l'autre.

Rester humble, c'est aussi avoir conscience qu'une prise en charge n'aboutira pas nécessairement à un succès. Quelles que soient les compétences du thérapeute, une prise en charge peut échouer. « L'impuissance nous touche particulièrement quand finalement, malgré nos intentions, malgré nos espérances, nous ne pouvons rien faire. Il faut alors se résoudre à l'idée que nous sommes au bout de nos possibilités, que nos efforts sont vains, que nos solutions ne marchent pas » (Deshays, 2010, p. 169). Nous ne sommes pas tout-puissants, il faut donc accepter l'échec possible d'un traitement.

L'attitude d'humilité est aussi à conserver en cas de réussite d'une prise en charge. En effet, le succès du traitement n'est pas uniquement du fait du praticien. Il a œuvré et mis ses compétences au service de l'objectif établi au départ certes, mais le patient est en grande partie responsable du succès ou non de la prise en charge. Le professionnel accompagne et guide, mais le travail proposé n'a aucune efficacité sans le consentement et l'investissement du patient.

Chacun des protagonistes a donc sa part de responsabilité, son rôle à jouer dans la réussite ou l'échec d'un traitement.

3.12. La patience

Patience : « qualité de quelqu'un qui peut attendre longtemps sans irritation ni lassitude » (Larousse 2009).

La patience est essentielle en orthophonie. En effet, les résultats souhaités ne sont pas toujours immédiats, il faut parfois du temps avant de pouvoir observer des améliorations dans les savoir-faire du patient.

L'orthophoniste doit donc accepter de suivre le rythme du patient. Tenter d'accélérer son évolution ne servirait à rien. Cela aurait plutôt comme conséquence de le brusquer voire d'engendrer chez lui un blocage qui nuirait fortement à la relation de confiance. Vouloir changer l'autre à tout prix le prive de sa liberté. Cela revient à ne pas l'accepter tel qu'il est, avec sa différence, c'est lui signifier qu'il doit changer pour être accepté, reconnu, aimé.

« On ne tire pas sur les pousses de blé pour le faire mûrir (proverbe taoïste) » (Deshays, 2010, p. 105).

L'orthophoniste va par conséquent accompagner son patient dans une dynamique de changement tout en restant patient et neutre dans son attente de résultats.

4. La relation en situation

Le développement des habiletés relationnelles décrites précédemment va avoir une influence positive sur la façon dont le professionnel va établir un lien de confiance avec son patient, susciter sa motivation et gérer les situations difficiles.

4.1. Instaurer une relation de confiance

Confiance : « sentiment de sécurité d'une personne qui se fie à quelqu'un, à quelque chose » (Larousse 2009).

Le lien de confiance est essentiel dans une relation d'aide, « c'est grâce à la qualité de ce lien que le travail porte ses fruits » (Tremblay, 2008, p. 16).

Selon L. Tremblay (2008) et C. Deshays (2010), la confiance ne se donne pas spontanément. « La confiance ne se prescrit pas, ne se distribue pas comme un produit qu'on trouve en magasin... La confiance se ressent, et seul notre interlocuteur pourra dire s'il se sent en confiance ou pas » (Deshays, 2010, p. 50). Le lien de confiance va donc devoir se tisser petit à petit, au fil des séances.

Néanmoins, la première rencontre est souvent déterminante quant à la qualité du lien de confiance qui s'ensuivra. N. Boothman (2002), insiste sur l'importance de la première impression :

« Le docteur Nalini Ambady, de l'université de Harvard, a fait une découverte époustouflante lors d'une étude sur les aspects non-verbaux d'une bonne pédagogie. Après avoir enregistré des centaines d'heures d'enseignement, le Dr Ambady a montré à un groupe d'étudiants un clip muet de deux secondes montrant des enseignants qu'ils ne connaissaient pas. Puis elle leur donna, ainsi qu'à un groupe

d'étudiants qui eux, avaient suivi les cours de ces mêmes enseignants pendant un semestre, une liste d'attributs pédagogiques leur demandant de noter les professeurs. Les deux groupes d'étudiants – ceux qui avaient vu les professeurs deux secondes et ceux qui les avaient vus pendant un semestre – parvinrent à des résultats quasiment identiques, démontrant ainsi le pouvoir d'une première impression » (p. 56).

La première impression doit donc être réussie. « On ne fait pas deux fois une première impression ! Les premiers gestes, les premiers mots sont décisifs » (Deshays, 2010, p. 50). Une simple maladresse peut faire émerger chez le patient une gêne, un sentiment d'insécurité, voire créer un blocage, et dans ce cas, il est plus difficile par la suite de susciter la confiance chez lui, cela prendra plus de temps. La personne qui vient en séance pour la première fois arrive parfois dans un état de crainte voire d'anxiété, avec un a priori de méfiance. Ce sera au thérapeute de déjouer ces sentiments négatifs en regardant la personne dans les yeux et en étant souriant, en adoptant une attitude physique ouverte (jambes et bras décroisés, mains ouvertes), en étant calme et détendu, en affichant de l'assurance, en se présentant, en expliquant son métier et le « pourquoi on est ensemble », en démontrant de l'intérêt et de l'attention pour l'autre et en s'adaptant à lui.

Le but de la première rencontre sera de « chercher à s'approprier, à s'habituer l'un à l'autre, à se faire accepter soi et son métier » (Mucchielli-Bourcier, 1979, p. 200). L'orthophoniste va constituer pour l'enfant un adulte différent des autres, qui va l'accueillir tel qu'il est, avec ses forces, ses faiblesses et son trouble, qui ne va pas lui imposer de changer et qui va le respecter en tant que sujet.

Le lien de confiance va commencer à se créer lors de la première séance et va ensuite se consolider au fil de la rééducation.

Pour gagner la confiance de son patient, l'orthophoniste va donc s'appliquer, selon G. Dubois (1983) à soutenir l'enfant, à être de son côté quoi qu'il arrive et à l'assurer de la confidentialité de tout ce qu'il dira et fera. Il va également s'abstenir de juger son patient, l'écouter, s'adapter à lui et se montrer authentique.

4.2. Susciter la motivation

Motivation : « processus physiologiques et psychologiques responsables du déclenchement, de la poursuite et de la cessation d'un comportement » (Larousse 2009).

En orthophonie, la motivation du patient doit occuper une place de taille dans la prise en charge. En premier lieu, le patient doit être d'accord pour entreprendre une rééducation orthophonique et pour agir sur ses difficultés. Sans ce consentement, la prise en charge n'est pas envisageable, on ne peut forcer quelqu'un à changer. « Pour apprendre avec harmonie, il faut vouloir apprendre » (Estienne, 2004, p. 132). De plus, la motivation va décupler l'efficacité de la rééducation. Avoir envie d'apprendre, d'évoluer va grandement faciliter le travail. « La motivation, moteur de tout apprentissage, va conditionner le rendement intellectuel, faciliter le travail d'assimilation, améliorer la capacité de mémorisation, donner un dynamisme, une combativité pour surmonter les obstacles » (Vallée, 1995, p. 27).

Dans un premier temps, l'orthophoniste, selon F. Estienne (2004), a tout intérêt à identifier avec le patient et son entourage d'une part les bénéfices primaires et secondaires de sa pathologie, l'intérêt qu'il a à conserver son symptôme, et d'autre part les inconvénients du trouble, l'intérêt qu'il a à agir dessus. En effet, « la personne ne va s'engager dans une action thérapeutique que si les avantages qu'elle entrevoit à le faire sont au moins égaux mais de préférence supérieurs à ceux qu'elle a dans l'état actuel malgré les inconvénients » (Estienne, 2004, p. 21). Cette règle, selon F. Estienne (2004), ne souffre pas d'exception.

L'orthophoniste, va ensuite pouvoir proposer à son patient un contrat, celui de « s'engager ensemble à faire un bout de chemin ensemble avec un but commun » (Mucchielli-Bourcier, 1979, p.198). Utiliser un contrat, selon F. Estienne (2004) est « mobilisateur d'énergie » (p. 123), « moyen puissant de motivation » (p. 123). « Le contrat permet au thérapeute de poser les bases d'une relation où la responsabilité est partagée. Il ne peut pas faire plus de 50% du chemin » (Estienne, 2004, p. 123).

Selon F. Estienne (2004), le contrat va stipuler une limite de temps. Il ne va pas avoir pour but de supprimer le symptôme, mais plutôt d'opérer un changement. L'orthophoniste et le patient vont donc se mettre d'accord sur les objectifs de la prise en charge, sur le temps qu'ils vont prendre pour arriver à certaines étapes, et sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs.

De plus, l'orthophoniste veillera à responsabiliser son patient pour susciter son autonomie. « Devenir autonome c'est apprendre à se gérer, gérer sa façon d'apprendre, de parler, c'est se restituer son pouvoir sur soi-même, ce qui est le contraire de la passivité » (Estienne, 2004, p. 22). Le patient se considérera donc comme acteur de sa rééducation, il sera « l'agent principal dans la solution de son problème et de sa guérison ». (Estienne, 2004, p. 22). Le thérapeute ne doit donc pas enfermer son patient dans une relation de dépendance. Il ne doit pas lui laisser croire que lui seul sait ce qui est bon pour lui et que seul, il est incapable d'évoluer. Cette attitude empêche l'autonomie du patient, condition préalable au changement.

Pour susciter l'autonomie et la responsabilisation, F. Estienne (2004) propose d'établir une relation de coresponsabilité, où chacun détient 50% de la relation, pas plus, pas moins, d'établir avec la personne les objectifs de la prise en charge, de proposer régulièrement des évaluations du travail accompli, de se fixer des délais pour les étapes à franchir et de proposer des séances d'essai.

L'orthophoniste peut proposer un essai au patient. Cela consiste à « proposer immédiatement à la personne de mettre en œuvre des stratégies nouvelles pour expérimenter que son problème relève de la mise en pratique d'un geste physique ou moins directement accessible et efficace » (Estienne, 2004, p. 126), par exemple « en plaçant la langue à un autre endroit, en effectuant autrement le geste vocal, en étant capable de lire plus vite, en expérimentant les techniques d'adressage qu'on lui propose... » (Estienne, 2004, p. 40). Cet essai immédiat, selon F. Estienne (2004), a pour but de montrer au patient que sa pathologie peut être curable ou peut être compensée par les moyens proposés par l'orthophoniste. Il s'agit de montrer au patient des résultats positifs et concrets.

A l'issue de l'essai immédiat, F. Estienne (2004) propose au patient trois séances d'essai. Ces séances d'essai renforcent l'autonomie et la responsabilisation du patient. Elles lui permettent de vérifier le bien-fondé de la prise en charge

orthophonique et l'efficacité des techniques proposées. Ces séances d'essai vont ensuite lui permettre de choisir de s'engager ou non dans la prise en charge en pleine connaissance de cause. C'est lui qui va faire le choix de s'impliquer ou non dans une rééducation. On ne peut le forcer à s'engager dans une prise en charge qu'il ne souhaite pas. Effectivement, « comment concevoir un traitement sans l'accord complet de l'enfant, sans de sa part la volonté et le désir de guérir ? » (Mucchielli-Bourcier, 1979, p. 202).

Le consentement du patient à cheminer avec l'orthophoniste pour atteindre ses objectifs et à remplir sa part du contrat constitue la base du traitement. Il devient acteur et non objet de sa rééducation.

La motivation devra par la suite être entretenue par l'orthophoniste. Il faudra cultiver un climat de sécurité, c'est-à-dire mettre en confiance le patient, lui témoigner de l'attention et de l'intérêt, le rassurer si nécessaire, l'assurer de la confidentialité du contenu des séances, le soutenir, valoriser ses réussites plutôt que souligner ses erreurs, afin qu'il se sente libre d'être ce qu'il est.

Il faudra également cultiver un climat de bien-être et de plaisir en proposant des activités ludiques et variées, en s'adaptant au patient, en étant dynamique et accueillant, en utilisant l'humour, etc.

Selon F. Estienne (2004), le plaisir est également entretenu par l'attrait de la nouveauté. Cependant, cet attrait pour l'inconnu ne pourra avoir lieu sans une base de sécurité et de confiance. « Il faut donc un dosage entre la sécurité, qui donne à la personne un sentiment suffisant de protection pour oser aller de l'avant, découvrir le monde, prendre des risques, et la nouveauté qui excite sa curiosité et engendre le désir d'y aller voir » (Estienne, 2004, p. 132).

La motivation va aussi être renforcée par l'intérêt du patient pour les activités proposées. Pour intéresser la personne, il faudra, selon L. Tremblay (2008), s'adapter à elle, apprendre à la connaître, connaître ses forces : ce qu'elle peut faire, ses aptitudes, ses connaissances, ce qu'elle aime faire, ses qualités, ses goûts, ses rêves, ses projets, les expériences qui l'ont valorisée, les personnes significatives pour elle, afin de lui proposer le plus possible des activités qui rejoignent ses centres d'intérêt, qui mettent en valeur ses qualités et qui la valorisent.

F. Estienne (2004), pour entretenir la dynamique du changement, parle également d'établir avec la personne des minicontrats, c'est-à-dire « des propositions faites par le thérapeute pour telle ou telle tâche ou comportement pour une courte période de temps (cours de la séance, intervalle entre deux séances) qui vont dans le sens de la réalisation du contrat thérapeutique » (p. 123). Ces minicontrats sont fondés sur un ou des objectifs à atteindre et s'inscrivent dans la dynamique du contrat initial. Les progrès effectués vont ensuite être mis en valeur par les évaluations régulières effectuées par l'orthophoniste.

Le contrat, les séances d'essai, la responsabilisation du patient, l'établissement d'un climat de confiance et de plaisir et l'adaptation au patient vont déclencher et entretenir sa motivation.

Seulement, comment faire lorsqu'il n'y a pas de demande personnelle du patient ?

On ne peut entreprendre une rééducation si le patient ne le demande pas. Cependant, il est fréquent que les enfants n'aient pas de demande personnelle. Ils sont amenés par les parents, ou bien sur la demande de l'instituteur, et parfois ne comprennent pas pourquoi ils viennent en rééducation. On peut bien sûr utiliser la force, obliger l'enfant à changer, mais cela ne lui sera pas profitable. Il risque de mobiliser ses forces à résister à l'orthophoniste, plutôt qu'à évoluer.

Il ne faut toutefois pas abandonner la personne sous prétexte qu'il n'y a pas de demande, mais plutôt tenter de la faire émerger. « L'orthophoniste aura pour tâche d'éclairer la personne en lui expliquant ce qu'elle remarque, en proposant d'une part un examen qui va mettre en relief la présence d'une anomalie langagière et d'autre part un essai pour convaincre la personne qu'il y a quelque chose à faire, que ce quelque chose n'est pas aussi compliqué qu'elle le pense, et qu'elle va être l'agent de ce changement. Si à l'issue de cet essai, la personne n'est toujours pas convaincue, on peut soit lui proposer un nouvel essai quelques jours après en lui laissant le temps de réfléchir, soit se quitter en bons termes » (Estienne, 2004, p. 41). La personne a le droit de choisir de ne pas suivre la rééducation proposée par l'orthophoniste. Le rôle de l'orthophoniste aura été de tenter de lui faire prendre conscience de l'utilité de la prise en charge, de lui présenter un « prospectus de voyage » (Estienne, 2004, p. 41), afin de faire émerger chez elle « le désir de prendre la route » (Estienne, 2004, p. 41). L'orthophoniste peut aussi discuter avec

l'enfant afin de comprendre où il en est, son vécu, et ses raisons de ne pas changer. Si malgré les propositions de l'orthophoniste, le patient ne souhaite pas s'engager dans la rééducation, on peut le quitter en bons termes et lui proposer de l'accueillir le jour où il le souhaitera.

La motivation peut également poser problème pour les enfants en bas âge. Selon F. Estienne (2004), les enfants en dessous de 6 ans ne sont pas en mesure de conclure un contrat avec l'orthophoniste ni de s'engager dans la rééducation en pleine connaissance de cause. Le problème existe également avec les personnes limitées d'un point de vue intellectuel. Le contrat va donc être passé avec les parents, ou les personnes responsables du patient. Les clauses de ce contrat seront les suivantes : s'engager à ne pas interrompre le traitement sans l'accord du patient et du thérapeute, à venir régulièrement aux séances, à être ponctuel, à prévenir des absences, à ne pas demander au patient ce qu'il a fait ou n'a pas fait en séance. L'orthophoniste de son côté va expliciter les méthodes qu'il va utiliser, les objectifs de la prise en charge et sa durée.

Dès que le patient sera en mesure de conclure un contrat avec l'orthophoniste, celui-ci le rendra progressivement de plus en plus responsable de sa prise en charge, même si le contrat passé avec les parents restera valable.

Le but est de responsabiliser le plus possible le patient, afin de le rendre acteur de son évolution.

4.3. Annoncer une mauvaise nouvelle

Une mauvaise nouvelle, dans le milieu médical peut être un diagnostic ou encore des résultats négatifs, bref, quelque chose qui a toutes les chances de décevoir l'interlocuteur.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle doit par conséquent se faire avec le plus de tact et de délicatesse possible. Le thérapeute, selon C. Congr  (2007), doit faire attention aux mots qu'il utilise, à s'exprimer de façon bienveillante, sans brutalité, à s'adapter à son interlocuteur, à vérifier la compréhension de l'information, à répondre avec le plus de clarté possible aux questions posées et à réexpliquer par la suite si nécessaire.

Ces précautions sont d'une grande importance. Selon F. Estienne (2004), « les diagnostics peuvent jouer un effet Pygmalion sur le développement comme sur le fonctionnement de la personne en prenant valeur d'étiquettes restrictives et donc de conditionnement par concrétisation automatique d'une prédiction » (Estienne, 2004, p. 29).

A l'annonce d'un diagnostic, ou d'une mauvaise nouvelle, il importera par conséquent de ne pas restreindre la personne à son trouble, à ses difficultés, de valoriser ses forces et ses ressources, de rassurer si besoin, et de rester autant que possible positif et confiant en l'avenir et en les capacités du patient.

4.4. Faire face à une trop grande demande affective

Parfois lors d'une prise en charge, le thérapeute est confronté à des patients présentant à son égard un attachement excessif et cherchant à avoir des liens affectifs avec lui. Cet attachement est en lien avec le transfert que le patient établit sur la personne du thérapeute.

Selon C. Rogers (1942), il peut se manifester par une recherche de tendresse physique, des paroles, des demandes de cadeaux, un souhait de se voir hors du cadre de la consultation, la recherche d'un lien de dépendance envers le thérapeute, etc.

Or, comme dit précédemment, le transfert en orthophonie ne doit pas faire l'objet d'interprétation. Cependant, il convient dans une situation comme celle-ci de fixer des limites afin de ne pas aller dans le même sens que le transfert et de garder la distance thérapeutique nécessaire au bon déroulement du suivi. Le thérapeute n'a pas à entrer dans le rôle qui lui est donné dans le transfert. En accédant à la requête du patient, on risque de le voir ensuite aller de plus en plus loin dans ses demandes et se rendre petit à petit dépendant du thérapeute, ce qui est contraire aux principes mêmes de la rééducation. Ce ne sera profitable pour personne.

Dans une telle situation, le professionnel a par conséquent tout intérêt à rappeler avec le plus de diplomatie possible les limites, le cadre de la prise en charge, afin d'empêcher que les demandes ne prennent plus d'ampleur.

Ces limites ne sont par contre pas forcément les mêmes d'un thérapeute à un autre et d'un patient à un autre. En effet, les limites sont propres aux thérapeutes. Certains sont prêts à accepter ce que d'autres refusent. L'important pour le praticien, c'est d'être au clair avec ses choix et avec la distance qu'il met entre lui et son patient. Certains par exemple tolèrent le contact physique et s'en servent dans la prise en charge, alors que d'autres se refusent à avoir le moindre contact avec leur patient. Les limites à fixer sont également fonction du patient : de son âge et de sa personnalité. Selon C. Chassagny (1977), le thérapeute va parfois accepter de certains patients ce qu'il n'accepterait pas d'autres. Selon lui par exemple, « on imagine possible qu'un enfant de 6 ans s'assise sur nos genoux, mais pas à 14 ans » (p. 76).

Il n'est cependant pas simple de poser des limites au comportement du patient dans le domaine de l'affectivité. Il peut être assez flatteur pour le thérapeute de se sentir apprécié de l'autre. Le professionnel peut craindre par la formulation de limites de ne plus être aimé par la suite. Il peut avoir peur aussi de froisser son patient et qu'ensuite une gêne s'installe dans la relation.

Toutefois, les limites sont capitales dans tout suivi thérapeutique. Ce sont elles qui permettent que le travail fonctionne. Il faudra donc, pour le professionnel trouver la bonne distance thérapeutique : « la relation doit rester professionnelle, c'est-à-dire n'être pas trop proche, favorisant la familiarité et pour autant pas trop éloignée pour que cette relation ne soit pas froide et artificielle » (Bioy & Maquet, 2003, p. 57).

Il n'est pas toujours simple de savoir jusqu'où laisser le patient aller, ni quand et comment rappeler les limites.

Le thérapeute devra donc être à l'écoute du patient et de son comportement afin de sentir jusqu'où celui-ci peut aller, et jusqu'où il peut le laisser aller. Mais le professionnel devra également être à l'écoute de lui-même. En effet, son ressenti est un signal important à prendre en compte. A partir du moment où il se sent dérangé, envahi par le comportement du patient, il doit fixer des limites. C'est une façon de se respecter soi-même en tant que personne et de maintenir une relation thérapeutique saine.

4.5. Faire face à l'agitation

Agitation : « état de trouble et d'anxiété se traduisant souvent par des mouvements désordonnés, sans but » (Larousse 2009).

L'agitation peut s'observer chez certains enfants. N. Catherine (2007) les décrit comme des enfants qui bougent tout le temps, qui ne tiennent pas en place, qui sont facilement distraits par des stimuli extérieurs, qui sont étourdis, qui ont du mal à soutenir leur attention sur une activité, qui ont du mal à attendre leur tour, etc.

Il peut être déstabilisant d'avoir en face de soi un enfant agité. Le patient étant comme il est, il faudra s'adapter à lui et à son comportement.

Face à un enfant agité, il conviendra de rester calme, détendu, d'utiliser éventuellement le contact physique (poser notre main sur la sienne par exemple) pour solliciter son attention. Les activités proposées devront être les plus attractives possibles, être de courte durée, et permettre éventuellement une mobilisation du corps.

4.6. Faire face à l'anxiété

Anxiété : « état émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort et souvent chronique » (Larousse 2009).

Les personnes anxieuses ont, selon A. Guittet (2006) peu d'assurance, une faible estime de soi, une image dévalorisée d'elles-mêmes, des difficultés à exprimer leurs émotions, peur des critiques et des jugements, peur de l'échec, peur de ce qu'elles ne maîtrisent pas, peur de l'inconnu. Elles partent sur des a priori négatifs et sont pessimistes : elles sont attentives à toutes les manifestations de rejet, elles guettent dans les comportements les gestes qui pourraient confirmer leurs craintes, elles ne se sentent pas capables de réussir une tâche.

La personne anxieuse aura donc besoin de stabilité, d'aborder les difficultés une à une.

Selon A. Guittet (2006), on peut proposer à la personne anxieuse des activités valorisantes pour elle, c'est-à-dire des activités où elle va réussir et qui vont mettre en avant ses qualités, pour lui redonner confiance en elle.

F. Estienne (2004), propose également de pratiquer le fantasme du pire, c'est-à-dire énumérer tout ce qui pourrait arriver dans une situation redoutée, et même envisager les pires événements. Cette verbalisation met du connu sur une peur. Cela a pour effet de la diminuer. Par exemple : « qu'est-ce qui pourrait arriver de pire si tu bégayais en classe ? » (Estienne, 2004, p. 147).

Face à une personne anxieuse, le thérapeute devra donc prendre le soin de rester calme, chaleureux, rassurant, sécurisant, de mettre le plus possible de connu sur l'inconnu et de valoriser la personne. La relation de confiance a ici toute son importance.

Seulement, parfois, l'anxiété est telle, qu'elle peut se transformer en angoisse, voire en crise d'angoisse.

Lors d'une crise, selon L. Tremblay (2008), la personne se sent dépassée par les événements, elle ne comprend pas ce qui la met dans cet état, elle présente des peurs irrationnelles (peur de rester seule, peur de la mort, etc.), elle exprime le besoin d'être rassurée, de parler et elle peut avoir des difficultés à respirer.

Pour aider la personne en crise anxieuse, selon L. Tremblay (2008), on peut d'abord l'aider à reprendre un rythme de respiration normal en la faisant se centrer sur sa respiration et en lui demandant d'inspirer profondément et d'expirer. On peut ensuite lui proposer d'exprimer ses peurs, l'aider à les verbaliser.

4.7. Faire face à la souffrance

Souffrance : « douleur morale ou physique » (Larousse 2009).

En orthophonie, nous sommes fréquemment confrontés à la souffrance de l'autre : la souffrance physique dans certains cas, mais surtout la souffrance morale.

En général, la personne a une histoire, un vécu de souffrance morale autour de son trouble. Effectivement, le symptôme constitue pour le sujet une blessure narcissique, une atteinte à son estime de soi. Il ne peut s'exprimer comme il le souhaiterait, il

éprouve des difficultés dans un domaine où la majorité des personnes n'en a pas et le regard des autres est parfois dur voire rejetant.

Le rôle de l'orthophoniste, vis-à-vis de cette souffrance sera par conséquent de la prendre en compte pour l'accueillir et l'écouter, mais aussi, dans certains cas où cela s'avère nécessaire, de diriger le patient vers un suivi psychologique.

En séance, l'orthophoniste développera face à ce mal-être une attitude d'écoute et d'empathie. L'écoute, selon Y. De la Monneraye (1999) soulage et diminue la souffrance, et selon A. Bioy et A. Maquet (2003), elle « favorise la restauration de l'image et de l'estime de soi du patient » (p. 54).

En effet, le patient sera considéré comme un sujet à part entière, avec des affects. Il est donc important que l'orthophoniste lui laisse un espace de parole, s'il en ressent le besoin, pour dire sa souffrance.

Toutefois, la souffrance de l'autre est parfois difficile à recevoir parce qu'elle nous renvoie à notre vécu, à nos peurs, à nos propres problèmes. La souffrance d'un adulte atteint d'une maladie neuro-dégénérative par exemple pourra nous renvoyer à notre peur de la mort, à un sentiment d'impuissance, à un de nos proches souffrant d'une maladie grave, etc.

Il n'est pas toujours facile de rester objectif et neutre face à la souffrance d'autrui. « Sous le coup de l'émotion, notre objectivité et notre professionnalisme tendent à s'estomper » (Curchod, 2009, p. 145).

On a tendance parfois à essayer de convaincre l'autre qu'il exagère et dramatise la situation, à vouloir donner des solutions, des conseils, à vouloir le changer, etc. Cependant ces attitudes ne sont pas thérapeutiques, elles nient le statut de sujet du patient et nient ce qu'il peut ressentir.

« L'aidant donne une assistance plus authentique s'il aide le client à faire face à ses sentiments, ouvertement, à les reconnaître pour ce qu'ils sont, et à admettre qu'il les a. » (Rogers, 1942, p. 149).

Pour cela, il faudra accepter et comprendre les émotions que la confiance de l'autre réveille en nous : « accueillir l'émotion d'autrui, c'est accueillir notre propre émotion qui émerge aussi : nous sommes nous-mêmes troublés, émus » (Deshays, 2010, p. 114).

Néanmoins, il faudra un recul suffisant pour prendre de la distance par rapport à la souffrance de l'autre et aux émotions qu'elle déclenche chez nous. Ce n'est pas

toujours simple, mais c'est capital pour ne pas se laisser envahir par nos propres affects.

4.8. Faire face à un conflit

Conflit : « antagonisme, opposition de sentiments, d'opinions entre des personnes ou des groupes » (Larousse 2009).

Un conflit peut parfois survenir lorsque le patient ou son entourage s'opposent au thérapeute.

F. Estienne (2004), pour désamorcer l'opposition préconise de ne pas entrer dans le jeu du conflit, et de ne surtout pas provoquer son escalade.

J. Salomé (2003), lors d'un conflit, conseille au thérapeute d'éviter certaines attitudes comme vouloir faire du conflit une affaire personnelle en s'identifiant au problème, vouloir « gagner » et faire « perdre » l'autre et vouloir faire passer l'enjeu de l'échec ou de la victoire avant la résolution du conflit.

Le conflit va plutôt être objet de négociations pour arriver ensemble à une issue procurant des bénéfices mutuels. Le but n'est pas d'écraser l'autre, il n'y a pas de perdant, ni de gagnant. « Convaincre, ce n'est pas vaincre l'adversaire, c'est vaincre avec l'adversaire les difficultés à surmonter ensemble » (Salomé, 2003, p. 153).

Selon J. Salomé (2003), négocier c'est respecter et valoriser l'adversaire, imaginer ensemble le maximum de solutions satisfaisantes pour les deux parties, rester humble, « rechercher le compromis sans la compromission » (p. 154).

Il ne s'agira pas de vouloir influencer l'autre et d'essayer à tout prix de lui faire changer d'avis pour adopter le nôtre, cela risque de pérenniser le conflit et ne fera pas progresser la situation. L'attitude à privilégier sera plutôt la recherche de solutions optimales pour tous. J. Salomé (2003), parle d'« élargir le gâteau avant de le partager » (p. 154).

F. Estienne (2004), s'inspire de l'analyse transactionnelle en situation de conflit. Elle propose les étapes suivantes : identifier le conflit et le mettre en mots, imaginer

ensemble et énumérer les solutions possibles, évaluer les solutions énumérées, choisir celle qui est la plus acceptable pour les deux parties, établir les moyens d'appliquer la décision, et enfin réviser et réévaluer la décision.

4.9. Faire face à l'agressivité

« Le sens donné au mot agressivité est élargi à tout acte de caractère hostile, menaçant, destructeur, soit à tout acte visant à l'affirmation de soi, ou à la possession, ou encore toute utilisation pour satisfaire ses besoins vitaux » (Deshays, 2010, p. 138).

L'agressivité verbale ou physique est souvent un moyen utilisé (la plupart du temps inconsciemment) pour se faire entendre, pour obtenir de l'attention, de la reconnaissance, pour accroître son pouvoir, pour faire face à des peurs ou encore pour résoudre un différend.

Il est important pour le thérapeute confronté à l'agressivité, selon C. Curchod (2009), de prendre du recul afin de calmer les réactions émotionnelles (peur, colère...) que le comportement de l'autre suscite chez lui, pour ensuite identifier les enjeux en présence et prendre le temps d'adapter sa réponse.

Il est inutile d'entrer dans le jeu de la personne au comportement agressif en la menaçant ou en utilisant la force physique.

La démarche à adopter est plutôt une verbalisation du sentiment hostile, c'est-à-dire « reconnaître que le client s'oppose à l'entretien » (Rogers, 1942, p. 163), pour ensuite inviter la personne à dire ce qui la rend de mauvaise humeur et lui faire comprendre que le thérapeute accepte ce sentiment. « Si au moment approprié l'opposition du client est reconnue et acceptée, alors l'aidant rend aussi aisée que possible l'expression du client » (Rogers, 1942, p. 163).

L'agressivité doit pourtant avoir des limites : la personne physique du thérapeute ainsi que les biens matériels. Le thérapeute devra les exprimer verbalement et rappeler les règles ainsi que le contrat initial passé ensemble.

Les paroles de l'aidant devront être les plus neutres possible, il devra éviter les intonations et les postures qui pourront sembler provocatrices (par exemple se tenir debout devant la personne, les bras croisés et la tête relevée), il est également important de garder le contact visuel.

L'agressivité ne doit pas être prise pour soi, selon L. Tremblay (2008). En effet, le thérapeute n'est pas la cible directe des insultes et des injures de la personne, « il lui sert plutôt de prétexte pour se défouler » (Tremblay, 2008, p. 149). Ce n'est cependant pas simple. Les paroles injurieuses peuvent être blessantes, même si l'on est conscient qu'elles ne s'adressent pas directement à soi. « Ne pas se sentir personnellement remis en cause par des comportements difficiles demande une importante sécurité intérieure » (Curchod, 2009, p. 143).

C. ÉVOLUTION DE LA RELATION AU PATIENT AU COURS DE L'EXPÉRIENCE

1. Pourquoi une évolution ?

En orthophonie, les étudiants ne disposent pas d'une formation conséquente sur la relation au patient, si bien qu'ils terminent leurs études avec des connaissances assez succinctes sur le sujet. Ils devront s'en sortir par la suite par leurs propres moyens dans leur façon d'aborder la relation à l'autre.

Cependant, « suffit-il d'expliquer, même longuement, qu'il faut établir avec l'enfant une relation positive, sécurisante, déculpabilisante, qu'il faut dédramatiser la situation avec les parents... ce savoir permet-il cette pratique ? » (Mucchielli-Bourcier, 1979, p. 222).

La connaissance des attitudes relationnelles à adopter n'est pas nécessairement un gage de leur mise en place dans la pratique. Il y a un écart parfois considérable entre la théorie et la pratique. En effet, les attitudes relationnelles ne sont pas forcément innées, elles nécessitent parfois un apprentissage et, dans tous les cas, peuvent toujours être améliorées. Comme l'affirme C. Curchod (2009), « elles ne sont jamais complètement et définitivement acquises et requièrent un apprentissage lent et long, qui va au plus profond de nous-mêmes. Cet apprentissage est non seulement gage d'un épanouissement personnel et professionnel, mais un des meilleurs moyens de prévention des conflits entre personnes soignantes et personnes soignées, entre pairs, entre collaborateurs et supérieurs hiérarchiques » (p. 186).

Les compétences relationnelles sont des savoir-être du thérapeute. Elles vont donc être en lien avec sa personnalité, ses valeurs et son système de pensée. Elles vont aussi s'ajuster en fonction du milieu professionnel du thérapeute, des patients et des différentes problématiques rencontrées.

L'évolution de l'approche relationnelle du thérapeute va donc être liée à son évolution personnelle (son vécu, sa connaissance de lui-même, son cheminement personnel, etc.) et à son évolution professionnelle (le questionnement de sa pratique, ses remises en question, ses réussites, ses échecs, ses expériences relationnelles,

ses rencontres professionnelles, ses formations, etc.), sachant que ces deux aspects sont liés : ils vont s'influencer mutuellement.

L'aspect relationnel de la pratique de l'orthophoniste va donc évoluer et s'enrichir (pas toujours consciemment) au fil de sa carrière grâce à un cheminement professionnel et personnel.

F. Estienne (2004), a d'ailleurs créé le terme de méta-orthophonie « pour signifier une prise de distance par rapport à sa pratique pour l'analyser et l'enrichir à-travers une série d'outils capables : de comprendre, d'analyser et de favoriser l'action thérapeutique pour la rendre efficace » (p. 13).

Selon elle, l'orthophoniste qui pratique la méta-orthophonie est d'abord une personne qui dispose d'un bagage théorique solide qu'elle actualise au fil de l'évolution des recherches, qui a des objectifs précis, fixés avec le patient à l'aide d'un contrat mentionnant les objectifs et le délai choisi pour atteindre certaines étapes.

C'est aussi une personne consciente de son influence sur ses patients, qui favorise leur autonomie et leur responsabilisation, qui veille donc à ne pas les rendre dépendants d'elle, et qui par ailleurs ne se rend pas dépendante d'eux pour se sentir utile.

C'est également quelqu'un qui « travaille avec plaisir et communique ce plaisir à ses patients » (p. 210), qui se met dans des dispositions positives par rapport aux personnes qu'elle rencontre, qui « travaille avec conviction » (p. 210), mais qui sait se remettre en question, qui s'interroge et établit sa part de responsabilité en cas d'échec du traitement, qui accepte les critiques qu'elle utilise comme des opportunités pour « se remettre en question objectivement » (p. 210) et pour « s'améliorer » (p. 210), qui discute de ses expériences avec ses collègues.

Et enfin, c'est une personne « qui sait qui elle est » (p. 210), qui connaît ses ressources, ses limites, qu'elle « s'emploie à reculer » (p. 210) et ses lacunes, qu'elle « tente de combler » (p. 210) et qui prend soin d'elle-même.

L'orthophoniste, par sa réflexion, sa prise de distance par rapport à sa pratique, sa volonté de progresser et sa connaissance de soi va s'engager dans un cheminement professionnel et personnel constant.

2. Comment évoluer ?

L'évolution de la relation au patient pour le thérapeute, va être fonction à la fois de facteurs professionnels et de facteurs personnels. Et ces deux aspects, – professionnels et personnels – vont s'enrichir l'un l'autre au fil de l'expérience et du vécu du thérapeute.

2.1. Facteurs professionnels

2.1.1. Questionner sa pratique

Questionner sa pratique, c'est « développer une critique à l'égard de soi-même qui ne soit pas culpabilité, s'ouvrir sans angoisse excessive aux questions et aux remises en question dont chaque nouveau problème est porteur, trouver une harmonie entre l'abord technique et la dimension relationnelle » (Dubois, 1983, p.123).

Chaque obstacle rencontré, chaque situation problématique, chaque rencontre, chaque réaction est une occasion de réfléchir sur sa pratique et de se remettre en question pour faire évoluer favorablement sa façon d'être en relation avec l'autre.

Comme le rappelle G. Cornut, cité par C. Bregard (1991), « les patients sont nos grands maîtres à penser qui nous permettent d'évoluer » (p. 111). Ce sont eux qui vont nous faire nous interroger sur notre pratique. Cette interrogation a pour but d'améliorer notre façon d'être avec le patient, afin de nouer une relation thérapeutique de plus en plus saine et donc de plus en plus efficace pour la prise en charge.

G. Dubois et J.-P. Kuntz (1999), proposent les exemples suivants d'interrogations : « Pourquoi cela n'avance-t-il pas avec tel patient ? Pourquoi suis-je si mal à l'aise avec tel autre ? Pourquoi m'arrive-t-il régulièrement de m'ennuyer avec cet enfant ? Pourquoi cet autre refuse-t-il tout ce que je lui propose ? Il manifeste un réel besoin de parler, de s'exprimer : n'est-ce pas plus important que le travail technique ? Les troubles ont disparu sans que je comprenne comment et pourquoi... » (p. 35).

L'apprentissage, selon J. Mezirow (2001), « implique toujours ces opérations : rendre explicite une expérience nouvelle, la traduire en schéma et se l'approprier, mettre en accord ses actes avec elle » (p. 31). C'est ce qui se produit lors du questionnement du professionnel : il s'interroge sur une situation, une réaction, un problème, il en tire des conclusions et envisage une autre manière de voir les choses et de se comporter, et enfin il met en pratique cette nouvelle perspective.

Le changement peut aussi être provoqué par les feed-back que nous renvoient les patients et leur entourage. Leurs remarques vont être prises en compte et vont être utilisées pour se remettre en question. Rester ouvert au feed-back peut être riche d'enseignement. Par exemple, « lorsqu'un patient me fait remarquer que les explications que je lui donne ne sont pas claires, je peux choisir de refuser de le croire en pensant que c'est lui qui écoute mal, ou décider d'écouter son commentaire, le remercier et réfléchir à ce que je peux faire à l'avenir pour m'exprimer avec plus de clarté » (Curchod, 2009, p. 181). Cependant, rester ouvert au feed-back, ne veut pas forcément dire accepter toute remarque. C. Curchod (2009), propose d'évaluer la pertinence du feed-back afin de décider ce que l'on choisit de changer en soi et ce que l'on choisit de ne pas changer.

L'échec peut également être une source de questionnement et de remise en question.

En effet, il peut être considéré de deux manières : il peut être vu comme dévalorisant et humiliant, surtout dans notre société où l'on valorise principalement la performance et la réussite, et peut parfois conduire par la suite à développer des stratégies pour masquer ses erreurs ou pour fuir les épreuves, ou bien il peut être considéré comme une occasion de s'interroger sur ce qui l'a provoqué, et sur ce que l'on pourrait mettre en œuvre pour s'améliorer. La deuxième solution est bien entendu plus constructive que la première et sera par conséquent à privilégier le plus possible.

Selon F. Estienne (2004), « il est important de définir un échec comme étant une situation qui n'a pas abouti au résultat escompté et qui devient une source d'information et d'enseignement. L'échec m'apprend quelque chose sur moi-même et m'invite à m'interroger : pourquoi cela n'a-t-il pas abouti ? qu'est-ce que j'ai fait ? qu'est-ce que je pourrais faire d'autre ? à quoi veux-je aboutir ? de qui et de quoi ai-

je besoin pour aboutir ? quelle est ma part de responsabilité ? comment vais-je m'y prendre ? est-ce que je me vois réussir ? comment je me sentirai ? concrètement, par quoi je vais commencer ? quelles sont les étapes que je dois franchir ? comment vais-je passer de l'une à l'autre ? » (p. 23).

Selon A. Guittet (2006), l'échec s'inscrit dans une dynamique d'apprentissage. Ce sont les essais et les erreurs qui vont permettre de progresser. « C'est parce que l'on a fait de « bonnes erreurs » que l'on arrive à comprendre une technique, une méthode, un processus, un comportement. A partir de ces différentes expériences, nous devenons plus confiants, plus performants » (Guittet, 2006, p. 247).

Dans le cas d'une rééducation qui n'avance plus par exemple, F. Estienne (2004) invite le thérapeute à se demander pourquoi et à dégager sa part de responsabilité.

« Ainsi se constitue, au fil des jours, le temps aidant, cette force intérieure qui s'alimente d'une constante remise en question » (Dubois, 1990, p. 83).

Par le questionnement de sa pratique, l'orthophoniste reste ouvert au changement et ne s'enferme pas « dans une pratique figée » (Clavel, 1999, p. 59). Il peut toujours s'améliorer, ce travail n'est jamais terminé, c'est l'œuvre de toute une carrière.

2.1.2. Partager les expériences

Le partage d'expérience consiste à s'enrichir de la façon de faire, d'être ou de voir d'une autre personne. « Nous disposons autour de nous de ressources, d'exemples que nous pouvons utiliser pour nous aider à nous développer » (Guittet, 2006, p. 249).

En effet, « si quelqu'un ne sait pas résoudre une difficulté particulière, il trouvera sans doute dans son environnement proche ou lointain un collègue maîtrisant les qualités et les habiletés qui lui font défaut » (Guittet, 2006, p. 249).

Ce partage pourra se produire lors de conversations entre collègues. Le thérapeute pourra parler de ses interrogations, des situations qui lui posent problème et pourra recevoir de ses collègues des éléments de réponse, des conseils, des points de vue différents, d'autres manières de faire, etc.

2.1.3. La supervision

Les groupes de supervision ont à l'origine été créés par Michael Balint en Angleterre, en 1949, donnant ainsi naissance aux groupes Balint.

Ils étaient composés de 8 à 12 médecins et étaient animés par un psychanalyste. Le but de ce travail de groupe était d'exposer des cas cliniques problématiques, des réflexions sur la relation médecin-patient, afin d'y réfléchir ensemble. Ce travail, malgré la présence d'un psychanalyste n'était pas une psychothérapie, mais plutôt une réflexion collective autour de situations vécues.

Le principe de ces groupes de parole a été introduit en France en 1960. Les groupes de supervision se sont ouverts à toutes les professions où la relation intervient (les professions médicales, mais aussi les professions paramédicales, sociales, etc). De plus, ils ne sont plus nécessairement dirigés par un psychanalyste. Ils peuvent être animés par un psychologue ou toute personne ayant reçu une formation adaptée à ce type de travail.

La définition donnée par C. Deshays (2010) de la supervision est la suivante : « la supervision consiste à parler de sa pratique, et particulièrement de la relation que nous entretenons avec nos patients à une personne compétente. Il est important que cette personne soit elle-même extérieure à la situation pour analyser les divers enjeux par lesquels nous sommes à un moment donné concernés, pris » (p. 174).

Les professionnels du domaine de la santé ou du domaine social sont parfois confrontés à des situations éprouvantes d'un point de vue émotionnel, qui peuvent les atteindre personnellement, leur faire perdre leur capacité de recul, et même sur du long terme les user.

L'intérêt de la supervision est de fournir à ces professionnels une écoute, un soutien, une analyse de la situation problématique dans son ensemble, ce qui peut avoir pour effet de leur apporter par la suite un plus grand confort dans leur travail.

Cette recherche de confort dans son travail est importante pour « se prémunir de l'épuisement et du stress » (Deshays, 2010, p. 175), qui touchent de plus en plus de professionnels de santé et du domaine social.

2.1.4. Se former

En orthophonie, la formation continue est d'une grande importance pour se tenir au courant des dernières avancées en matière de recherche.

Les orthophonistes peuvent se tenir au courant par leurs lectures, leur participation à des conférences, des congrès et en faisant le choix de participer à une formation.

Certaines formations vont faire progresser la relation au patient en offrant un nouvel angle de vision, une autre façon de faire. Elles peuvent être nombreuses, et certaines, même si elles portent davantage sur la technique que sur la relation au patient, vont tout de même ouvrir de nouveaux horizons quant à la manière d'être en relation avec son patient.

Voici quelques exemples de formations pouvant donner un autre éclairage sur la relation au patient :

La Thérapie du Langage et de la Communication (TLC) :

« Approche thérapeutique des troubles de la communication, la TLC a été fondée en 1981 par Marc Lindenfeld, psychanalyste et Geneviève Dubois, phoniatre. Elle s'adresse à tous les praticiens confrontés aux problèmes de langage et de la communication. [...] 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 il 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 » [...], 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, F. Brin, C. Courrier, E. Lederlé, V. Masy, 2004).

Les principes de la TLC sont les suivants :

Le thérapeute accompagne le patient : à aucun moment il ne se place comme celui qui détient le savoir, celui qui sait ce qui est bon pour l'autre. Le patient est sujet et non objet de sa rééducation. Le thérapeute respecte le symptôme et reste à l'écoute du patient, en lui laissant un espace relationnel pour se dire.

Le thérapeute a également conscience du transfert qui s'exerce sur lui, mais il ne cherche pas à l'analyser. Il reste aussi à l'écoute du contre-transfert afin de le comprendre et de limiter ses répercussions sur l'autre.

La Pédagogie Relationnelle du Langage (PRL) :

Au croisement de la pédagogie, de la psychanalyse et de la linguistique, la PRL a été fondée par Claude Chassagny, instituteur, en 1968. Elle offre un point de vue particulier sur les rééducations. Selon C. Chassagny, les mots ont une résonance affective, un pouvoir. Les mots et la personnalité du patient vont s'influencer réciproquement. L'enfant est considéré dans sa globalité.

C. Chassagny propose trois stades dans une rééducation : la station, la conciliation et l'expression.

Lors de la phase de station, le thérapeute est dans l'attente que l'enfant manifeste son désir de s'exprimer. Il lui laisse tout le temps dont il a besoin pour le faire et lui offre un cadre thérapeutique suffisamment sécurisant et structurant.

Lorsque l'enfant manifeste son désir de communiquer par le langage, on entre alors dans la phase de conciliation. Le thérapeute pourra à ce moment-là commencer à utiliser ses techniques de rééducation.

La phase d'expression est l'aboutissement de la rééducation. L'enfant va étendre ce qu'il a appris en séance à son entourage. Il souhaite interagir avec ses proches et être compris d'eux.

Selon C. Chassagny (1977), la PRL « n'est pas un ensemble de préceptes, c'est une réflexion » (p. 116), une manière d'être. La formation à la PRL est « un projet travaillé en commun dans des groupes où l'on cherche à définir : le sens de notre objet, la qualité de la station, l'intervention technique dans la conciliation, l'évolution extérieure aux séances, la formation elle-même » (p. 116).

La Programmation Neuro-Linguistique (PNL):

La PNL a été créée dans les années 1970 aux Etats-Unis, par Richard Bandler, psychologue, et John Grinder, linguiste.

Selon N. Boothman (2002), la PNL est une « technique visant à étudier et à comprendre la structure du comportement humain, ainsi que la façon dont les hommes utilisent le langage afin de « programmer » leur entourage et de se programmer eux-mêmes. [...] La PNL est un outil qui permet de découvrir ce qui se cache derrière nos actions et de comprendre la façon dont nos paroles influencent notre comportement et celui de notre entourage » (Boothman, 2002, p. 16).

La PNL apporte un éclairage nouveau aux relations. Elle permet d'améliorer sa façon d'être en relation avec autrui en développant certaines attitudes pour s'adapter à la situation et avoir une influence positive sur l'autre.

Voici deux exemples d'attitudes que la PNL propose de développer :

La calibration est « une observation extrêmement fine des réactions conscientes et inconscientes de notre interlocuteur à nos propos ou aux interactions avec son environnement : changement de couleur de peau, fréquence et amplitude respiratoire, crispation/détente des mâchoires, des mains ou d'autres parties du corps, mouvements des sourcils et des rides, mobilité/fixité du regard, etc. la calibration devrait être constante au cours d'un entretien difficile. Elle permet d'adapter en continu le rythme et le contenu de nos propos en fonction des changements observés et des hypothèses que nous formulons pour les interpréter » (Curchod, 2009, p. 134).

La synchronisation consiste à imiter discrètement certaines attitudes corporelles (geste, posture), certaines façons de s'exprimer de son interlocuteur (intonations, rythme, voix, expressions, etc). Cette attitude est un « moyen puissant d'entrer en contact avec la personne, et de lui donner le sentiment qu'elle est comprise » (Estienne, 2004, p. 57), si bien que « inconsciemment les rôles s'inversent après quelques minutes, c'est la personne qui peu à peu imite un de vos gestes, reproduit votre modèle... » (Estienne, 2004, p. 57). La synchronisation favorise la confiance, le bien-être et la détente, aussi bien avec des enfants qu'avec des adolescents ou des adultes.

L'analyse transactionnelle (AT) :

L'analyse transactionnelle a été créée dans les années 1950, aux Etats-Unis par le Docteur Eric Berne et un groupe de thérapeutes. Elle propose une théorie sur la personnalité par l'observation et l'analyse des comportements humains : attitudes, actes, paroles, réactions physiques et émotionnelles, etc. Les échanges entre les personnes sont appelés transactions. L'analyse transactionnelle est donc l'analyse des échanges entre les personnes.

« En tant que philosophie, l'AT postule que toute personne a une valeur positive en tant qu'être humain. Il en découle une psychologie de la croissance fondée sur la responsabilité et sur l'hypothèse que chacun peut apprendre à avoir confiance en lui-même, à penser pour lui-même, à ressentir et à exprimer ses sentiments, en un mot chacun peut devenir autonome. Elle propose pour cela un ensemble théorique qui s'applique à l'individu et aux groupes, quels qu'ils soient. Ses principes et concepts, essentiellement fondés sur des comportements observables, sont présentés dans un langage simple et accessible orienté vers la compréhension et l'action » (Estienne, 2004, p. 163).

L'analyse transactionnelle peut par conséquent éclairer la relation orthophoniste-patient sous un nouvel angle. Elle peut permettre de mieux comprendre les réactions d'autrui, de mieux s'adapter à l'autre, et de favoriser l'autonomie et la responsabilisation de chacun.

2.2. Facteurs personnels

« Connais-toi toi-même » (Platon)

« Etre à l'écoute, avoir une attention, un regard, être totalement disponible à l'autre et totalement nous-mêmes, accueillir l'agression et lui jalonner des limites, accueillir la régression et la contenir, accueillir la séduction et la maîtriser, accueillir la transgression et faire accepter le sens de la loi, accueillir la confiance avec le ton le plus juste, entendre la souffrance, entendre le silence, recevoir toute parole enclavée, toute écriture déformée, sans en être profondément blessés en nous-

mêmes parfois... Qui est prêt à cela ? Sans travail approfondi sur soi-même » (Dubois, 1983, p. 31).

Les propos de G. Dubois (1983) illustrent bien la nécessité en orthophonie, et dans toute profession de soins, d'une démarche de connaissance, d'acceptation et de respect de soi afin de développer des attitudes relationnelles saines et d'avoir le recul nécessaire pour faire face aux situations difficiles.

En effet, la personnalité du praticien est impliquée dans la relation professionnelle. « Être orthophoniste, ce n'est pas revêtir un uniforme le temps d'une séance : c'est être soi-même à tous les instants » (Bregard, 1991, p. 117), « la pratique de l'orthophonie met à l'épreuve la personnalité de l'orthophoniste » (Mahler, 1991, p.89).

Pour proposer à l'autre une relation constructive et faire face sereinement à certaines situations difficiles, le professionnel aura par conséquent intérêt à bien se connaître et à se respecter.

La connaissance de soi, c'est savoir qui l'on est, ce que l'on pense, ce que l'on ressent, connaître ses forces, ses faiblesses, ses capacités relationnelles, ses limites, ses valeurs, ses problématiques, ses peurs, etc.

La connaissance de soi est essentielle pour faire preuve d'authenticité, c'est-à-dire « pour communiquer exactement ce que l'on pense, ce que l'on ressent » (Tremblay, 2008, p. 26), pour « être véritablement à l'écoute de l'enfant, de ses parents, des membres d'une équipe » (Dubois, 1983, p. 123), mais également de soi même, pour développer son affirmation de soi, pour maîtriser ses émotions, pour se protéger des charges émotionnelles négatives, pour s'oublier et se mettre en réserve en situation d'écoute, pour éviter les projections, l'identification, l'implication excessive, pour mieux comprendre les réactions d'autrui, pour « maîtriser la relation » (Dubois, 1983, p. 123).

C'est pourquoi, selon L. Tremblay (2008), on devrait accorder à la connaissance de soi « autant d'attention qu'au développement d'habiletés et à l'acquisition de la technique » (p. 24).

Le thérapeute devra également, selon M.-C. Dayde, M.-L. Lacroix, C. Pascal, et E. Salabaras Clergues (2010), s'accepter avec ses forces, ses faiblesses et oser être

lui-même pour « pouvoir comprendre et respecter autrui » (p. 56) et pouvoir le laisser libre d'être lui-même.

Il s'agira de « prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 56). Prendre soin de soi, selon C. Curchod (2009), c'est « prendre soin de sa santé physique, psychologique, sociale et spirituelle » (p. 178), c'est-à-dire, selon lui, être à l'écoute de ses besoins et les respecter afin d'éviter l'épuisement physique et/ou professionnel qui guette les professions de santé.

Cependant, cette démarche de conscience de soi, de développement personnel, d'actualisation de soi « est la démarche de toute une vie » (Tremblay, 2008, p. 24).

Le thérapeute va pouvoir évoluer personnellement par « la rencontre de situations qui invitent à progresser » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 56), c'est-à-dire par des expériences de vie personnelle, mais aussi par une volonté d'avancer, des techniques de développement personnel comme une psychothérapie ou du coaching, etc.

En effet, le thérapeute par ses expériences de vie va évoluer vers une plus grande maturité, une prise de recul, une plus grande connaissance de lui-même. Les expériences personnelles, sources de changement, d'évolution, sont propres à chacun. Cela peut être par exemple la lecture d'un livre, la découverte d'une autre culture, ou des événements marquants comme la naissance d'un enfant, une séparation, la maladie d'un proche, un décès, etc.

Pour évoluer, il faut également en avoir la motivation, l'envie. Qu'on le veuille ou non, on évolue toujours au fil de sa vie, mais le fait d'avoir le souhait d'avancer, d'avoir des objectifs sur ce qu'on voudrait changer et donc de mettre de la conscience sur le changement facilite grandement le processus.

On peut évoluer seul, mais parfois, une aide extérieure peut faciliter le travail sur soi. Cette aide extérieure peut être apportée par un psychologue, un psychanalyste, un coach, etc.

Dès lors que le travail sur soi d'une personne avance, sa qualité de vie s'améliore. Une qualité de vie élevée « donne la possibilité d'affronter la vie de façon directe, avec ses douleurs, ses joies et ses chagrins » (Curchod, 2009, p. 179) et « renforce

les ressources nécessaires pour faire face aux situations de soin difficiles » (Curchod, 2009, p. 179).

Vie professionnelle et vie personnelle s'influencent réciproquement. « Cloisonner totalement vie privée et vie professionnelle relève d'un leurre » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 56). Les expériences professionnelles peuvent avoir un impact sur le thérapeute en tant que personne, tout comme les expériences personnelles peuvent agir sur la personne en tant que professionnel. Le tout sera pour le praticien, selon C. Curchod (2009), de trouver un juste équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle.

Parce que « chaque rencontre nous enrichit ou nous bouleverse, nous renforce ou nous déstabilise, nous ouvre à l'autre ou nous renferme sur nous-mêmes » (Curchod, 2009, p. 174), chaque rencontre nous fait nous interroger et peut nous confronter à des problématiques nouvelles. Les expériences enrichissent le professionnel qui en apprend toujours plus sur lui-même en tant que personne mais aussi en tant que thérapeute. « La relation d'aide est source de conscience » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 102). « La confrontation à la souffrance, au handicap, à la maladie, à la mort interroge et permet de cheminer » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p. 102).

Le thérapeute ne peut donc prétendre améliorer sa relation au patient sans s'investir personnellement.

Selon A. Mucchielli-Bourcier (1979), le professionnel devrait se donner comme objectifs de se sentir bien dans son corps, dans sa voix, de tendre vers un maximum de maturité et d'épanouissement, pour être le mieux possible dans sa vie et dans son métier et faire face le plus sereinement possible aux difficultés.

Ensuite, « c'est tout notre rapport à l'autre qui se trouve remodelé, repensé ; notre conception de la communication, de la parole, des soins, qui est transformée » (Dubois & Kuntz, 1999, p. 67).

3. Freins à l'évolution relationnelle

D'après A.-M. Hassenkamp, C. Monsbridge et D. Thomson (1997), le degré d'empathie des kinésithérapeutes salariés en Angleterre diminuerait au fil de leurs années d'expérience. Ce résultat a été constaté grâce à une étude dont les conclusions étaient les suivantes : l'expérience à elle seule ne suffit pas à développer l'empathie alors qu'un enseignement de sensibilisation aux compétences de communication interpersonnelle donne manifestement plus de résultats dans ce domaine.

L'évolution des compétences relationnelles au fil d'une carrière paramédicale ne va donc pas nécessairement dans le sens d'une amélioration. Certains facteurs peuvent détériorer la relation thérapeute-patient.

Ces facteurs peuvent être : le burn out, des problèmes personnels, un épuisement biologique, une démotivation face au travail, un sentiment d'impuissance, des compétences insuffisantes, le stress.

3.1. Le burn out

Le burn out, ou syndrome d'épuisement professionnel, a été défini par le psychanalyste américain Herbert Freudenberger, comme « une maladie de l'âme en deuil de son idéal » (Curchod, 2009, p.19). Le burn out toucherait un jour ou l'autre 20 à 40% des professionnels du milieu de la relation d'aide. Il s'apparente à une dépression et se caractérise par « un profond épuisement physique et spirituel accompagné d'une souffrance émotionnelle intense » (Curchod, 2009, p.19).

Cet épuisement peut être lié à un engagement trop important de la part du professionnel dans la relation au patient. Le risque de s'épuiser est en effet important lorsque la relation est surinvestie par le thérapeute, qu'il se met dans un rôle de « sauveur », qu'il se situe dans une attitude d'hyper-empathie vis-à-vis de son patient et qu'il fait passer les besoins d'autrui avant ses propres besoins.

L'épuisement peut également être lié à une charge de travail trop lourde, à des conditions de travail difficiles, à « un manque de sens dans le travail effectué, à un

sentiment d'insatisfaction, à un écart trop important entre les valeurs professionnelles et la réalité du terrain » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p.84). La relation d'aide expose aussi à la souffrance d'autrui et renvoie le thérapeute à ses propres souffrances, elle peut « réveiller des peurs » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p.84), « mettre en doute des croyances » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p.84), ce qui peut participer à un épuisement émotionnel.

3.2. Des préoccupations personnelles

Parfois en relation d'aide, « l'histoire d'autrui peut renvoyer à sa propre histoire » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p.82), si bien que le thérapeute peut se retrouver déstabilisé par ses émotions et en conséquence être « moins attentif à différencier les siennes de celles de la personne aidée » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p.82).

Le thérapeute peut aussi être affecté par une situation difficile qu'il rencontre dans sa vie privée, comme une séparation amoureuse, la mort d'un proche, etc.

Les préoccupations personnelles du professionnel vont affecter sa disponibilité à l'autre et parfois même lui faire perdre toute neutralité face à son patient.

3.3. Un épuisement biologique

L'épuisement biologique est souvent lié à l'âge et au rythme de vie du thérapeute. Il est fréquent, l'âge avançant, de constater chez certains un épuisement physique, une fatigue générale, qui peuvent être accentués par un rythme de vie soutenu, une surcharge de travail.

Cela aura des effets sur la patience du thérapeute, sur sa réceptivité, sa disponibilité.

3.4. Une démotivation face au travail

« Certains [...] choisissent – plus ou moins consciemment – de se mettre en position de retrait, renoncent à questionner leurs pratiques, évitent de s'investir dans les relations, se détachent progressivement des aspects émotionnels de leur travail » (Curchod, 2009, p.18).

Dans la relation d'aide, un engagement est nécessaire pour entrer en relation, il faut avoir envie de rencontrer l'autre, de l'accueillir en séance.

Pourtant, certains professionnels se désengagent, ne s'impliquent plus dans la relation et se montrent même démotivés face à leur profession.

Ce désinvestissement peut être une sorte de protection du professionnel face aux charges émotionnelles négatives qu'il reçoit et qui l'atteignent personnellement, face également à un sentiment d'impuissance, ou encore face à sa trop grande souffrance.

Cette démotivation aura une influence sur le dynamisme du thérapeute, sur sa disponibilité, sa capacité de susciter chez l'autre la motivation, etc.

3.5. Un sentiment d'impuissance

Face à certaines situations, le praticien peut se sentir impuissant, comme par exemple face à des maladies neuro-dégénératives, des handicaps sévères, ou encore un traitement qui n'aboutit pas aux résultats souhaités, etc.

Ce sentiment d'impuissance peut participer à un épuisement émotionnel, une démotivation face au travail et aura des conséquences néfastes sur la prise en charge s'il n'est pas accepté par le thérapeute.

3.6. Des compétences insuffisantes

Les compétences du thérapeute en matière de relation peuvent parfois se révéler insuffisantes à cause d'un manque de formation, de sensibilisation, d'expérience, d'une non-remise en question de sa pratique, ou au contraire d'un trop plein de formations.

Le manque de formation, de sensibilisation et d'expériences dans la relation peut donner lieu à des maladresses, comme « parler trop, ne pas respecter les silences, [...], vouloir à tout prix trouver une réponse... » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p.82).

La non-remise en question enferme le thérapeute dans une pratique figée, voire dans une certaine rigidité. « Il est facile d'apprendre ce que l'on ne sait pas, car nous sommes semblables à une béance sans fond. Le difficile est d'apprendre au-delà de ce que l'on sait, car si je suis trop plein de mon propre savoir, je vais avoir du mal à accueillir celui de l'autre » (Salomé, 2003, p. 11). Le thérapeute qui reste sur ses acquis sans chercher à les faire évoluer se situera plus dans une routine que dans une dynamique de changement et d'amélioration. Il aura beau faire des formations, tant qu'il n'acceptera pas de se remettre en question, il n'avancera pas. « Aucune formation, quel que soit le niveau de « savoir » du rééducateur, n'est valable si la position personnelle du rééducateur n'est pas elle-même mise en question » (Aubry, in Mucchielli-Bourcier, 1979, p.224).

De plus, rien n'est jamais acquis, Y. De la Monneraye (1999) met en garde contre les professionnels « qui pensent qu'ils sont arrivés parce qu'ils ont terminé leur formation » (p.242).

Le trop plein de formations peut cependant avoir une influence négative sur la relation au patient. En effet, selon M.-C. Dayde, M.-L. Lacroix, C. Pascal, et E. Salabaras Clergues (2010), trop de conseils ou de formations peuvent dans un premier temps déstabiliser le thérapeute « qui n'a pas encore intégré et cheminé avec ces nouvelles données » (p. 83). Il peut être ensuite trop centré sur ce qu'il faut dire ou ne pas dire, faire ou ne pas faire, ce qui ne le met pas en position de

réceptivité. Un temps d'intégration et d'appropriation des connaissances est donc parfois nécessaire.

3.7. Le stress

Le stress peut lui aussi avoir une influence néfaste sur l'évolution relationnelle du thérapeute.

Il peut être provoqué par une charge de travail importante, une pression éventuelle de la hiérarchie dans le cadre d'un exercice professionnel en salariat, des situations émotionnellement éprouvantes, la peur de l'échec, etc.

Il va avoir des conséquences négatives sur la disponibilité du thérapeute, sa maîtrise émotionnelle, sa patience, etc.

4. Se protéger

Un certain nombre d'écueils guettent le thérapeute et peuvent freiner, voire entraver son évolution.

Pour éviter ces écueils, il est important pour le professionnel de trouver « la « juste limite » entre rôle professionnel et vie privée » (Dayde, Lacroix, Pascal, & Salabaras Clergues, 2010, p.82) et d'établir un équilibre entre ces deux aspects pour limiter les impacts négatifs que peuvent avoir vie personnelle et vie professionnelle l'une sur l'autre.

Du point de vue professionnel, le thérapeute doit veiller à se protéger des charges émotionnelles négatives, en restant à l'écoute de soi, en connaissant ses limites et en les respectant, en passant le relais à quelqu'un d'autre si nécessaire, en acceptant que, dans certains cas, il ne peut rien faire, en parlant des situations difficiles avec ses collègues ou si besoin avec un professionnel de la relation, afin de se préserver d'un épuisement professionnel.

Et enfin, d'un point de vue personnel, le praticien a tout intérêt à prendre soin de lui-même, à « se ménager du temps pour pratiquer différentes activités physiques ou artistiques » (Guittet, 2006, p.77), à favoriser les activités dans la vie de tous les

jours qui le détendent, le ressourcent et lui permettent de décompresser, à avoir un rythme de vie sain et équilibré, etc.

D. CONCLUSION

La relation d'aide demande des connaissances techniques, aussi bien que des qualités humaines, l'une ne va pas sans l'autre.

Du point de vue relationnel, un certain nombre d'attitudes sont à favoriser, afin de proposer une prise en charge la plus constructive et la plus efficace possible pour le patient comme pour le thérapeute.

Ces attitudes vont permettre au professionnel de créer un lien de confiance et de sécurité avec le patient, de favoriser son autonomie et sa responsabilisation, d'entretenir sa motivation, mais aussi de faire face le plus posément possible à des situations relationnelles difficiles.

Cependant, l'approche relationnelle du patient n'est pas innée, elle nécessite un travail constant de remise en question et d'actualisation.

La pratique relationnelle du thérapeute peut donc évoluer au fil du temps, au fil de ses remises en question, de ses formations, de ses expériences professionnelles et personnelles, au fil de sa maturité grandissante, etc.

Il sera toutefois important pour lui de se préserver le plus possible d'un point de vue personnel et professionnel afin de ne pas tomber dans certains écueils pouvant le ralentir, voire le bloquer dans son évolution.

L'objet de ce travail de recherche est une observation de l'évolution relationnelle des orthophonistes au cours de leurs années d'expérience et des facteurs ayant contribué à cette progression.

MÉTHODOLOGIE

A. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

Le but de ce travail de recherche est dans un premier temps de faire un état des lieux de l'évolution relationnelle des orthophonistes entre leur sortie des études et aujourd'hui à travers l'auto-évaluation de leurs habiletés et leur pratique relationnelle, et dans un second temps, de dégager les facteurs qui leur ont permis d'évoluer.

Nous supposons qu'il y a une évolution entre la pratique relationnelle des orthophonistes en début de carrière et leur pratique relationnelle 10, 20 ou 30 ans après.

L'hypothèse que nous proposons est une évolution positive des compétences relationnelles des orthophonistes à mesure que leur expérience professionnelle augmente, mais il ne faut toutefois pas exclure une stagnation éventuelle, voire une évolution négative de certains aspects de la relation.

Nous proposons l'hypothèse que les facteurs contribuant à l'évolution relationnelle de l'orthophoniste peuvent être de l'ordre d'expériences professionnelles mais aussi d'expériences personnelles, comme nous l'avons mentionné dans la théorie.

Nous cherchons par cette investigation à déterminer quels facteurs interviennent le plus dans l'évolution relationnelle des orthophonistes interrogés, mais aussi de dégager si les facteurs professionnels ont une part plus importante dans leur progression que les facteurs personnels ou inversement.

Ce travail de recherche n'a pas pour but la recherche d'objectivité, puisque les réponses données proviennent des orthophonistes. Une objectivité dans un domaine tel que celui de la relation serait d'ailleurs difficile, voire impossible.

Il s'agit donc davantage de recueillir le ressenti des orthophonistes interrogés sur leur évolution relationnelle que d'établir objectivement leur progression.

B. DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL

1. Choix du dispositif expérimental

La question s'est posée de savoir comment les orthophonistes allaient être interrogés.

Deux choix s'offraient à nous : un entretien semi-dirigé ou un questionnaire à compléter seul.

L'avantage de l'entretien semi-dirigé est la spontanéité, le dialogue, cela semble une modalité plus adaptée pour parler de relation.

Néanmoins, dans un entretien de face à face, les orthophonistes ne répondent pas anonymement, ils sont en face de quelqu'un qu'ils ne connaissent pas, qui les interroge sur des éléments parfois personnels. De plus, l'entretien semi-dirigé nécessite que les orthophonistes prennent du temps pour nous accueillir. Nous avons donc supposé que l'entretien de face à face rencontrerait moins de succès auprès des orthophonistes qu'un questionnaire rapide à remplir par écrit. L'entretien semi-dirigé avait également des limites pour nous : celles du temps. En effet, interroger des orthophonistes prend du temps. Le nombre de personnes interrogées aurait donc été plus limité en choisissant ce type d'investigation.

Notre choix s'est donc porté sur un questionnaire à envoyer aux orthophonistes et à remplir par écrit. L'avantage de ce type de modalité est l'anonymat des réponses, le nombre de personnes interrogées plus important qu'avec un entretien semi-dirigé et le peu de temps à prendre pour répondre.

Ce choix n'est cependant pas sans inconvénients. Effectivement, un questionnaire écrit sur le domaine de la relation peut paraître artificiel dans la mesure où il semble une modalité moins naturelle pour parler de relation que l'entretien semi-dirigé. Il ne permet pas un dialogue avec la personne interrogée, on doit se contenter des seules réponses que l'orthophoniste a données, on ne peut pas faire préciser certaines réponses, approfondir, etc.

Toutefois, cette étude nécessitant un nombre suffisamment conséquent de réponses pour en tirer des conclusions générales, nous avons choisi ce type d'investigation.

2. Modalités d'envoi du questionnaire

Le choix du mode d'envoi du questionnaire nous a posé question parce que nous voulions garantir l'anonymat aux orthophonistes et avoir le plus de réponses possible.

L'anonymat nous a semblé important dans la mesure où le questionnaire touche à des sujets parfois personnels, et le fait d'être identifié aurait pu conduire certains à tempérer, voire à modifier leurs réponses.

Avoir un taux de réponse important était notre but, bien entendu, afin d'avoir une population suffisamment conséquente pour analyser les résultats. Les orthophonistes pouvant avoir peu de disponibilité pour répondre à ce type de sollicitation, nous avons adapté le questionnaire afin de limiter la durée à y consacrer et nous avons fait en sorte d'épargner aux orthophonistes les manipulations fastidieuses, coûteuses en temps et en énergie.

L'envoi du questionnaire par mail a donc été exclu parce que d'une part il ne garantit pas aux orthophonistes l'anonymat s'ils répondent sur le même mode, et d'autre part, l'envoi d'une pièce-jointe à compléter nécessite des manipulations (enregistrer le fichier, le compléter, enregistrer la nouvelle version du fichier et l'envoyer en pièce-jointe dans un nouveau mail) qui peuvent décourager certains.

L'anonymat aurait pu être garanti si nous avions demandé aux orthophonistes d'imprimer la pièce-jointe du mail, et de nous envoyer leur réponse par courrier postal. Cependant, cela nécessite encore des manipulations qui peuvent sembler fastidieuses (ouvrir la pièce-jointe, l'imprimer, remplir le questionnaire, écrire l'adresse de retour des questionnaires sur une enveloppe, coller un timbre et la poster).

Par conséquent, un envoi du questionnaire par courrier a été choisi. Cependant, nous voulions que les orthophonistes « s'engagent » à nous répondre et que ce questionnaire se démarque du « lot » de toutes les études que les orthophonistes reçoivent.

Nous leur avons pour cela envoyé un mail préalable (cf. annexe I) par le biais des syndicats d'orthophonistes de Meurthe-et-Moselle et de Moselle. Ce mail avait pour but d'interpeller les orthophonistes, de les conduire éventuellement à s'interroger et de leur donner envie de répondre au questionnaire. Il invitait les orthophonistes à donner leur accord et leur adresse postale pour recevoir le questionnaire par courrier.

Ce mail a d'ailleurs eu du succès. Les orthophonistes se sont montrés enthousiastes et interpellés par ce sujet « original ».

Suite aux réponses obtenues par mail, le questionnaire a été envoyé par voie postale avec une enveloppe retour (timbrée, avec l'adresse de retour). Ainsi les orthophonistes n'avaient-ils qu'à remplir le questionnaire, à le mettre dans l'enveloppe déjà prête à envoyer, puis le poster.

3. Description du questionnaire

3.1. Évolution du questionnaire

Le questionnaire a beaucoup évolué au fil du cadrage du sujet, de notre réflexion et des avis extérieurs.

Au départ, le sujet d'étude était la relation au patient en orthophonie. Cependant, ce domaine s'est avéré bien trop vaste pour être traité en une seule année. Le domaine d'étude a donc été recadré à l'évolution de la relation au patient au cours de l'expérience de l'orthophoniste.

Parallèlement, les questions posées dans le questionnaire étaient au départ très ouvertes. En effet, il n'y avait pas de propositions de réponse, les orthophonistes

étaient libres d'écrire ce qu'ils voulaient. De plus, les questions étaient nombreuses et parfois très introspectives.

Après de nombreuses discussions et interrogations, et surtout après l'avis d'une orthophoniste, nous avons choisi de limiter les questions trop ouvertes afin de restreindre le champ possible des réponses, de faciliter l'exploitation des données et limiter le temps de réponse. Les questions paraissant trop introspectives ont également été retirées pour ne pas « effrayer » les orthophonistes.

La nouvelle direction prise était la suivante : faciliter le travail aux orthophonistes interrogés, leur donner envie de répondre et d'aller jusqu'au bout, en résumé, rendre le questionnaire simple et rapide à compléter.

Nous avons choisi l'auto-évaluation des compétences relationnelles actuelles et de début de carrière des orthophonistes par une note de 0 à 10.

Ce procédé peut sembler artificiel et totalement subjectif, mais il facilite l'exploitation des données. De plus, ce qui nous intéresse n'est pas la note que l'orthophoniste se met, mais plutôt la différence entre l'auto-évaluation de début de carrière et l'auto-évaluation actuelle.

La partie du questionnaire portant sur les facteurs de l'évolution relationnelle a également subi des modifications. La première version de cette partie proposait aux orthophonistes de lister 10 facteurs les ayant fait évoluer d'un point de vue relationnel. Cependant, ce type de question pouvait sembler trop « ouvert » parce qu'il ne donnait pas de propositions de réponse. Nous avons donc proposé un compromis entre une liste de propositions de réponses qui ferment des perspectives, et l'absence de pistes pour répondre, en faisant au préalable des suggestions que nous proposons aux orthophonistes de réutiliser dans la question suivante.

3.2. Questionnaire actuel

Le questionnaire actuel (cf. annexe II) comprend 6 parties :

- Parcours
- Place de la relation dans l'exercice professionnel
- Habiletés qui entrent en jeu dans la relation thérapeutique
- En pratique
- Facteurs de l'évolution relationnelle
- Conclusion

La partie « Parcours » a pour but de recueillir des informations professionnelles et personnelles concernant l'orthophoniste, telles que son type d'exercice professionnel, ses années d'expérience professionnelle, ses formations complémentaires, sa situation familiale, etc.

La deuxième partie consiste à évaluer par un pourcentage la place accordée à la relation par rapport à la technique dans une prise en charge, en début de carrière et actuellement.

La partie suivante, « Habiletés qui entrent en jeu dans la relation thérapeutique », consiste à auto-évaluer ses attitudes relationnelles à la sortie des études d'orthophonie et aujourd'hui. Les habiletés relationnelles sélectionnées sont celles décrites précédemment dans la théorie : facilité à entrer en relation, neutralité bienveillante, écoute, empathie, maîtrise de ses émotions, diplomatie, adaptabilité, créativité, fermeté, humilité, et patience. Certaines ont été accompagnées d'une courte définition afin de permettre aux orthophonistes de bien cerner l'attitude concernée.

L'évaluation de l'authenticité n'a cependant pas été gardée. En effet, nous avons supposé que ce terme n'était pas forcément signifiant sans explication approfondie et qu'une courte définition n'était pas suffisante pour permettre aux orthophonistes interrogés de bien cerner de quoi il s'agissait.

Nous avons aussi laissé la liberté aux orthophonistes de rajouter une attitude relationnelle si cela leur semblait pertinent.

La partie « En pratique » consiste à auto-évaluer sa pratique relationnelle en situation en début de carrière et aujourd'hui. Les situations choisies sont celles décrites précédemment dans la partie théorique : établir un lien de confiance, susciter la motivation, annoncer une mauvaise nouvelle, faire face à un patient en trop grande demande affective, faire face à un patient agité, faire face à un patient angoissé, faire face à un patient en grande souffrance, faire face à une agression verbale ou physique et faire face à un conflit. Comme dans la partie précédente, les orthophonistes peuvent ajouter une situation s'ils le souhaitent.

La partie suivante est consacrée aux facteurs de l'évolution relationnelle.

Nous avons dans un premier temps proposé des facteurs d'évolution relevant soit du domaine professionnel, soit du domaine personnel. Les facteurs professionnels cités sont les suivants : l'exercice d'une autre pratique professionnelle et les formations complémentaires. Les facteurs personnels proposés sont : avoir des enfants, recourir à des techniques de développement personnel, connaître dans son entourage une personne handicapée.

L'orthophoniste, après avoir répondu si oui ou non ces facteurs ont influencé son évolution relationnelle, est ensuite libre d'inscrire par ordre d'importance, et sans obligation de réutiliser nos propositions, les 5 facteurs principaux ayant contribué à l'évolution de sa relation au patient.

Néanmoins, certaines capacités peuvent avoir diminué, il ne faut donc pas exclure une évolution négative.

Nous avons utilisé l'étude sur l'évolution du degré d'empathie des kinésithérapeutes salariés en Angleterre dont nous avons parlé dans la partie théorique (p. 72). Les résultats de cette enquête avaient en effet révélé un degré d'empathie en baisse au fil des années d'expérience des kinésithérapeutes. Nous avons donc utilisé cette étude pour amener l'éventualité d'une baisse de certaines compétences relationnelles en orthophonie, sans donner aux orthophonistes l'impression d'un jugement de notre part. Un court résumé des résultats et des conclusions de l'étude est fait avec l'hypothèse que certaines compétences des orthophonistes peuvent diminuer au fil des années.

La question suivante interroge donc les orthophonistes sur leur sentiment quant à une évolution négative de certaines de leurs compétences relationnelles. La réponse attendue est « oui » ou « non ».

Quelle que soit la réponse obtenue à cette question, nous cherchons ensuite à déterminer des facteurs responsables d'une évolution relationnelle négative. Des propositions sont faites, il s'agit des facteurs décrits précédemment dans la théorie (burn out, préoccupations personnelles, épuisement biologique, démotivation face au travail, sentiment d'impuissance, compétences insuffisantes, stress), mais les orthophonistes peuvent ajouter s'ils le souhaitent des facteurs. La question n'est pas adressée directement aux orthophonistes, toujours dans le souci qu'ils ne se sentent pas jugés, accusés.

S'ils sont concernés par une détérioration de certaines de leurs compétences, cette question leur permet de nous donner leur avis quant aux causes de cette évolution. En revanche, s'ils ne sont pas concernés par une évolution relationnelle négative, ils peuvent tout de même donner leur avis quant aux raisons éventuelles d'une telle évolution.

La partie « conclusion » du questionnaire cherche à déterminer de quelles attitudes relationnelles l'orthophoniste est satisfait et quelles attitudes il souhaiterait encore améliorer.

La question suivante interroge les orthophonistes sur leur épanouissement personnel dans leur métier. Cette question n'est pas d'importance capitale, mais elle sert à donner une couleur aux réponses données précédemment.

Enfin, nous proposons aux orthophonistes d'émettre des critiques, des commentaires sur le questionnaire et de donner d'éventuels points qu'ils auraient souhaité voir y figurer.

C. POPULATION

La population concernée par cette étude est bien sûr les orthophonistes.

Le mail de présentation du travail de recherche et de demande d'accord pour répondre au questionnaire (cf. annexe I) a été envoyé par le biais des syndicats d'orthophonistes de Meurthe-et-Moselle et de Moselle.

De ces envois, 42 orthophonistes ont donné leur accord pour recevoir le questionnaire.

Il a donc été envoyé à ces 42 personnes syndiquées, mais aussi à une orthophoniste de Moselle non syndiquée, travaillant en salariat et il a également été remis en personne à deux orthophonistes de Côte d'Or rencontrées lors d'une conférence-débat sur la dyslexie.

Au total, 45 questionnaires ont donc été transmis aux orthophonistes.

Ils ont été transmis dans différents départements : la Meurthe-et-Moselle (54), la Moselle (57), la Marne (51), les Vosges (88), la Haute Marne (52) et la Côte d'Or (21).

Voici un récapitulatif du nombre de questionnaires envoyés en fonction des départements :

Département	Questionnaires envoyés	Pourcentage
Meurthe-et-Moselle (54)	16	35,6%
Moselle (57)	13	28,9%
Marne (51)	7	15,6%
Vosges (88)	5	11,1%
Haute Marne (52)	2	4,4%
Côte d'Or (21)	2	4,4%
TOTAL	45	100%

Tableau n°1 : Répartition des orthophonistes en fonction de leur département d'exercice

De ces 45 questionnaires envoyés, 38 nous ont été retournés, ce qui constitue un pourcentage de réponse d'environ 84,4%.

Toutefois, parmi ces 38 réponses, un questionnaire est arrivé trop tard par rapport à l'avancée de notre travail. Il ne sera donc pas comptabilisé dans l'analyse des données.

Le nombre de questionnaires analysés s'élève par conséquent à 37.

D. AUTO-CRITIQUE DU DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL

1. Sur le mode d'envoi du questionnaire

On peut s'interroger sur le mode d'envoi du questionnaire choisi. L'envoi d'un mail, puis l'envoi du questionnaire par courrier après avoir obtenu l'accord et l'adresse postale des orthophonistes par mail peut paraître curieux. Certains ont d'ailleurs proposé que le questionnaire leur soit envoyé par mail.

Les précautions que nous avons prises pour garantir l'anonymat et pour épargner les manipulations fastidieuses aux orthophonistes n'ont pas toujours été comprises.

Peut-être aurions-nous pu expliquer le pourquoi d'une telle démarche.

Peut-être aussi aurions-nous dû utiliser un moyen plus simple pour faire parvenir les questionnaires et pour les recevoir, tel que l'enquête en ligne. En effet, ce type de procédé permet aux personnes interrogées de répondre au questionnaire depuis leur ordinateur, par le biais d'un lien Internet. C'est un moyen simple, rapide et anonyme.

Peut-être encore aurions-nous dû envoyer directement le questionnaire par courrier, sans mail préalable.

Par ailleurs, après envoi du mail aux orthophonistes, nous avons pu constater que certains répondaient au mail sans laisser leur adresse postale pour l'envoi du questionnaire. Peut-être aurions-nous dû davantage mettre en valeur la nécessité d'avoir une adresse postale.

Peut-être aussi aurions-nous pu étendre ce travail de recherche à d'autres syndicats d'orthophonistes, afin d'avoir encore plus de réponses.

Enfin, suite à une mauvaise appréciation de notre part, les enveloppes retour fournies dans les premiers questionnaires envoyés n'étaient pas suffisamment affranchies. Certains orthophonistes ont donc ajouté un timbre, d'autres ont renvoyé le questionnaire sans ajouter d'affranchissement. Heureusement, cela n'a pas eu de conséquence sur la réception des questionnaires. Le but étant de faciliter la tâche

aux orthophonistes, nous avons tout de même le regret de ne pas avoir fourni des enveloppes suffisamment affranchies.

2. Sur le questionnaire en lui-même

Au moment de la réception du questionnaire, nous avons pu constater des maladresses dans la formulation de certaines questions.

La question concernant le temps d'exercice professionnel n'est pas très claire. En effet, il est demandé combien de temps l'orthophoniste a exercé en libéral et combien de temps il a exercé en salariat. Le but de cette question était de recueillir le nombre d'années d'expérience de l'orthophoniste. Seulement en cas d'exercice mixte, il peut être difficile par cette question de déterminer depuis combien de temps exactement la personne exerce le métier d'orthophoniste. Effectivement aucune case n'a été prévue pour un exercice mixte. On ne peut donc pas être sûr que la personne qui répond qu'elle a exercé 5 ans en libéral et 3 ans en salariat a exercé le métier d'orthophoniste pendant 8 ans. Le problème se pose pour certains questionnaires, mais la plupart du temps, les orthophonistes ont ajouté des commentaires qui clarifient leur type et leur durée d'exercice.

Dans la seconde partie du questionnaire, le tableau de réponse à la première question – quelles places donnez-vous à la technique et à la relation dans votre exercice professionnel ? – n'est pas sur la même page que la question, si bien que certains orthophonistes ont répondu à la question par écrit avant de compléter le tableau. Il aurait été plus judicieux de placer la question et le tableau sur la même page.

En ce qui concerne la seconde question – maintenant, quelles places donnez-vous à la technique et à la relation à la sortie de vos études d'orthophonie ? – nous pensons qu'elle aurait pu être formulée autrement. En effet, le mot de liaison « maintenant », peut brouiller le sens de la question parce qu'il peut renvoyer à une notion de présent, alors que la question concerne la pratique passée de l'orthophoniste.

La formulation des questions portant sur l'éventualité d'une évolution relationnelle négative aurait pu également être améliorée. En effet, la question concernant les facteurs possibles d'évolution négative n'a pas toujours été complétée. Certains orthophonistes ayant répondu « non » à la question précédente – pensez-vous que certaines de vos compétences relationnelles ont diminué au fil de votre expérience ? – n'ont pas répondu à la question sur les raisons possibles d'une évolution négative, alors que cette question ne concernait pas uniquement les orthophonistes ayant répondu « oui » à la question d'avant. Elle pouvait permettre aux orthophonistes non concernés de donner leur avis quant à une telle évolution.

En résumé, certaines questions auraient pu être mieux formulées et les tableaux de réponse auraient pu être placés sur la même page que les questions posées, afin de rendre le questionnaire plus explicite.

E. EXPLOITATION DES DONNÉES

Les questionnaires reçus ont été numérotés puis classés en fonction du nombre d'années d'expérience des orthophonistes.

Les réponses ont été rangées dans des tableaux (cf. annexes), et certaines données ont été exploitées sous forme de graphiques, afin de donner plus de lisibilité aux réponses pour ensuite analyser les résultats.

Certains éléments ont néanmoins été abandonnés dans l'analyse des résultats :

La différence entre les compétences relationnelles en début d'exercice et les compétences actuelles n'a pas été utilisée en terme de quantification mais plutôt en terme d'évolution positive, négative ou nulle. En effet, l'échelle d'auto-évaluation est propre à chaque personne et ne permet pas une comparaison quantitative entre les différents orthophonistes ayant répondu au questionnaire. Le domaine de la relation est vaste et difficilement mesurable.

La différence entre les compétences relationnelles de début de pratique et d'aujourd'hui a donc été traduite en terme d'évolution positive, nulle ou négative plutôt qu'en quantité mesurable.

L'ordre des facteurs d'évolution positive de la relation au patient a également été mis de côté. Encore une fois, nous nous sommes rendu compte que la quantification ne doit pas être poussée trop loin dans un domaine tel que celui de la relation.

Les facteurs qui ont eu une incidence positive sur la relation au patient des orthophonistes n'ont probablement pas influencé les mêmes aspects relationnels, et peuvent être très différents les uns des autres, si bien qu'une classification de ces facteurs par ordre d'importance selon le rôle qu'ils ont joué dans l'évolution relationnelle peut paraître artificielle.

Ces facteurs ont donc été relevés, sans prise en compte de leur ordre.

ANALYSE DES RÉSULTATS

A. INFORMATIONS CONCERNANT LES ORTHOPHONISTES INTERROGÉS

1. Informations professionnelles

Questions correspondantes :

Quel type d'exercice avez-vous ?

libéral salariat

Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'orthophoniste ?

En libéral :

En salariat :

Avez-vous ou avez vous eu une autre pratique professionnelle que celle d'orthophoniste ?

non oui, précisez :

Quelles formations complémentaires avez-vous faites ?

Sur les 37 orthophonistes interrogés, 31 ont actuellement un exercice libéral, 3 exercent en salariat et 3 ont un exercice mixte.

Parmi ces 37 orthophonistes, 15 travaillent ou ont déjà travaillé en salariat au cours de leur expérience professionnelle et 35 ont ou ont déjà eu un exercice libéral.

22 orthophonistes n'ont donc jamais exercé en salariat et 2 orthophonistes n'ont jamais travaillé en libéral.

Le nombre d'années d'expérience professionnelle de ces orthophonistes s'étend de 3 à 36 ans. La médiane se situe à 15 ans d'expérience.

4 personnes mentionnent qu'elles ont déjà eu une autre activité professionnelle que celle d'orthophoniste. Les activités renseignées sont les suivantes : vente en télécommunication, secrétaire trilingue, vente de produits diététiques et enseignement spécialisé pour enfants sourds.

7 orthophonistes n'ont pas indiqué les formations qu'ils ont effectuées. Au vu de leurs réponses aux questions suivantes, on peut supposer qu'ils n'ont pas renseigné leurs formations du fait de leur nombre important et par conséquent du caractère fastidieux de toutes les inscrire sur le questionnaire.

Certains orthophonistes en ont inscrit quelques unes, en ajoutant « etc. » ou des points de suspension. D'autres encore ont indiqué des « formations conventionnelles », des « formations proposées par le syndicat » pour regrouper leurs formations.

Le nom des formations n'est pas toujours spécifié. Certains orthophonistes ont parfois seulement inscrit les domaines touchés par leurs formations.

Certains orthophonistes ont mentionné un autre diplôme que celui d'orthophoniste ou un cursus universitaire :

5 orthophonistes ont cité un cursus en psychologie : une personne pendant un an, 2 personnes pendant 2 ans (DEUG), une personne pendant 3 ans (licence) et une personne a effectué un DEA en psychologie et un DU en psychopathologie.

Les autres cursus ou diplômes sont les suivants : maîtrise linguistique, cursus universitaire en phonétique, DU en neuropsychologie pédiatrique, CAP enseignant et DESS formation adultes.

La formation Cogi'act a été citée par 13 orthophonistes. Les autres formations citées sont : la gestion mentale (3 orthophonistes), la PNL (4 orthophonistes), la formation aux bilans comme EVALO, TCS, Dialogoris, etc., la formation au dessin de S. Bruder, la GEPALM, une formation aux troubles de l'oralité.

Les domaines de formation cités sont : le bégaiement (3 orthophonistes), l'autisme (4 orthophonistes), la trisomie 21 (un orthophoniste), le langage écrit (4 orthophonistes), la neurologie (4 orthophonistes), la voix (2 orthophonistes), la prise en charge du tout petit et le langage oral.

Les formations citées dans le domaine de l'autisme sont la PECS et la méthode ABA. La méthode distinctive, et les noms de E. Metral et I. Bobillier Chaumont sont cités dans le domaine du langage écrit. En neurologie, les orthophonistes se sont formés sur les troubles neurologiques, les maladies neuro-dégénératives, la maladie

d'Alzheimer, la mémoire et ses troubles et la dysphagie. Et enfin I. Bobillier Chaumont est citée à nouveau dans le domaine du langage oral.

Certaines formations citées par les orthophonistes s'intéressent à la relation au patient. Il s'agit de la formation sur les différentes personnalités (Yolaine Latour), la formation « comment gérer le patient et son entourage » (Yolaine Latour), une formation de réflexion sur le handicap, une formation sur la gestion de situations de violence, la scénothérapie, l'approche systémique (Dr Malarewicz), et une formation sur l'accompagnement du malade en fin de vie.

2. Informations personnelles

Questions correspondantes :

Avez-vous des enfants ?

oui non

Avez-vous déjà eu recours à des techniques de développement personnel ?

non oui, précisez : une psychothérapie
 du coaching
 des séances en groupe de supervision
 autre, précisez :

D'après les indications fournies, 31 orthophonistes sur les 37 interrogés ont des enfants. Cependant une personne a déclaré ne pas avoir d'enfant mais avoir élevé un enfant. Nous l'avons donc comptabilisée parmi les orthophonistes ayant des enfants.

18 orthophonistes se disent concernés par l'utilisation de techniques de développement personnel. 11 orthophonistes ont déjà fait une psychothérapie, une personne a déjà fait du coaching, 8 ont déjà été supervisés, et 6 ont fait d'autres propositions.

Les propositions sont les suivantes : la sophrologie (2 orthophonistes), des séances en couple et le parcours des équipes proposé par le CLER, le qi gong et le chant, la PNL, et un groupe de pratique en communication non violente (CNV) et des lectures.

4 orthophonistes se sont formés à la PNL, d'après les réponses données. Parmi ces personnes, une considère que la PNL a constitué une technique de développement personnel pour elle.

B. ÉVOLUTION RELATIONNELLE DES ORTHOPHONISTES INTERROGÉS

1. Évolution de la place de la relation au patient par rapport à la technique

Questions correspondantes :

Quelles places donnez-vous à la technique et à la relation dans votre pratique professionnelle ?

Technique (savoir-faire de l'orthophoniste) %
Relation (façon de faire passer les savoirs, communication au patient, etc) %
Total :	100 %

Maintenant, quelles places donniez-vous à la technique et à la relation **à la sortie de vos études d'orthophonie ?**

Technique (savoir-faire de l'orthophoniste) %
Relation (façon de faire passer les savoirs, communication au patient, etc) %
Total :	100 %

Une personne n'a pas renseigné cette partie.

Pour 25 orthophonistes sur 36, soit la majorité, le pourcentage donné à la place de la relation par rapport à la technique a augmenté entre leur début d'exercice et aujourd'hui.

Le pourcentage qu'ils donnaient à la relation par rapport à la technique à la sortie de leurs études d'orthophonie est compris entre 5 et 50 %. La moyenne est de 23,8 % et la médiane se situe à 30 %.

La place qu'ils donnent actuellement à la relation est comprise entre 20 et 60 %. La moyenne est de 47 % et la médiane est située à 50 %.

L'augmentation est en moyenne de +23,2 %.

Les commentaires des orthophonistes interrogés sur l'importance de la relation en orthophonie sont assez riches : « avant la technique, la relation avec le patient me semble primordiale. Si le patient et sa famille nous donnent leur confiance, se sentent à l'aise avec nous et nous investissent comme « personne référente », la technique et le travail proposés trouveront une réelle utilité et seront bénéfiques pour le patient », ou encore, « je pense que c'est la première place dans notre travail qui est de rétablir une communication orale ou écrite ou autre. La relation avec notre patient doit être facile et bonne dès le départ ».

Pour 7 orthophonistes, la place donnée à la relation a diminué depuis leur entrée dans la vie professionnelle.

Le pourcentage qu'ils donnaient à la relation à la sortie de leurs études est compris entre 40 et 70 %. La moyenne est de 60 % et la médiane se situe à 70 %.

La place qu'ils donnent actuellement à la relation est comprise entre 30 et 60 %. La moyenne est de 44,3 % et la médiane se situe à 50 %.

La moyenne de la baisse de la place de la relation par rapport à la technique est d'environ -15,7 %.

Une personne explique cette baisse par le commentaire suivant : « j'ai d'abord pensé que la relation jouait à 70 % dans le suivi... mais je considère davantage maintenant que 50% me semble plus vrai, et que je manque de techniques plus pointues ».

Pour 4 orthophonistes, la place de la relation par rapport à la technique n'a pas évolué au cours de leur expérience. Ils situent la part de la relation entre 35 et 50 % dans la prise en charge. La moyenne est de 43,75 % et la médiane est située à 45 %.

Sur les 36 orthophonistes ayant renseigné la question, le pourcentage donné à la relation en début de carrière est compris entre 5 et 70 % (moyenne de 33,9 % et médiane située à 30 %), alors qu'il est compris aujourd'hui entre 20 et 60 % (moyenne de 46,1 % et médiane située à 50 %).

On peut donc constater que, d'une manière générale, la place donnée à la relation par rapport à la technique, diminue, augmente ou reste la même au cours de l'expérience des orthophonistes interrogés, pour tendre à se rapprocher de 50 %.

En effet, 19 orthophonistes sur 36 placent actuellement la relation à 50 % par rapport à la technique, 8 la situent à 40 %, et 4 à 60 %.

Les 5 personnes restantes évaluent la place qu'ils donnent à la relation à moins de 40% par rapport à la technique.

On peut donc constater qu'actuellement, les orthophonistes donnent en majorité autant de place à la relation qu'à la technique.

Certains commentaires l'illustrent bien : « la relation est aussi importante que la technique. Les deux vont de pair : on ne peut rien faire sans l'une ou sans l'autre », « j'accorde une part importante à la relation avec mes patients et la famille dans ma pratique, afin d'établir autant que possible un partenariat sur lequel la technique peut venir se greffer. Néanmoins, ce n'est pas toujours facile, ni possible. J'essaie toujours qu'il y ait des allers-retours entre technique et relation, permettant un étayage réciproque ».

Certains orthophonistes pensent qu'il faudrait accorder 100 % à la technique et 100 % à la relation : « j'aurais bien donné 100 % aux deux, car l'une ne va pas sans l'autre et nous sommes toujours à 200 % ! », « l'un est aussi important que l'autre : 100 % à chaque ».

Néanmoins, selon certains orthophonistes, la place donnée à la relation dépend du type de prise en charge : « cela dépend évidemment toujours des prises en

charge », « difficile de donner un pourcentage, l'un ne va pas sans l'autre mais selon la pathologie, le pourcentage n'est pas forcément le même. Dans les pathologies lourdes : 50 %, dans les autres pathologies peut être : 40 % », « cela dépend des pathologies mais j'accorde toujours au moins 50 % au relationnel (voire plus) ».

Selon ces orthophonistes, la place accordée à la relation serait donc fonction du type de pathologies prises en charge. Les pathologies lourdes, les maladies neuro-dégénératives nécessiteraient une part de relationnel plus importante que d'autres affections.

Il est difficile de quantifier par des pourcentages des notions aussi subjectives que la relation et la technique, d'autant plus que ces notions, selon certains orthophonistes ne sont pas figées, elles peuvent varier d'une pathologie à une autre.

En conclusion, on peut constater qu'une majorité des orthophonistes interrogés accordent actuellement autant de place à la technique qu'à la relation.

Leurs parcours professionnels ont fait qu'ils ont réajusté la place qu'ils accordaient à la relation, en lui donnant plus d'importance et en proposant des prises en charge moins axées sur la technique, ou au contraire en diminuant la place de la relation pour privilégier davantage la technique.

Il se dégage l'importance d'établir un équilibre entre les aspects technique et relationnel d'une prise en charge. Ces deux versants sont indispensables et indissociables en orthophonie.

2. Évolution des habiletés relationnelles

Questions correspondantes :

Voici une liste de caractéristiques humaines qui interviennent dans une relation thérapeutique. Je vous invite à vous auto-évaluer sur ces attitudes en vous situant sur une échelle de 0 à 10. L'évaluation va porter d'une part sur vos habiletés relationnelles **à la sortie de vos études d'orthophonie**, grâce aux souvenirs que vous en avez, et d'autre part **sur vos compétences actuelles** dans ce domaine.

	A la sortie de vos études d'orthophonie	Actuellement
La facilité à entrer en relation	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
La neutralité bienveillante (neutralité dans ses jugements)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
L'écoute	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
L'empathie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
La maîtrise de ses propres émotions	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
La diplomatie (choix des mots adéquats et adaptés au contexte)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
L'adaptabilité	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
La créativité	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
La fermeté	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
L'humilité	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
La patience	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Autre (précisez) :	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

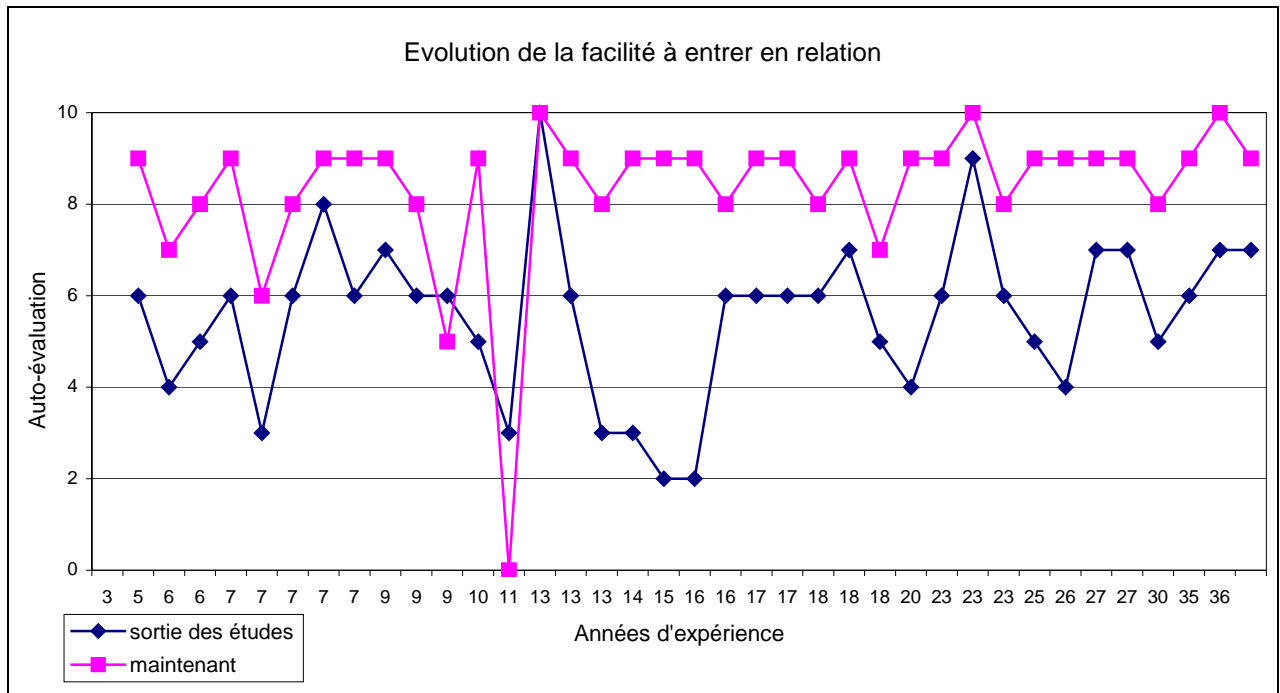
De quelles caractéristiques humaines êtes vous satisfait ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> la facilité à entrer en relation | <input type="checkbox"/> l'adaptabilité |
| <input type="checkbox"/> la neutralité bienveillante | <input type="checkbox"/> la créativité |
| <input type="checkbox"/> l'écoute | <input type="checkbox"/> la fermeté |
| <input type="checkbox"/> l'empathie | <input type="checkbox"/> l'humilité |
| <input type="checkbox"/> la maîtrise de ses propres émotions | <input type="checkbox"/> la patience |
| <input type="checkbox"/> la diplomatie | <input type="checkbox"/> autre (précisez) |

Quelles caractéristiques humaines souhaiteriez-vous encore améliorer dans votre pratique professionnelle ? (indiquer au plus 5 réponses)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> la facilité à entrer en relation | <input type="checkbox"/> l'adaptabilité |
| <input type="checkbox"/> la neutralité bienveillante | <input type="checkbox"/> la créativité |
| <input type="checkbox"/> l'écoute | <input type="checkbox"/> la fermeté |
| <input type="checkbox"/> l'empathie | <input type="checkbox"/> l'humilité |
| <input type="checkbox"/> la maîtrise de ses propres émotions | <input type="checkbox"/> la patience |
| <input type="checkbox"/> la diplomatie | <input type="checkbox"/> autre (précisez) |

2.1. La facilité à entrer en relation



Graphique n°1 : Évolution de la facilité à entrer en relation entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

Cette habileté connaît une évolution positive pour 34 orthophonistes sur 37. Elle se détériore pour 2 orthophonistes et reste la même pour 1 orthophoniste.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 5,6 et la note moyenne actuelle est environ 8,3.

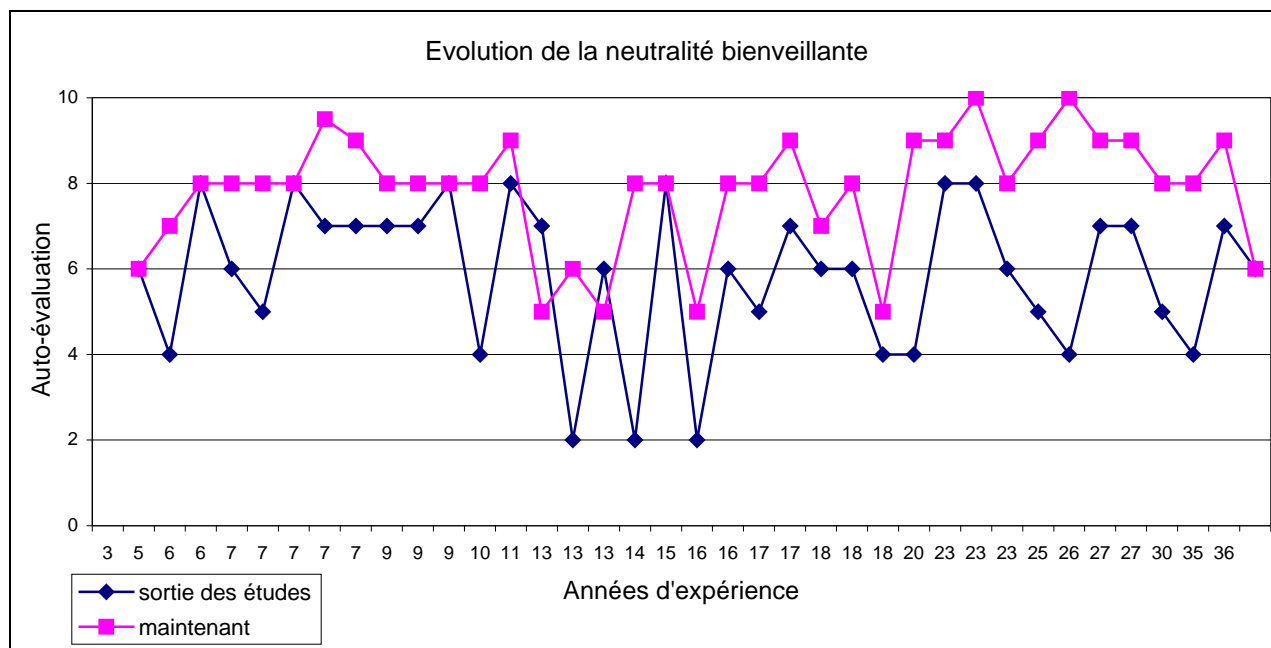
26 sont satisfaits de leur facilité à entrer en relation.

1 orthophoniste souhaiterait encore améliorer cette compétence. Une autre personne a cependant précisé que sa facilité à entrer en relation serait à améliorer « surtout avec certains patients ». Elle n'a cependant pas comptabilisé cette compétence parmi celles qu'elle souhaiterait améliorer.

On peut donc constater que, pour la majorité des orthophonistes, la facilité à entrer en relation connaît une amélioration au fil du temps.

À noter cependant que les 2 orthophonistes pour lesquels cette compétence a diminué ont 9 et 10 ans d'expérience.

2.2. La neutralité bienveillante



Graphique n°2 : Évolution de la neutralité bienveillante entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

Cette habileté connaît une amélioration pour 29 orthophonistes sur 37. Elle se détériore pour 2 orthophonistes et reste la même pour 6 orthophonistes.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 5,8 et la note moyenne actuelle est environ 7,8.

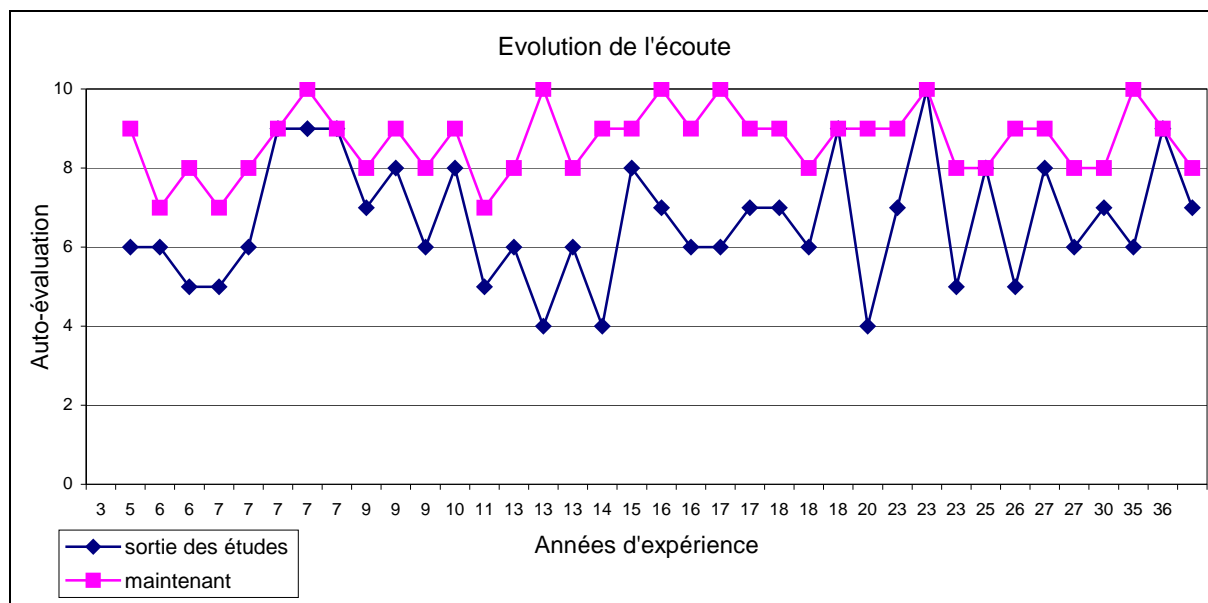
15 sont satisfaits de leur neutralité bienveillante.

14 orthophonistes souhaiteraient encore améliorer cette compétence. D'après le commentaire d'une personne, « on peut certainement toujours plus ».

La neutralité bienveillante s'améliore au fil des années pour la majorité des orthophonistes.

Les personnes pour lesquelles cette compétence diminue ont 11 et 13 ans d'expérience.

2.3. L'écoute



Graphique n°3 : Évolution de l'écoute entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

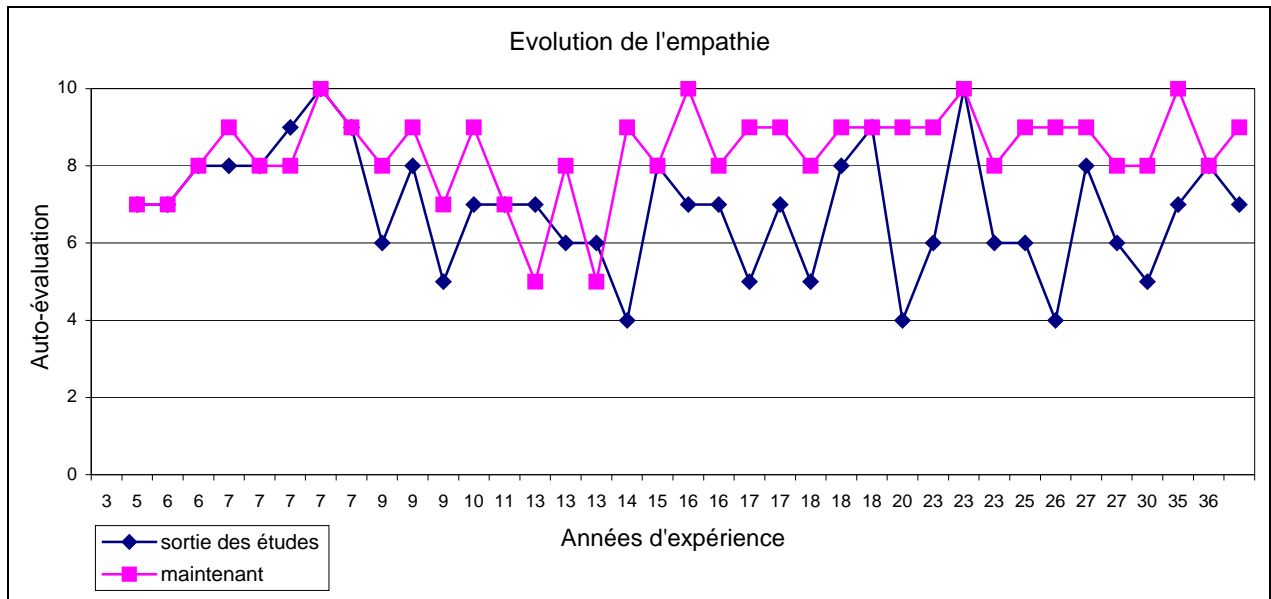
Cette habileté connaît une amélioration pour 31 orthophonistes sur 37. Elle ne se détériore pour personne et reste la même pour 6 orthophonistes.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 6,7 et la note moyenne actuelle est environ 8,7.

27 sont satisfaits de leur capacité d'écoute.

7 orthophonistes souhaiteraient encore améliorer cette compétence.

2.4. L'empathie



Graphique n°4 : Évolution de l'empathie entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

Cette habileté connaît une amélioration pour 23 orthophonistes sur 37. Elle se détériore pour 3 orthophonistes et reste la même pour 11 orthophonistes.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 6,8 et la note moyenne actuelle est environ 8,5.

25 personnes sont satisfaites de leur empathie.

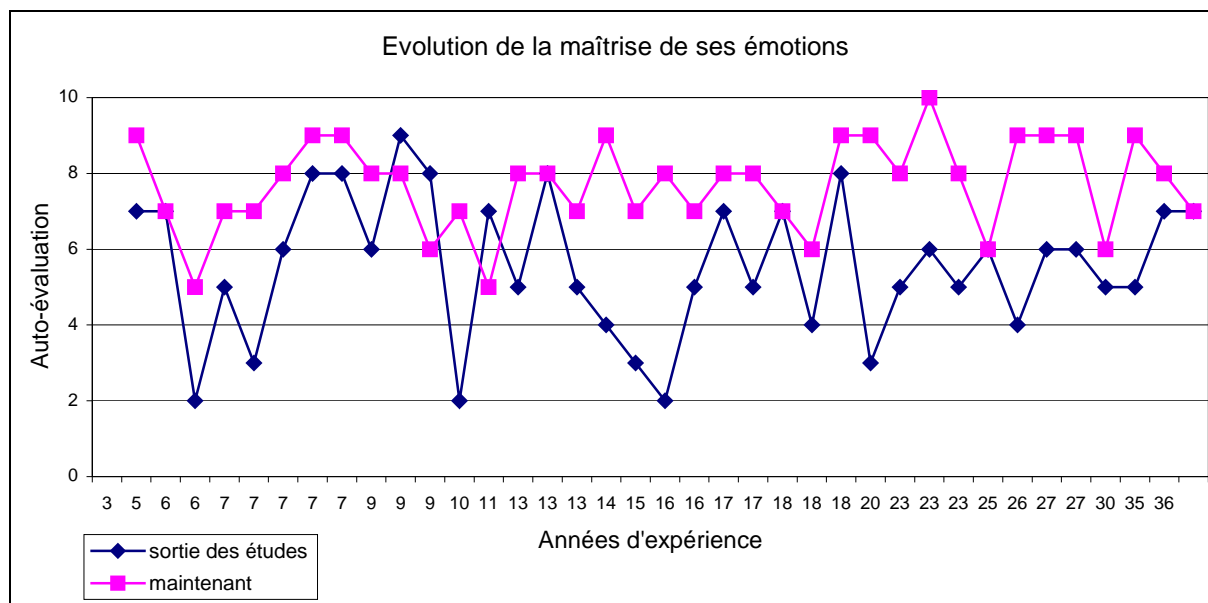
7 orthophonistes souhaiteraient encore améliorer cette compétence.

Globalement, l'empathie s'améliore au fil de l'expérience professionnelle des orthophonistes.

On peut néanmoins constater une évolution de la capacité d'empathie quasi nulle en début de carrière, jusqu'à environ 7 ans d'expérience.

De plus, les 3 orthophonistes dont l'empathie a diminué, ont entre 7 et 13 ans d'expérience.

2.5. La maîtrise de ses émotions



Graphique n°5 : Évolution de la maîtrise émotionnelle entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

Cette habileté connaît une amélioration pour 29 orthophonistes sur 37. Elle se détériore pour 3 orthophonistes et reste la même pour 5 orthophonistes.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 5,6 et la note moyenne actuelle est environ 7,7.

7 sont satisfaits de leur maîtrise émotionnelle.

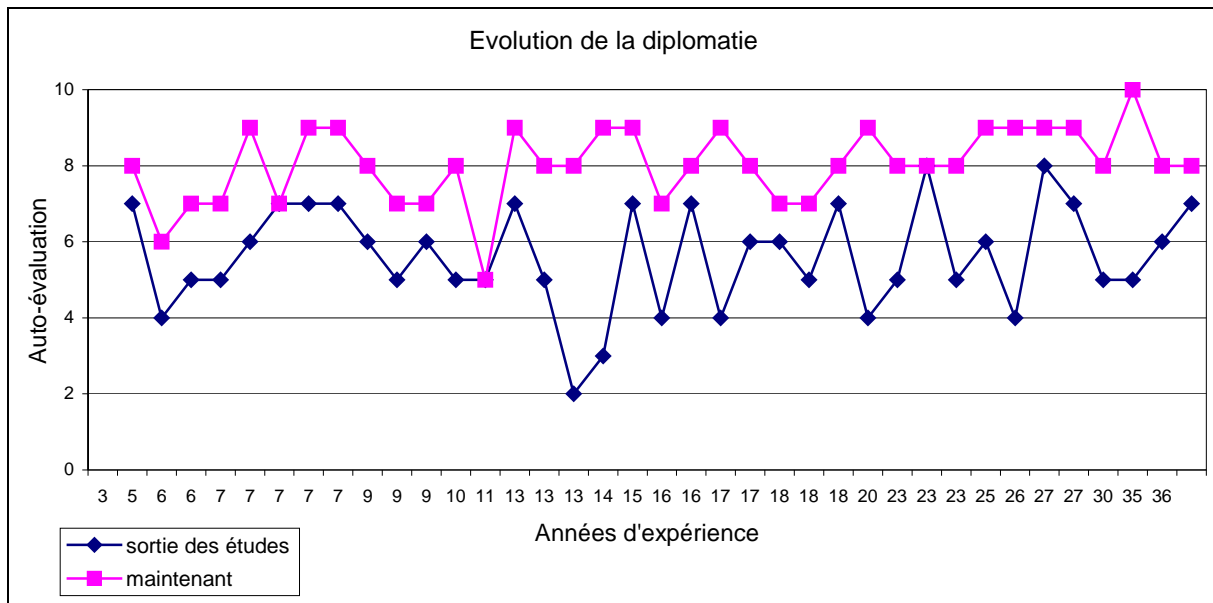
17 orthophonistes souhaiteraient encore améliorer cette compétence. Une personne a d'ailleurs commenté cette habileté d'un « difficile ».

Globalement, la maîtrise émotionnelle des orthophonistes s'améliore au cours de leur carrière.

Les orthophonistes pour qui elle diminue, ont 9 et 10 ans d'expérience. Une de ces personnes a d'ailleurs justifié cette évolution par le fait qu'à la sortie de ses études, son approche était très technique, et par conséquent que les émotions intervenaient peu, alors qu'actuellement, elle laissait plus de place à la relation, (la différence

d'évaluation de la place donnée à la relation entre la sortie de ses études et aujourd'hui le confirme), ce qui lui donnait « plus d'émotions à gérer ».

2.6. La diplomatie



Graphique n°6 : Évolution de la diplomatie entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

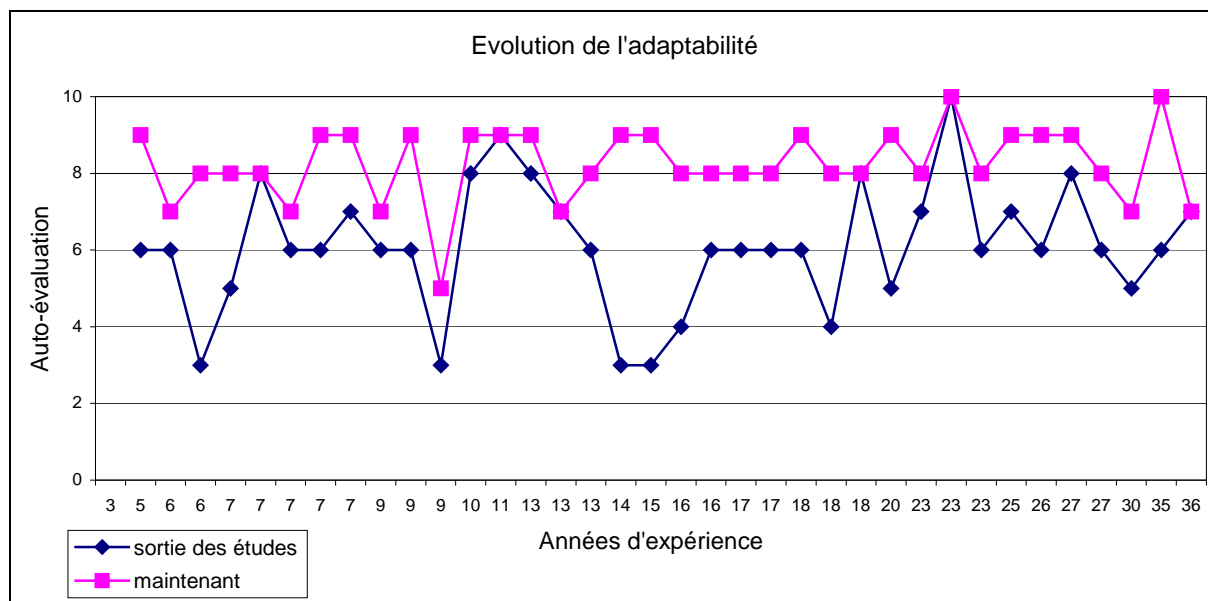
Cette habileté connaît une amélioration pour 34 orthophonistes sur 37. Elle ne se détériore pour personne et reste la même pour 3 orthophonistes.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 5,6 et la note moyenne actuelle est environ 8.

12 sont satisfaits de leur diplomatie.

7 orthophonistes souhaiteraient encore améliorer cette compétence.

2.7. L'adaptabilité



Graphique n°7 : Évolution de l'adaptabilité entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

Un orthophoniste n'a pas renseigné l'évolution de cette habileté.

Cette compétence connaît une amélioration pour 30 orthophonistes sur 36. Elle ne se détériore pour personne et reste la même pour 6 orthophonistes.

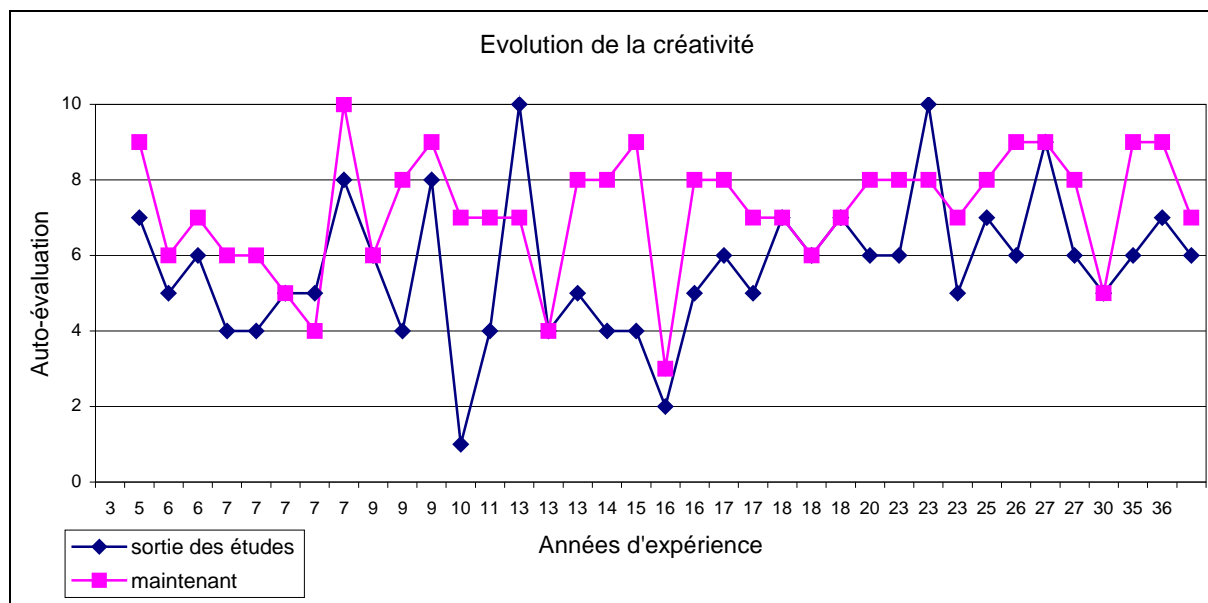
La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 6,1 et la note moyenne actuelle est environ 8,2.

22 sont satisfaits de leur adaptabilité.

6 orthophonistes souhaiteraient encore améliorer cette compétence.

Cette habileté s'améliore donc pour la majorité des orthophonistes.

2.8. La créativité



Graphique n°8 : Évolution de la créativité entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

Cette habileté connaît une amélioration pour 26 orthophonistes sur 37. Elle se détériore pour 3 orthophonistes et reste la même pour 8 orthophonistes.

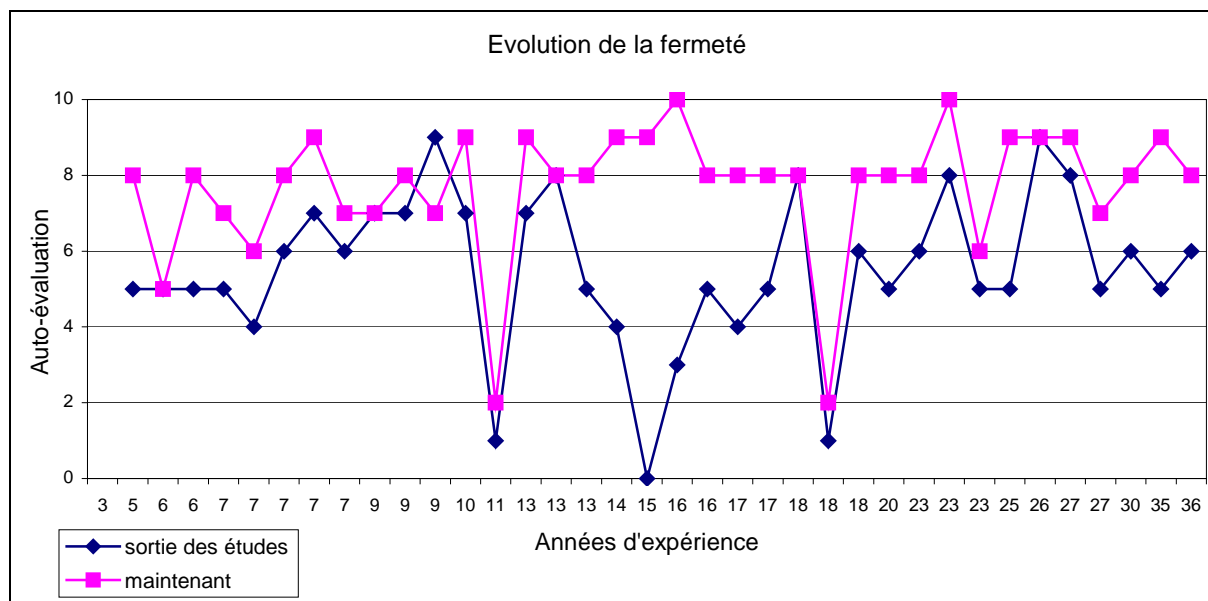
La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 5,7 et la note moyenne actuelle est environ 7,2.

8 sont satisfaits de leur créativité.

18 orthophonistes souhaiteraient encore améliorer cette compétence.

La créativité s'améliore pour la majorité des orthophonistes.

2.9. La fermeté



Graphique n°9 : Évolution de la fermeté entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

Un orthophoniste n'a pas renseigné l'évolution de cette habileté.

Cette compétence connaît une amélioration pour 30 orthophonistes sur 36. Elle se détériore pour 1 orthophoniste et reste la même pour 5 orthophonistes.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 5,5 et la note moyenne actuelle est environ 7,7.

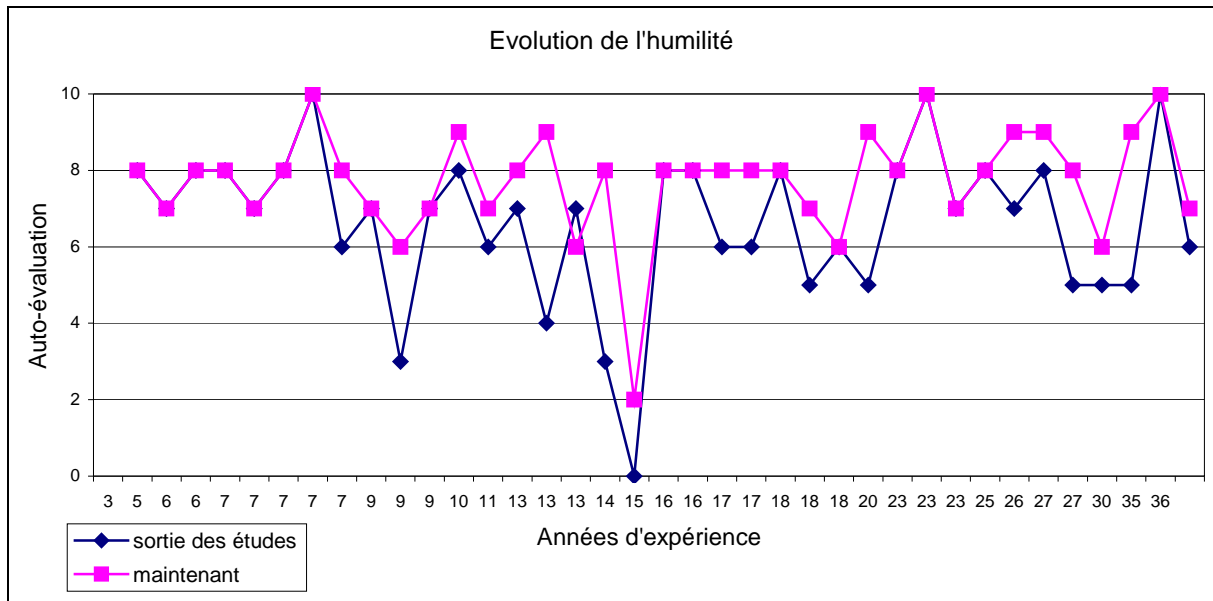
12 sont satisfaits de leur fermeté.

10 orthophonistes souhaiteraient encore améliorer cette compétence. Selon une personne, la fermeté est son « plus gros problème ».

La fermeté s'améliore donc en général avec les années.

L'orthophoniste dont la fermeté a diminué a 9 ans d'expérience. Cette personne explique cependant cette évolution par le fait qu'elle était « stricte » en début d'exercice, alors qu'elle est maintenant plus « souple ».

2.10. L'humilité



Graphique n°10 : Évolution de l'humilité entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

Cette habileté connaît une amélioration pour 18 orthophonistes sur 37. Elle se détériore pour 1 orthophoniste et reste la même pour 17 orthophonistes.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 6,6 la note moyenne qu'ils se donnent actuellement est environ 7,7.

15 se sentent satisfaits, ou du moins ont une opinion positive de leur humilité.

2 orthophonistes souhaiteraient encore améliorer cette compétence.

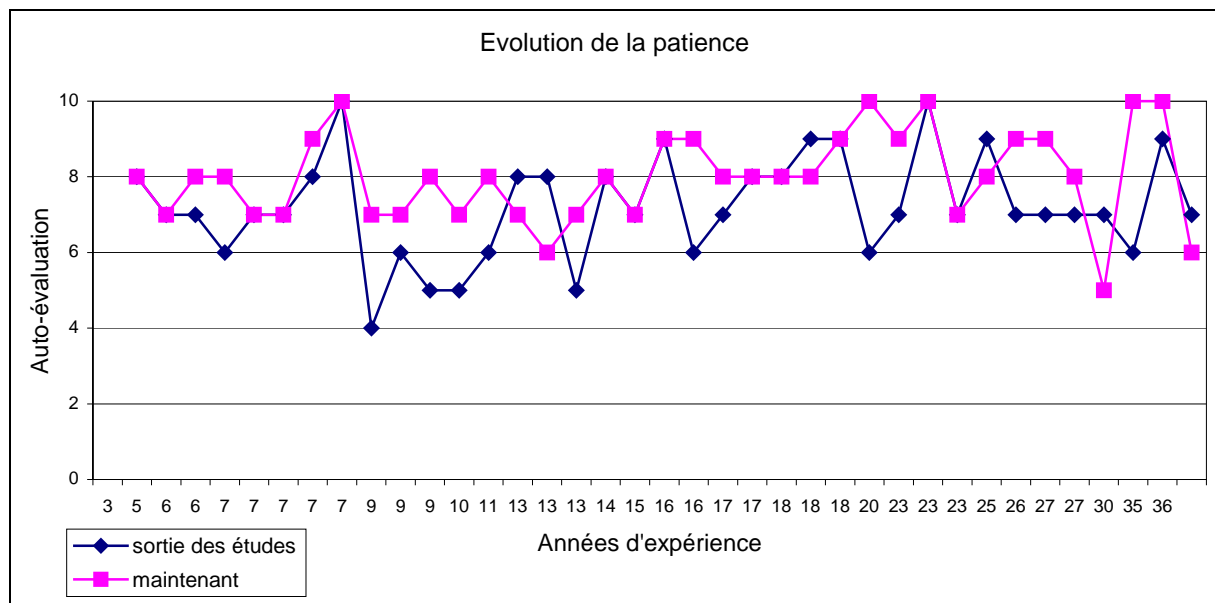
On peut tout de même s'interroger sur la notation de cette compétence. Que penser de l'humilité des orthophonistes qui se mettent une note de 10 à cette habileté ?

On peut constater que l'humilité pour les orthophonistes jusqu'à 7 ans d'expérience n'évolue quasiment pas.

L'orthophoniste, qui a constaté une baisse de son humilité, a 13 ans d'expérience.

Les auto-évaluations concernant l'humilité sont mitigées, en effet, il y a quasiment autant d'orthophonistes qui ont constaté une évolution positive de leur humilité que d'orthophonistes n'ayant pas remarqué d'évolution particulière dans ce domaine.

2.11. La patience



Graphique n°11 : Évolution de la patience entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

Cette habileté connaît une amélioration pour 18 orthophonistes sur 37. Elle se détériore pour 6 orthophonistes et reste la même pour 13 orthophonistes.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 7,2 et la note moyenne qu'ils se donnent actuellement est environ 8.

19 sont satisfaits de leur patience.

10 orthophonistes souhaiteraient encore améliorer cette compétence.

A partir de 11 ans d'expérience, certains orthophonistes ont constaté que leur patience diminuait.

2.12. Autres habiletés

Certains orthophonistes ont proposé d'autres compétences relationnelles comme « la capacité à prendre de la distance », « la confiance en son savoir », « le dynamisme » et « le plaisir à travailler avec le patient ».

2.13. Conclusion

L'évolution des habiletés relationnelles est globalement positive pour les orthophonistes interrogés.

L'écoute, la diplomatie et l'adaptabilité n'évoluent négativement pour personne. On peut constater que ces compétences se sont améliorées en majorité.

Par ailleurs, les résultats concernant l'humilité sont assez mitigés. Deux phénomènes principaux sont observés : soit elle n'évolue pas, soit elle évolue positivement. Elle diminue pour une personne seulement.

Globalement, les orthophonistes jusqu'à environ 7 ans d'exercice ont le sentiment que leur humilité est restée identique entre leur début de pratique et aujourd'hui.

Et il en est de même pour l'empathie : jusqu'à 7 ans d'expérience, quasiment aucune évolution n'est constatée par les personnes interrogées.

La patience, quant à elle, commence à diminuer chez certains à partir de 10 ans d'expérience professionnelle.

D'une manière globale, on peut noter un phénomène particulier dans l'évolution des compétences relationnelles des orthophonistes interrogés :

On peut en effet observer une concentration des habiletés relationnelles qui se détériorent chez les orthophonistes ayant entre 7 et 13 ans d'expérience professionnelle. Effectivement, sur cette catégorie, les auto-évaluations de 8 personnes suggèrent la détérioration d'une ou plusieurs habiletés relationnelles.

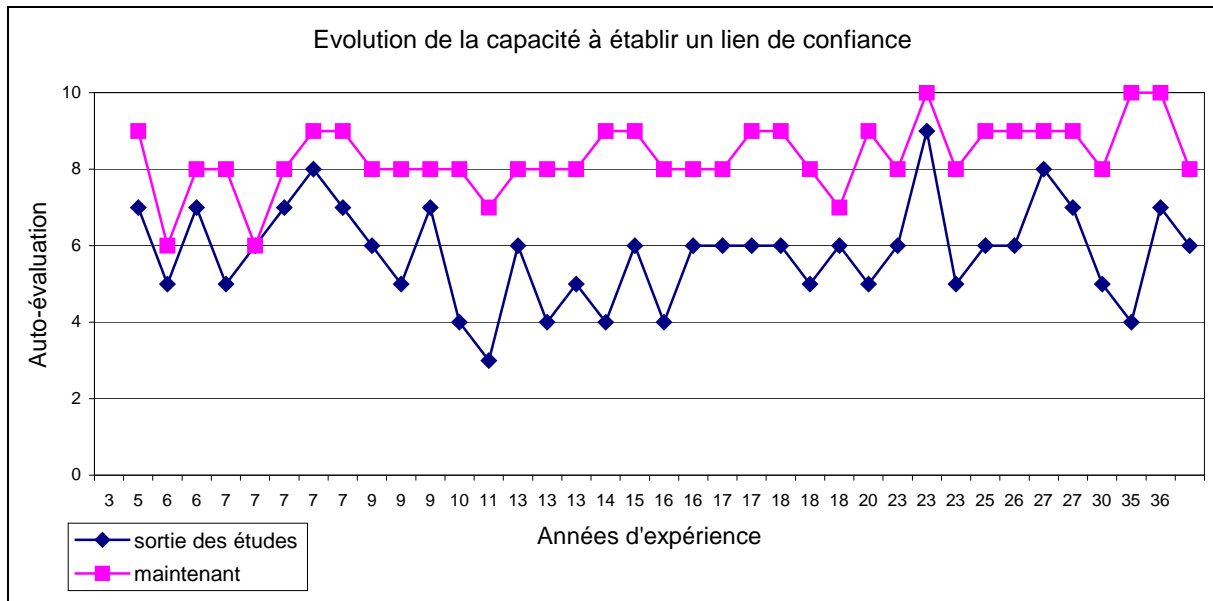
3. Évolution de la relation en pratique

Questions correspondantes :

Voici une liste de situations auxquelles l'orthophoniste est ou peut être confronté dans sa pratique professionnelle. Je vous invite comme précédemment à vous auto-évaluer sur vos compétences pour :

	A la sortie de vos études d'orthophonie	Actuellement
Etablir un lien de confiance	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Susciter la motivation	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Annoncer une mauvaise nouvelle (quelque chose qui a toutes les chances de décevoir)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faire face à un patient en trop grande demande affective	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faire face à un patient agité	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faire face à un patient angoissé	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faire face à un patient en grande souffrance	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faire face à une agression verbale ou physique	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faire face à un conflit	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Autre (précisez) :	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.1. Établir un lien de confiance



Graphique n°12 : Évolution de la capacité à établir un lien de confiance entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

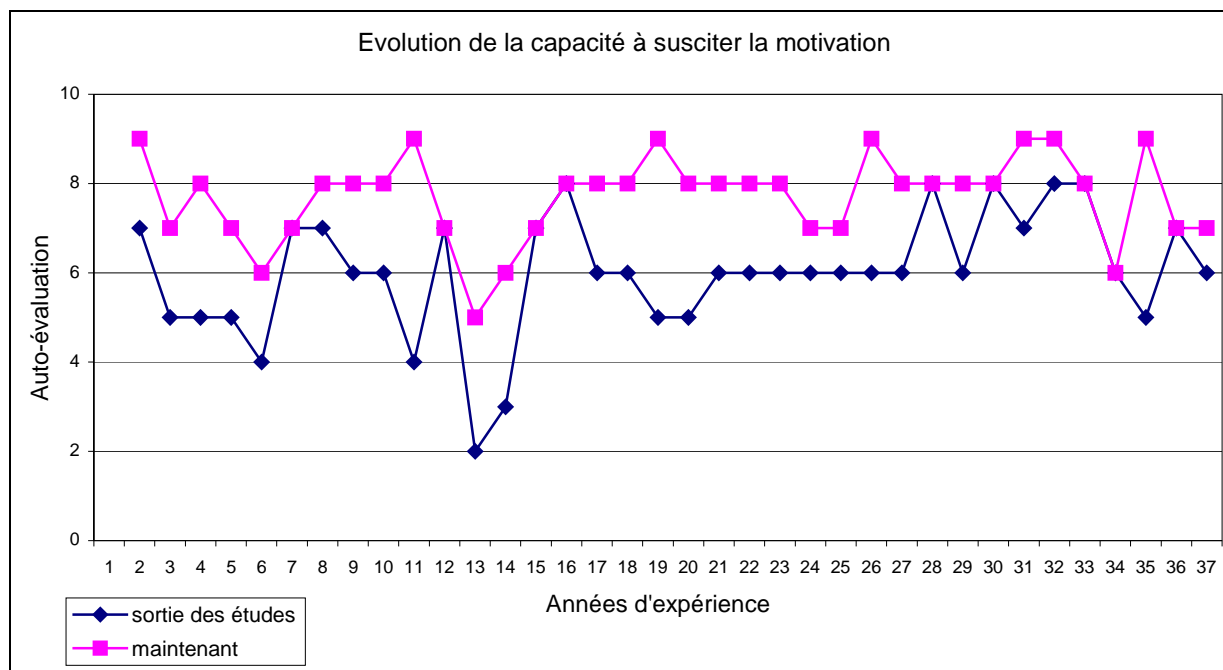
L'évolution de la capacité des orthophonistes à établir un lien de confiance est positive pour 36 d'entre eux.

Personne ne connaît d'évolution négative dans ce domaine et seul 1 orthophoniste n'a pas vu d'évolution au fil du temps dans cette compétence.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 5,8 et la note moyenne qu'ils se donnent actuellement est environ 8,3.

Selon une personne, « dans ce domaine intervient aussi l'âge... quand on commence à exercer à 21 ans et que cela se voit, les gens nous font forcément moins confiance (à tort ou à raison) que lorsqu'on a quelques rides. Ceux qui commencent leur expérience professionnelle plus âgés auront sans doute un rapport différent, alors que l'expérience ou l'inexpérience est la même ».

3.2. Susciter la motivation



Graphique n°13 : Évolution de la capacité à susciter la motivation entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

Un orthophoniste n'a pas évalué sa capacité à susciter la motivation à la sortie de ses études.

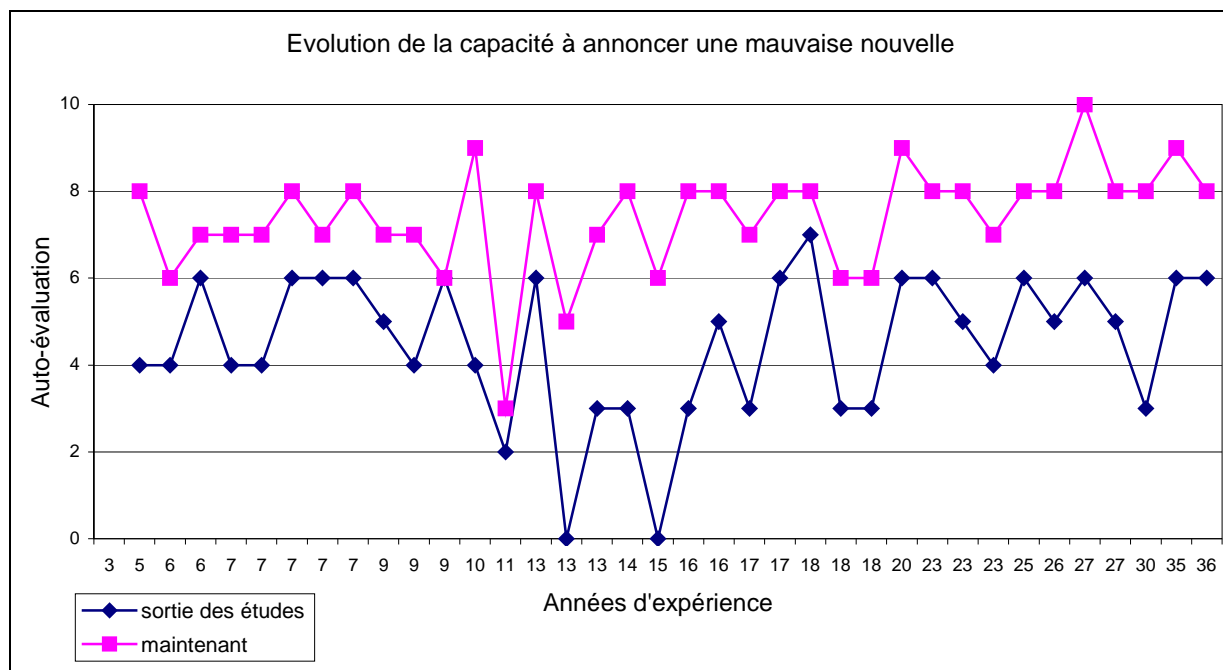
L'évolution de la capacité des orthophonistes à susciter la motivation est positive pour 27 d'entre eux.

Personne ne connaît d'évolution négative dans ce domaine.

9 orthophonistes n'ont pas vu d'évolution au fil du temps dans cette compétence. Parmi ces 9 orthophonistes, 4 se situent entre 7 et 13 ans de pratique professionnelle et 5 après 23 ans.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est 6 et la note moyenne actuelle est environ 7,7.

3.3. Annoncer une mauvaise nouvelle



Graphique n°14 : Évolution de la capacité à annoncer une mauvaise nouvelle entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

Un orthophoniste n'a pas renseigné l'évolution de ses compétences dans ce domaine.

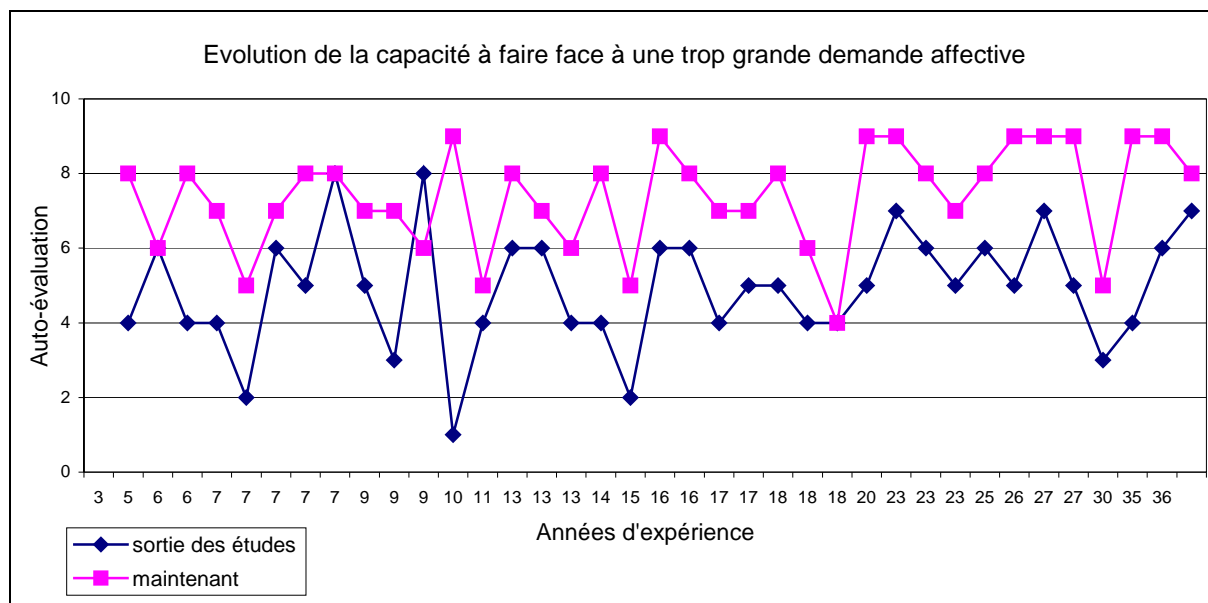
L'évolution de la capacité des orthophonistes à annoncer une mauvaise nouvelle est positive pour 35 d'entre eux.

Personne ne connaît d'évolution négative dans ce domaine.

Un orthophoniste n'a pas vu d'évolution au fil du temps dans cette compétence.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 4,5 et la note moyenne actuelle est environ 7,4.

3.4. Faire face à un patient en trop grande demande affective



Graphique n°15 : Évolution de la capacité à faire face à une trop grande demande affective entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

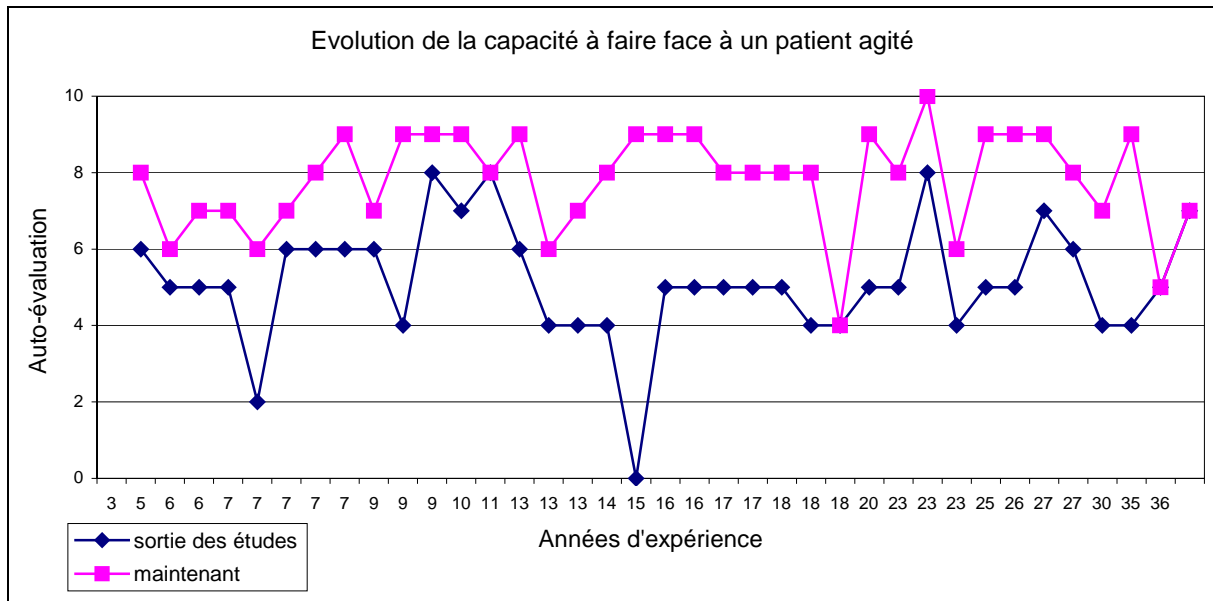
L'évolution de la capacité des orthophonistes à faire face à une trop grande demande affective est positive pour 33 d'entre eux.

1 orthophoniste connaît une évolution négative dans ce domaine, à 9 ans d'expérience.

3 orthophonistes n'ont pas vu d'évolution au fil du temps dans cette compétence.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 4,9 et la note moyenne qu'ils se donnent actuellement est environ 7,4.

3.5. Faire face à un patient agité



Graphique n°16 : Évolution de la capacité à faire face à un patient agité entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

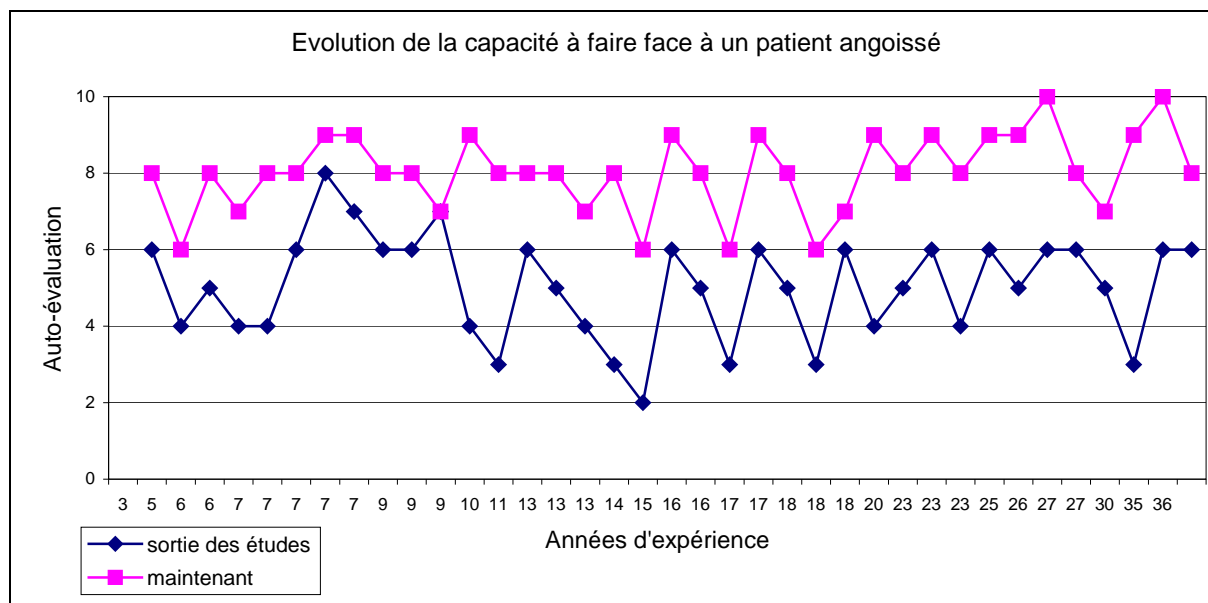
L'évolution de la capacité des orthophonistes à faire face à un patient agité est positive pour 33 d'entre eux.

Personne ne connaît d'évolution négative dans ce domaine.

4 orthophonistes n'ont pas vu d'évolution au fil du temps dans cette compétence.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 5,1 et la note moyenne actuelle est environ 7,8.

3.6. Faire face à un patient angoissé



Graphique n°17 : Évolution de la capacité à faire face à un patient angoissé entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

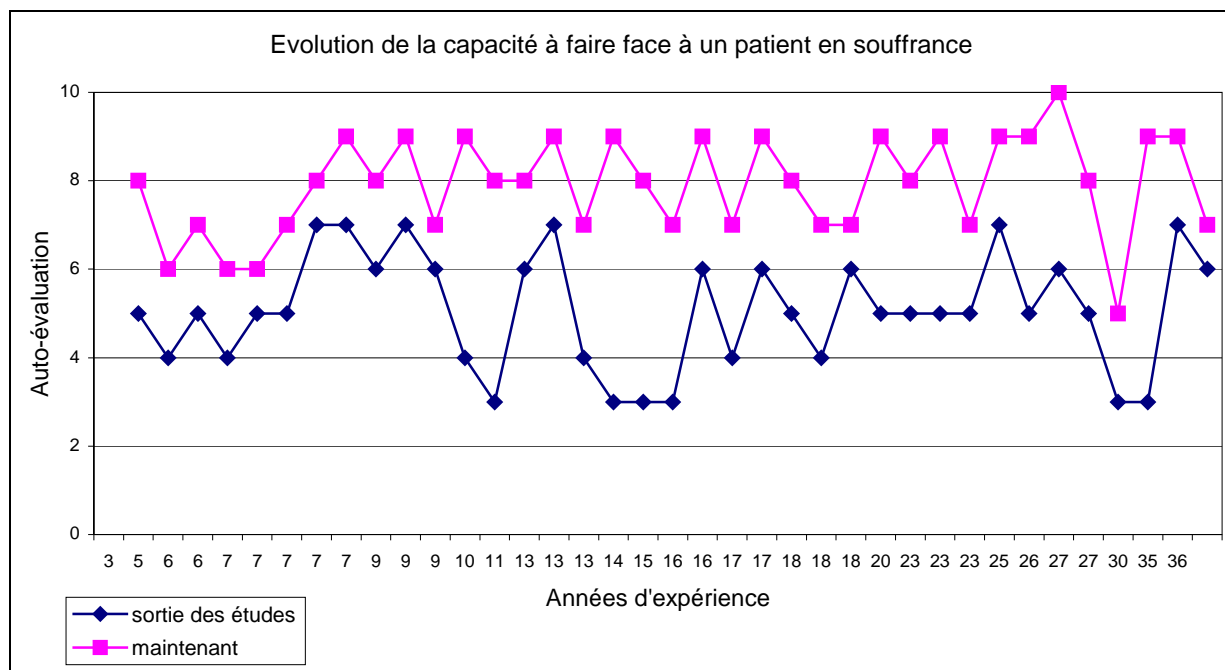
L'évolution de la capacité des orthophonistes à faire face à un patient angoissé est positive pour 36 d'entre eux.

Personne ne connaît d'évolution négative dans ce domaine.

Un orthophoniste n'a pas vu d'évolution au fil du temps dans cette compétence.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 5 et la note moyenne qu'ils se donnent actuellement est environ 8.

3.7. Faire face à un patient en grande souffrance

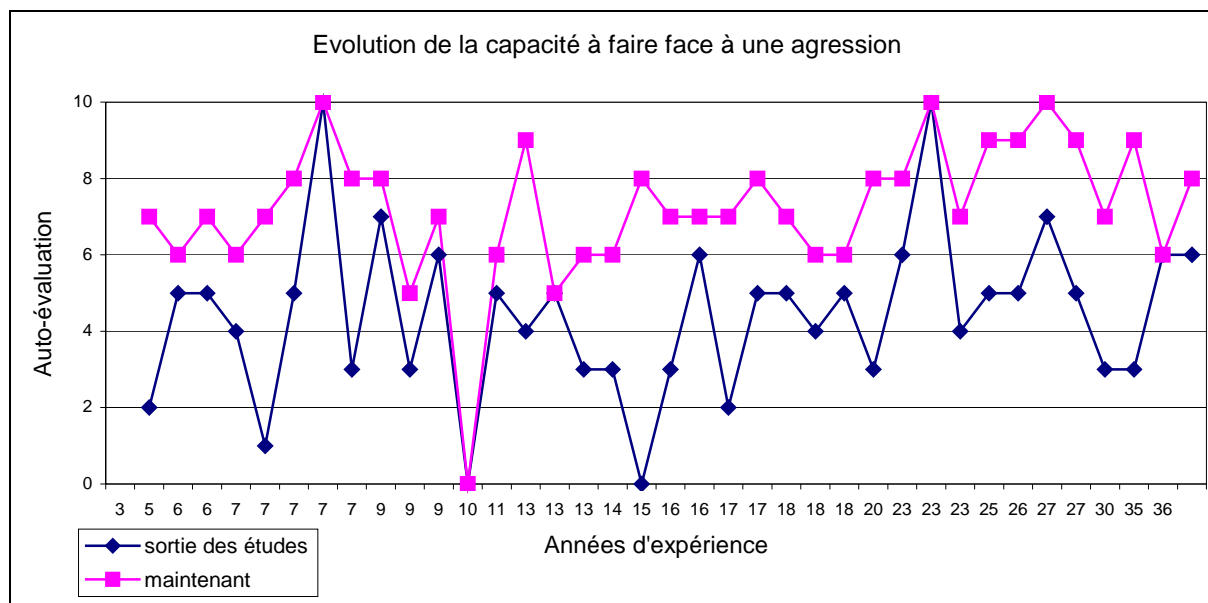


Graphique n°18 : Évolution de la capacité à faire face à un patient en souffrance entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

L'évolution de la capacité des orthophonistes à faire face à la souffrance est positive pour les 37 personnes interrogées.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 5 et la note moyenne actuelle est environ 7,9.

3.8. Faire face à une agression verbale ou physique



Graphique n°19 : Évolution de la capacité à faire face à une agression entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

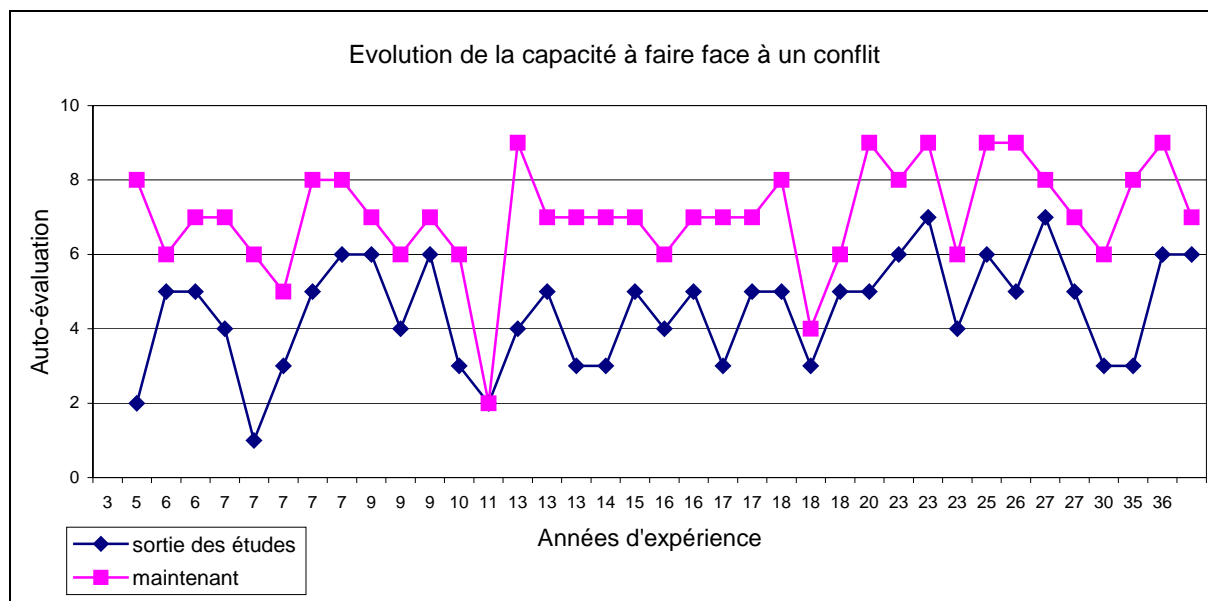
L'évolution de la capacité des orthophonistes à faire face à une agression est positive pour 32 d'entre eux.

Personne ne connaît d'évolution négative dans ce domaine.

5 orthophonistes n'ont pas vu d'évolution au fil du temps dans cette compétence.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 4,4 et la note moyenne qu'ils se donnent actuellement est environ 7,2.

3.9. Faire face à un conflit



Graphique n°20 : Évolution de la capacité à faire face à un conflit entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui

L'évolution de la capacité des orthophonistes à faire face à un conflit est positive pour 36 d'entre eux.

Personne ne connaît d'évolution négative dans ce domaine.

Un orthophoniste n'a pas vu d'évolution au fil du temps dans cette compétence.

La note moyenne que les orthophonistes se donnent en début d'exercice est environ 4,4 et la note moyenne actuelle est environ 7.

3.10. Autres situations

Un orthophoniste a proposé « remettre en place les parents ».

3.11. Conclusion

L'évolution de la pratique relationnelle est globalement positive, encore plus que l'évolution des habiletés.

On peut toutefois observer le même phénomène que précédemment, même s'il est plus discret : une concentration des compétences qui n'évoluent pas ou diminuent (évolution négative d'une compétence pour une personne seulement) pour les orthophonistes ayant entre 7 et 13 ans de pratique professionnelle.

Cependant, certains orthophonistes de plus de 23 ans de carrière ont le sentiment que leur capacité à susciter la motivation n'a pas évolué avec le temps.

4. Conclusion

Du point de vue des habiletés relationnelles, comme de celui de la pratique, les orthophonistes interrogés ont majoritairement le sentiment d'une évolution positive entre leur début d'exercice et aujourd'hui.

Néanmoins, beaucoup d'orthophonistes entre 7 et 13 ans d'exercice environ ont manifestement le sentiment d'une baisse de certaines de leurs compétences relationnelles.

Par ailleurs, jusqu'à 7 ans d'exercice environ, des compétences comme l'empathie et l'humilité n'évoluent pas ou peu d'après les orthophonistes interrogés.

De plus, à mesure que l'expérience professionnelle progresse, on peut constater chez certains une baisse de la patience à partir de 10 ans d'exercice et le sentiment

pour certaines personnes de non évolution de la capacité à susciter la motivation à partir de 23 ans de pratique.

L'objet de la suite de cette analyse est par conséquent de tenter de cerner quels facteurs font progresser la relation au patient et quels facteurs la font évoluer négativement.

C. FACTEURS DE L'ÉVOLUTION RELATIONNELLE

1. Facteurs contribuant à une évolution positive

1.1. Propositions du questionnaire

Questions correspondantes :

Pensez-vous que l'évolution de vos compétences relationnelles est due :

- à une éventuelle autre pratique professionnelle exercée ?
 oui non
- à vos formations complémentaires ?
 oui non
- au fait d'avoir des enfants ? (si vous êtes concerné)
 oui non
- à un éventuel recours à des techniques de développement personnel ?
 oui non
- à l'existence dans votre entourage d'une personne handicapée ?
 oui non
- autre :

1.1.1. Une autre pratique professionnelle

4 personnes sur 37 ont répondu, dans la première partie du questionnaire, qu'elles avaient déjà exercé une autre activité professionnelle que celle d'orthophoniste.

Parmi ces 4 orthophonistes, 3 pensent que cette autre activité les a aidés dans leur relation au patient. Les 3 activités concernées sont : secrétaire trilingue, vente de produits diététiques et enseignement spécialisé pour enfants sourds.

La quatrième personne considère manifestement que son activité de vente en télécommunication n'a pas joué de rôle particulier dans son approche relationnelle du patient.

De plus, 3 autres orthophonistes pensent qu'une autre pratique professionnelle les a fait évoluer. Ils n'ont toutefois pas précisé dans la première partie du questionnaire de quelle activité il s'agissait.

Au total, 6 orthophonistes sur 7 concernés, soit 85,7% des personnes concernées, pensent donc qu'une autre pratique professionnelle les a aidés à progresser d'un point de vue relationnel.

1.1.2. Les formations complémentaires

1 orthophoniste n'a pas renseigné cette question.

32 orthophonistes déclarent que leurs formations complémentaires les ont aidés à évoluer dans leur relationnel. Une personne a d'ailleurs précisé : « surtout Cogi'act ».

Et 4 orthophonistes affirment que leurs formations complémentaires n'ont pas joué de rôle particulier dans leur évolution.

Cependant, 2 personnes sur ces 4 orthophonistes ont cité leurs formations dans la question suivante sur les principaux facteurs ayant participé à leur évolution relationnelle. Cette contradiction s'explique par notre choix du terme de formations « complémentaires ». Cela n'a pas toujours été bien interprété : certains ont pensé qu'il s'agissait de formations longues. Le terme plus adéquat aurait été « formations continues ». Ces deux orthophonistes peuvent donc être comptabilisés parmi les réponses positives.

On peut par conséquent considérer que, sur 36 orthophonistes (une personne n'a pas renseigné la proposition), 34, soit 94,4 % des personnes interrogées, affirment que leurs formations ont joué un rôle dans leur évolution relationnelle.

1.1.3. Avoir des enfants

31 orthophonistes sur 37 sont concernés par la parentalité.

Sur ces 31 personnes concernées, une n'a pas renseigné la proposition. 1 orthophoniste pense que la parentalité ne l'a pas aidé à évoluer dans sa relation au patient et les 29 autres, soit 93,5 % des personnes concernées, indiquent que le fait d'avoir des enfants les a aidés à avancer dans leur pratique relationnelle.

1.1.4. Les techniques de développement personnel

18 orthophonistes sont concernés par le développement personnel (psychothérapie, coaching, supervision ou autre).

Sur ces 18 personnes, une n'a pas renseigné la proposition, et une autre pense que la psychothérapie qu'elle a suivie ne l'a pas aidée, mais elle avait précisé au départ que cette thérapie avait été faite « il y a longtemps », avant ses études.

Une personne a répondu « non ». Elle a déjà été supervisée, mais considère que la supervision ne rentre pas dans les techniques de développement personnel. Elle ajoute cependant que la supervision l'a aidée à avancer. On peut donc ajouter sa réponse parmi les « oui ».

16 personnes sur 18, soit 88,9 % des personnes concernées, pensent donc que des techniques de développement personnel les ont aidées dans leur évolution relationnelle.

Sur ces 16 personnes, 9 ont déjà suivi une psychothérapie, 1 a déjà fait du coaching, 8 ont déjà été supervisées, et 6 personnes ont cité d'autres techniques : la sophrologie (2 personnes), des séances en couple et le parcours des équipes

proposé par le CLER (une personne), le qi gong et le chant (une personne), la PNL (une personne), et des lectures et un groupe de pratique en communication non violente (une personne).

1.1.5. Connaître personnellement une personne handicapée

Une personne n'a pas renseigné la proposition. On peut donc supposer qu'elle n'est pas concernée.

10 orthophonistes sur 36 pensent que l'existence dans leur entourage d'une personne handicapée les a aidés à évoluer.

26 considèrent que non : soit elles ne sont pas concernées par la proposition, soit elles le sont mais ne pensent pas que ce facteur ait eu une influence sur leur relation au patient. Le questionnaire ne permet de savoir combien de personnes sont concernées par la proposition.

1.1.6. Autre

Différentes propositions ont été faites par les orthophonistes. « L'expérience » a été citée 5 fois, la « remise en question », 2 fois. Les échanges et les contacts avec d'autres collègues ont été cités 2 fois. Une personne a d'ailleurs évoqué le contact avec d'autres spécialistes en salariat : « contact avec les collègues : éducateurs en ITEP, puis psy en CMPP = 2 visions différentes de la relation ».

Ont été cités également : « un savoir-faire acquis au fil du temps », le « contact des patients », « l'expérimentation des relations au niveau professionnel et personnel », « l'humilité, le recul... », « plus d'assurance avec la pratique », les « lectures, rencontres, échanges », et la « maturité » grandissante.

1.2. Facteurs retenus par les orthophonistes

Question correspondante :

Classez par ordre d'importance les facteurs qui ont influencé l'évolution de vos habiletés relationnelles (les questions précédentes ne sont que des propositions) :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Les facteurs retenus par les orthophonistes ont été séparés en deux catégories : les facteurs d'ordre professionnels et les facteurs d'ordre personnels.

1.2.1. Facteurs professionnels

On retrouve les propositions du questionnaire parmi les facteurs cités, c'est-à-dire l'exercice d'une autre profession, les formations complémentaires et la supervision.

Cependant, les orthophonistes ont proposé d'autres facteurs qui ont été classés dans les catégories suivantes : le vécu professionnel, l'acceptation des limites de l'orthophonie, les difficultés rencontrées, le feed-back des patients, le partage d'expérience avec les collègues, la meilleure maîtrise technique, la gestion de son propre cabinet et la formation aux étudiants.

1.2.1.1. Exercice d'une autre profession

Parmi les 7 orthophonistes ayant déjà eu une autre pratique professionnelle, 6, selon la proposition précédente, considéraient que l'exercice d'une autre profession les avait aidés à évoluer dans leur relation au patient.

Et parmi ces 6 personnes, 4 ont repris ce facteur pour le situer parmi les 5 principaux les ayant fait évoluer, soit 57,1 % des orthophonistes concernés de cette catégorie.

Une seule personne parmi les 4 a cité l'autre profession exercée : l'enseignement spécialisé pour enfants sourds. Pour les 3 autres, nous ne connaissons pas l'autre profession exercée.

On peut aisément entrevoir l'apport que l'enseignement spécialisé pour enfants sourds peut apporter en matière de relationnel dans la pratique orthophonique en termes d'adaptation à l'autre, au handicap, de mise en confiance, etc.

1.2.1.2. Formations complémentaires

Les 37 personnes interrogées étaient à priori toutes concernées par les formations complémentaires.

34 orthophonistes, selon la proposition précédente, considéraient que leurs formations complémentaires les avaient aidés à évoluer dans leur relation au patient.

Sur ces 34 personnes, 25, soit un pourcentage de 67,6 % par rapport aux orthophonistes concernés, ont situé leurs formations complémentaires dans les 5 principaux facteurs les ayant fait évoluer.

Certains ont fait des commentaires et précisé quelles formations leur avaient le plus apporté :

Une personne a précisé « surtout Cogi'act ». Dans cette formation, selon cette personne, « c'est à l'orthophoniste de se mettre au niveau de l'enfant, si ça n'avance pas, c'est qu'on ne s'est pas bien adapté ».

La formation en gestion mentale a été citée par une personne. L'apport de cette formation pour elle a été le suivant : « j'ai appris à travailler avec les demandes de l'enfant, même si ça ne correspond pas aux priorités de mon bilan ».

La formation « comment gérer le patient de son entourage ? », dispensée par Yolaine Latour a également été citée.

La PNL a été citée par une personne.

Une autre personne a parlé de son « besoin de formation (thérapie systémique, les différentes personnalités) pour une relation plus efficace ».

La formation palliative est également citée par quelqu'un comme étant « un vrai plus quant à la gestion de l'autre ».

1.2.1.3. Vécu professionnel

Le contact avec les patients, l'expérience et le vécu professionnel des situations et des relations ont été cités par 23 orthophonistes sur 37, soit 62,2 % des personnes interrogées.

D'autres termes ont parfois été utilisés comme : « la pratique », « les multiples rencontres », le « travail clinique », « la richesse des rencontres, des contacts : toutes populations, tous âges, tous niveaux sociaux », « l'échange avec les familles », etc.

Le vécu professionnel permet, d'après les commentaires de certains orthophonistes, de faire « des comparaisons entre les différentes prises en charge », de questionner sa pratique, de réfléchir et faire un « retour sur soi », de se remettre en question.

En effet, les situations, les relations, les rencontres, avec des personnes singulières et uniques dans leur façon d'être et leur personnalité peuvent enrichir l'approche relationnelle de l'orthophoniste.

Plus il sera amené à expérimenter les relations, le contact avec les patients, les situations relationnelles, plus il pourra améliorer sa façon d'être en relation. Le temps d'exercice de l'orthophonie peut donc constituer un facteur positif d'évolution relationnelle, puisque plus le temps passe, plus l'orthophoniste a un vécu professionnel important et une expérience riche et variée de la relation. Cependant, l'amélioration de la relation au patient ne peut avoir lieu sans un questionnement de sa pratique, une réflexion et des remises en question.

1.2.1.4. Acceptation des limites de l'orthophonie

2 orthophonistes, soit 5,4 % des personnes interrogées, pensent qu'il a été important pour eux d'accepter « de ne pouvoir tout résoudre ».

En effet, l'orthophoniste n'est pas tout-puissant, il est donc important, selon certains, de comprendre que « le patient est une personne avec une histoire, une famille, des ressentis, et que l'orthophonie tient une toute petite place, qui peut avoir son importance mais qui ne peut, la plupart du temps, à elle seule tout régler ».

Cette prise de conscience semble en effet importante. L'orthophonie ne fait pas tout, il faut accepter ses limites, celles du patient et celles de l'orthophonie. Cette conscience aide à garder sa place de professionnel, à rester humble, à s'investir raisonnablement dans la prise en charge (ni trop, ni trop peu), à accepter l'échec possible de la rééducation et à réduire le sentiment d'impuissance.

1.2.1.5. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées en rééducation, les erreurs, les échecs, ont été cités par 5 personnes, soit 13,5 % des personnes interrogées.

D'après les commentaires de certains, les difficultés rencontrées peuvent être la « non motivation du patient ou de son entourage », certaines pathologies neuro-dégénératives, ou encore le décès du patient.

Une personne a également eu le commentaire suivant : « l'échec de techniques auxquelles j'avais pourtant cru ».

Les difficultés, les erreurs et les échecs conduisent donc ces orthophonistes, d'après leurs dires, à « se réajuster » face à la non motivation, à avoir « une relecture » de leur pratique face à leurs erreurs, à prendre du recul face à des pathologies neuro-dégénératives et des patients en fin de vie.

Ces expériences difficiles peuvent parfois même conduire à avoir recours à des techniques de développement personnel, à entreprendre un travail sur soi.

Une personne parle des relations « extrêmement fortes » qu'elle noue avec des patients en fin de vie (SLA) et leur entourage. Elle témoigne ensuite de son vécu avec une patiente âgée de 32 ans au moment de son décès et dont le fils avait 4 ans à ce moment-là. « Ça a été un épisode de contre-transfert extrêmement douloureux, qui m'a menée au bord de la dépression – elle avait mon âge, son fils, l'âge de ma fille, ça a été terrible... – et suite auquel j'ai entrepris un travail avec un sophrologue. Cet épisode a bouleversé mon existence sur tous les plans ».

Les difficultés et échecs rencontrés en prise en charge peuvent donc constituer pour les orthophonistes une invitation à se questionner, à remettre en question leur pratique professionnelle et leur façon d'être en relation avec le patient.

Parfois même, les difficultés rencontrées affectent le thérapeute dans sa personne et peuvent conduire à un travail sur soi.

1.2.1.6. Feed-back des patients

Le feed-back des patients a été cité par 2 orthophonistes, soit 5,4 % des personnes interrogées, avec les termes suivants : « retours positifs des patients », « la décentration et l'acceptation du point de vue de l'autre ».

Les retours positifs ou négatifs du patient ou de son entourage peuvent être reçus comme des occasions de réfléchir sur son abord relationnel.

Pour cela, il faut d'abord accepter de ne pas être celui qui détient le savoir, accepter de s'ouvrir aux éventuels retours des personnes rencontrées et se remettre en question lorsque cela semble pertinent.

1.2.1.7. Partage d'expérience avec les collègues

Le partage d'expérience avec les collègues a été cité par 12 personnes, soit 32,4 % des personnes interrogées.

Il peut s'agir d'autres orthophonistes, « plus âgées et plus jeunes », et donc avec des expériences différentes, mais il peut s'agir aussi de partager avec d'autres spécialistes. Une personne parle de son contact avec les enseignants, une autre a reçu « quelques conseils d'un ostéopathe ».

Une personne parle également des éducateurs et des psychologues en milieu pluridisciplinaire, qui ont une vision différente de l'enfant et 2 autres orthophonistes mentionnent l'apport important dans leur évolution relationnelle de l'équipe pluridisciplinaire.

1.2.1.8. Supervision

La supervision a été séparée des techniques de développement personnel pour être placée parmi les facteurs professionnels.

En effet, la psychothérapie et le coaching rentrent plutôt dans une démarche personnelle, alors que la supervision est une analyse de sa pratique professionnelle. Elle rentre donc dans les facteurs professionnels.

Sur les 8 personnes concernées par la supervision, 5, soit 62,5 % des concernés, ont repris ce facteur pour le situer parmi leurs facteurs principaux d'évolution.

1.2.1.9. Meilleure maîtrise technique

3 orthophonistes, soit 8,1 % des personnes interrogées, pensent qu'une meilleure maîtrise des techniques et de la théorie les a aidés à progresser dans leur relation au patient.

D'après les commentaires, la meilleure maîtrise de la technique aide à se sentir « de plus en plus à l'aise dans les rééducations », à avoir « plus d'assurance », ce qui a une incidence sur la relation tissée avec le patient.

On peut également supposer que l'orthophoniste qui a une meilleure maîtrise de la technique peut davantage se consacrer à la relation, il est plus disponible à l'autre parce qu'il se repose et s'appuie sur une technique qu'il connaît et maîtrise de mieux en mieux.

1.2.1.10. Gestion de son propre cabinet

Une personne a cité la gestion de son propre cabinet dans les facteurs principaux ayant contribué à son évolution relationnelle.

On peut supposer que gérer son propre cabinet peut apporter plus de confiance en soi et que cela rejailit ensuite sur la pratique relationnelle de l'orthophoniste.

1.2.1.11. Formation aux étudiants

Une personne a cité son « investissement dans la formation (étudiants, assistantes maternelles...) » parmi les facteurs principaux ayant fait évoluer son approche relationnelle.

On peut comprendre que former les étudiants, répondre à leurs attentes et à leurs questions amène à réfléchir sur sa pratique, et donc à évoluer du point de vue de la relation.

1.2.1.12. Conclusion

Les formations complémentaires sont les plus citées comme facteurs d'évolution positive de la relation au patient (25 orthophonistes). Vient ensuite le vécu professionnel (23 orthophonistes), puis le partage d'expérience avec les collègues (12 orthophonistes), les difficultés rencontrées (5 orthophonistes), la supervision (5 orthophonistes), l'exercice d'une autre profession (4 orthophonistes), la meilleure maîtrise technique (3 orthophonistes), l'acceptation des limites de l'orthophonie (2 orthophonistes), le feed-back des patients (2 orthophonistes), et enfin la gestion de son propre cabinet (1 orthophoniste) et la formation aux étudiants (1 orthophoniste).

Cependant, on peut classer les facteurs cités par rapport aux pourcentages qu'ils représentent parmi les orthophonistes concernés. En effet, l'exercice d'une autre profession ne concerne que 10 personnes et la supervision que 8 orthophonistes, alors que les autres facteurs concernent a priori l'ensemble des orthophonistes interrogés.

Voici le classement proposé : les formations complémentaires apparaissent toujours en tête (67,6 % des orthophonistes), mais elles sont suivies cette fois de la supervision (62,5 % des supervisés), puis du vécu professionnel (62,2 % des orthophonistes), ensuite de l'exercice d'une autre profession (57,1 % de ceux qui ont eu une autre pratique professionnelle), puis du partage d'expérience avec les collègues (32,4 % des orthophonistes), ensuite des difficultés rencontrées (13,5 % des orthophonistes), etc.

1.2.2. Facteurs personnels

Les facteurs personnels que nous avons proposés dans le questionnaire ont été repris par les orthophonistes. Il s'agissait des propositions suivantes : avoir des enfants, recourir à des techniques de développement personnel (psychothérapie, coaching ou autre) et connaître personnellement le handicap, la maladie ou le deuil.

D'autres propositions ont néanmoins été faites par les orthophonistes. Elles ont été classées dans les catégories suivantes : le vécu personnel, une meilleure confiance en soi, et les passions.

1.2.2.1. Avoir des enfants

Sur les 31 personnes qui ont des enfants, 29, selon la proposition précédente, considèrent que le fait de devenir parent les a aidés dans leur abord relationnel du patient.

Parmi les 29 personnes ayant répondu « oui » à la proposition, 20 d'entre elles, soit 64,5 % des orthophonistes parents, ont cité les enfants dans les 5 facteurs principaux leur ayant permis d'évoluer dans leur relation au patient.

Selon une personne, avoir des enfants lui a permis de se « sentir légitime » dans son « rôle d'accompagnement parental ». Se positionner en tant que parent face à un professionnel de santé l'a également aidée à mieux « ressentir les attentes des patients » par une meilleure compréhension de la position du parent.

Une autre personne parle de l'humilité qu'elle a ressentie en tant que mère « pas parfaite » et des identifications et projections qu'elle a pu faire sur les autres parents. Avoir des enfants pour une troisième personne a été l'occasion d'observer « leurs parcours respectifs d'entrée dans le langage ».

Devenir soi-même parent peut, pour de nombreuses raisons, faire évoluer positivement la relation au patient.

L'orthophoniste qui a des enfants peut ainsi mieux se mettre à la place des parents qu'il rencontre en prise en charge, être plus compréhensif avec eux, mieux cerner leurs attentes, leurs craintes, etc.

Etre parent peut également permettre à l'orthophoniste de mieux s'adapter aux enfants rencontrés en séance, d'améliorer sa façon d'entrer en relation avec eux, d'être plus à l'écoute, d'avoir plus d'assurance, etc.

1.2.2.2. Les techniques de développement personnel

Parmi les 14 personnes concernées, 7, soit 50 %, ont repris ce facteur pour le situer parmi leurs facteurs principaux d'évolution relationnelle. Les techniques utilisées sont les suivantes : la psychothérapie (5 personnes), le coaching (une personne), la sophrologie, les séances en couple, le parcours des équipes proposé par le CLER, les stages de développement personnel, le qi gong, le chant, la scénothérapie, les lectures et la participation à un groupe de pratique de communication non violente (CNV).

D'après les commentaires des orthophonistes interrogés, les techniques de développement personnel ont aidé 2 personnes à travailler l'écoute et ses techniques : « reformulation, décodage d'implicites... ».

Le travail sur soi permet une « meilleure connaissance de soi ».

Le qi gong a contribué à développer pour une personne « la présence et la justesse ».

Les techniques de développement personnel favorisent le travail sur soi, la connaissance et le respect de soi. Leur apport dans la relation au patient peut être particulièrement riche.

En effet, le travail sur soi peut améliorer l'adaptation à l'autre, l'écoute, l'empathie, le recul, la maîtrise de ses émotions, et favoriser le questionnement de sa pratique, de sa manière d'être, etc.

1.2.2.3. Connaître personnellement le handicap, la maladie, le deuil

10 personnes, selon la proposition précédente, considèrent que la connaissance d'une personne handicapée dans leur entourage proche leur a permis d'améliorer leur relation au patient dans leur profession.

Sur ces 10 personnes, 7 ont cité le handicap, la maladie ou encore le deuil, parmi les 5 principaux ayant contribué à leur évolution.

18 % des orthophonistes interrogés pensent donc que la connaissance dans leur entourage proche d'une personne handicapée, de la maladie ou du deuil, a joué un rôle important dans l'évolution de leur façon d'être en relation avec leurs patients.

D'après les commentaires, une personne a un enfant handicapé et une autre personne a un enfant « avec soucis de santé ». Ces parents ont donc déjà « vécu l'annonce du diagnostic ». Ils connaissent mieux « la difficulté de vivre le handicap au quotidien ». Une personne parle également de son contact avec des associations, en tant que parent d'enfant handicapé.

Le handicap, la maladie et le deuil dans l'entourage proche des orthophonistes autre que les enfants sont également cités. Il peut s'agir de la famille ou des amis.

Une personne parle de la maladie grave dans sa famille et de son « soutien à des amis proches dont les enfants ont été très gravement malades ». Elle s'est également occupée de « jeunes enfants dont un parent est tombé extrêmement malade », ce parent étant un membre de sa famille.

Vivre personnellement le handicap, la maladie ou le deuil peut donner à l'orthophoniste une meilleure compréhension du vécu de ces situations par ses patients et leur entourage. Il peut être plus à-même de comprendre leurs difficultés, leurs craintes et leurs souffrances, et ainsi peut-être mieux adapter sa façon d'être en relation avec eux.

Cependant, ces expériences peuvent être particulièrement douloureuses à vivre lorsqu'elles touchent des personnes proches. On peut imaginer qu'il peut parfois être difficile pour le professionnel d'avoir en face de lui un patient qui lui rappelle ce qu'il vit ou a vécu personnellement.

1.2.2.4. Le vécu personnel, la maturité

12 orthophonistes sur 37, soit 32,4 % des personnes interrogées, ont cité la maturité, l'expérience de vie personnelle dans les facteurs principaux ayant participé à leur évolution relationnelle dans leur profession.

Les termes suivants ont été utilisés : « maturité personnelle », « avancer dans l'âge », « expérimentation des relations au niveau professionnel et personnel », « avoir plus d'expérience de la vie », etc.

Une personne a également parlé des difficultés qu'elle a rencontrées au cours de son existence, qu'elle a tenté « de surmonter, d'analyser », afin de « se remettre en cause ».

D'après les commentaires la « maturité personnelle [...] influe sur le professionnel ».

Une personne avait d'ailleurs parlé de l'âge du thérapeute concernant le lien de confiance. Selon elle, les personnes reçues en séances font plus facilement confiance à quelqu'un d'avancé dans l'âge qu'à quelqu'un paraissant jeune et inexpérimenté.

Nous pouvons supposer que l'expérience de la vie, les difficultés rencontrées, la maturité permettent à l'orthophoniste d'avoir plus de recul, d'être mieux armé face aux situations difficiles, de mieux se connaître, d'avoir plus d'assurance, d'avoir plus de facilité à susciter la confiance du patient et de son entourage, etc.

Encore une fois, le temps semble jouer en la faveur de la pratique relationnelle de l'orthophoniste. L'expérience personnelle, la richesse du vécu, l'avancée dans l'âge ont globalement, d'après les personnes interrogées, une influence positive sur la relation tissée avec le patient du point de vue professionnel.

1.2.2.5. Une meilleure confiance en soi

Le renforcement de la confiance en soi et de l'assurance a fait progresser la relation au patient de 3 orthophonistes, soit 8,1% des personnes interrogées.

D'après le commentaire d'une de ces personnes, le renforcement de sa confiance en soi lui vient de son expérience personnelle, de sa plus grande maturité.

La confiance en soi est importante dans la relation au patient. Son renforcement peut rendre plus faciles les échanges avec le patient et son entourage, l'établissement d'un lien de confiance, la gestion de situations de conflit, d'agitation, etc.

1.2.2.6. Les passions

Une personne a cité parmi les différents éléments qui l'ont aidée à évoluer dans sa relation au patient « les passions diverses qui animent le thérapeute ».

1.2.2.7. Conclusion

Avoir des enfants a été le facteur d'évolution relationnelle le plus cité par les orthophonistes (20 orthophonistes), viennent ensuite la maturité, l'expérience personnelle (12 orthophonistes), puis les techniques de développement personnel (7 orthophonistes) et le handicap, la maladie ou le deuil dans l'entourage proche du thérapeute (7 orthophonistes), ensuite le renforcement de la confiance en soi (3 orthophonistes) et enfin les passions (1 orthophoniste).

Si l'on classe maintenant ces facteurs en fonction des pourcentages qu'ils représentent dans les personnes concernées, être parent arrive toujours en premier (64,5 % des orthophonistes parents), mais arrivent ensuite les techniques de développement personnel (50 % des personnes y ayant déjà eu recours), la maturité (32,4 % des orthophonistes), le handicap, la maladie ou le deuil d'un proche (18 % des orthophonistes), le renforcement de la confiance en soi (8,1 % orthophonistes), et enfin les passions.

1.3. Conclusion

L'évolution positive des compétences relationnelles des orthophonistes interrogés serait selon eux liée aux facteurs suivants :

Facteurs d'évolution positive	Cités (nombre de fois)
Formations complémentaires	25
Vécu professionnel, expérience, contact avec les patients	23
Avoir des enfants	20
Maturité, vécu personnel	12
Partage d'expérience avec les collègues	12
Techniques de développement personnel	7
Handicap, maladie, deuil dans l'entourage proche	7
Supervision	5
Difficultés rencontrées en prise en charge	5
Exercice d'une autre profession	4
Meilleure maîtrise technique	3
Renforcement de la confiance en soi	3
Feed-back des patients	2
Acceptation des limites de l'orthophonie	2
Passions	1
Gestion de son propre cabinet	1
Formation aux étudiants	1

Tableau n°2 : Classement des facteurs d'évolution relationnelle positive cités par les orthophonistes

Voici une autre proposition de classement des facteurs professionnels et personnels en fonction des pourcentages qu'ils représentent parmi les personnes concernées :

Facteurs d'évolution positive	Pourcentages parmi les orthophonistes concernés
Formations complémentaires	67,6
Avoir des enfants	64,5
Supervision	62,5
Vécu professionnel, expérience, contact avec les patients	62,2
Exercice d'une autre profession	57,1
Techniques de développement personnel	50
Partage d'expérience avec les collègues	32,4
Maturité, vécu personnel	32,4
Handicap, maladie, deuil dans l'entourage proche	18
Difficultés rencontrées en prise en charge	13,5
Meilleure maîtrise technique	8,1
Renforcement de la confiance en soi	8,1
Feed-back des patients	5,4
Acceptation des limites de l'orthophonie	5,4
Passions	2,7
Gestion de son propre cabinet	2,7
Formation aux étudiants	2,7

Tableau n°3 : Classement des facteurs d'évolution relationnelle positive en fonction des orthophonistes concernés

Au total, des facteurs d'ordre professionnel ont été cités 83 fois (62,4 %) et des facteurs d'ordre personnel 50 fois (37,6 %).

On peut donc constater une prédominance des facteurs professionnels sur les facteurs personnels.

Néanmoins, le temps qui passe, riche en expériences professionnelles et personnelles a, d'après un grand nombre d'orthophonistes, une influence positive sur l'évolution de la qualité de la relation au patient. 26 orthophonistes sur 37 ont cité soit leur expérience professionnelle, soit leur vécu personnel, soit ces deux facteurs.

Les orthophonistes interrogés ont le sentiment que les aspects personnels et professionnels de leur vie sont liés. Ils sont conscients que leur vie privée, leur vécu personnel peut avoir une incidence positive sur leur relation au patient. Une personne a d'ailleurs parlé de sa « maturité personnelle qui influe sur le professionnel ».

L'aspect professionnel peut également avoir un retentissement sur la vie personnelle de l'orthophoniste.

36 orthophonistes sur 37 ont répondu « oui » à la question : « l'orthophonie vous apporte-t-elle un épanouissement personnel ? ». Une personne a ajouté le commentaire suivant : « mais il est bien important de suivre des formations variées et pas seulement « orthophoniques pures » ! et de s'ouvrir à ce qu'on aime pour l'introduire dans sa pratique, ce qui fait l'originalité de chacun ».

Comme précisé dans la partie théorique, on ne peut cloisonner la vie professionnelle et la vie privée. Elles vont s'influencer réciproquement. Le vécu personnel peut apporter à l'orthophoniste des clés pour mieux gérer sa relation à ses patients, tout comme le vécu professionnel peut aider la personne à faire face à certaines situations, à développer certaines qualités, à prendre du recul dans sa vie privée.

L'orthophoniste est aussi un être humain dans sa pratique professionnelle : « l'essentiel pour moi est d'être là avec ce que je suis dans les différentes situations professionnelles ».

Néanmoins, si vie personnelle et vie professionnelle peuvent s'influencer positivement, on peut aussi imaginer qu'elles peuvent s'influencer négativement, ce qui est l'objet de la partie suivante.

2. Facteurs en cause dans une évolution négative

2.1. Résultats sur la baisse des compétences relationnelles

Question correspondante :

D'après un article paru en Angleterre en 1997, dans la revue *Physiotherapy* (vol 83, n°4), une étude a mis en valeur une diminution du degré d'empathie des kinésithérapeutes au fil de leur expérience professionnelle. Les conclusions étaient les suivantes : l'expérience à elle seule ne suffit pas à développer l'empathie alors qu'un enseignement des compétences de communication donne manifestement plus de résultats dans ce domaine.

On peut donc proposer l'hypothèse que l'évolution des compétences relationnelles au fil d'une carrière paramédicale ne va pas nécessairement dans le sens d'une amélioration.

Pensez-vous que certaines de vos compétences relationnelles ont diminué au fil de votre expérience ?

oui non

D'après les auto-évaluations précédentes, nous avons pu constater une diminution d'une ou de plusieurs habiletés relationnelles pour 12 orthophonistes sur 37.

A la question « pensez-vous que certaines de vos compétences relationnelles ont diminué au fil de votre expérience ? », 7 orthophonistes parmi les 12 concernés ont confirmé l'évolution négative de certaines de leurs compétences relationnelles.

Une personne a tout de même précisé que cette diminution pour elle était « de manière temporaire, selon les jours et les patients ».

5 personnes concernées par la baisse d'une ou plusieurs de leurs habiletés relationnelles (d'après leurs auto-évaluations), ont donc répondu « non » à la question sur la baisse de leurs compétences.

Si l'on observe les compétences qui ont diminué chez ces orthophonistes, il s'agit soit de la créativité uniquement (pour une personne) soit de la patience uniquement (pour 3 orthophonistes). On peut supposer, que pour ces orthophonistes, cette

baisse n'est pas particulièrement significative. Leur impression globale n'est pas celle d'une baisse de certaines habiletés.

Les auto-évaluations d'une autre personne ont cependant révélé une diminution de la facilité à entrer en relation, de la maîtrise émotionnelle, de la fermeté, et de la capacité à faire face à une grande demande affective. Cette personne considère cependant que ses compétences relationnelles n'ont pas diminué. Ses commentaires donnent des pistes quant à l'interprétation de cette réponse : elle explique par exemple la baisse de sa maîtrise émotionnelle par le fait qu'à la sortie des études d'orthophonie, sa pratique orthophonique était très technique, son auto-évaluation de la place de la relation dans sa pratique le montre bien (10 % en début d'exercice et 50 % actuellement). Selon elle, cette approche très technique laissait peu de place aux émotions. Actuellement, elle laisse plus de place à la relation, ce qui lui donne « plus d'émotions à gérer ». On peut donc comprendre que les auto-évaluations actuelles de cette personne concernant sa maîtrise émotionnelle puissent être plus faibles qu'au début de sa carrière.

Elle explique également la diminution de sa fermeté par le fait qu'elle était « stricte » à la sortie de ses études, alors qu'elle est maintenant plus « souple ». Effectivement la fermeté doit s'exercer dans une certaine mesure. Trop de fermeté, tout comme trop peu de fermeté peuvent d'une manière ou d'une autre nuire à la relation thérapeutique. On peut donc supposer que l'évolution de la fermeté de cette personne est positive dans la mesure où sa fermeté, selon elle, était trop importante au départ. Sa diminution peut donc être vue comme positive.

On peut par conséquent mieux comprendre la réponse de cette personne.

De plus, cet exemple nous montre qu'une diminution de certaines compétences n'est pas nécessairement « négative » lorsqu'on replace le contexte.

Par ailleurs, 4 orthophonistes, ne présentant à priori pas de baisse de leurs compétences relationnelles dans les auto-évaluations, ont pourtant le sentiment que certaines de leurs habiletés ont diminué.

Une personne a le commentaire suivant : « UNIQUEMENT sur ce point : le fait d'être « trop gentille » en donnant les rendez-vous pour arranger les patients mais aucun retour quand vous avez besoin ».

On peut supposer que la baisse des compétences relationnelles pour ces orthophonistes touche peut-être d'autres habiletés, non citées dans le questionnaire,

ou bien qu'il s'agit d'un sentiment général que les auto-évaluations n'ont pu mettre en valeur.

Au total, 11 orthophonistes considèrent donc qu'une ou plusieurs de leurs compétences relationnelles ont diminué au fil du temps.

Sur les 26 orthophonistes ayant répondu « non » à la question sur la baisse de certaines de leurs habiletés relationnelles, certains ont eu les commentaires suivants : « au contraire elles s'enrichissent, j'essaye de me réajuster », « elles ont été dopées par le fait que j'ai souvent changé de poste en raison de mutations professionnelles de mon mari ».

Une personne a néanmoins nuancé sa réponse négative : « oui au fil de la journée ».

2.2. Causes de l'évolution négative

Question correspondante :

Selon vous, quels pourraient être les facteurs qui expliqueraient une telle évolution ?

- le burn-out (syndrome d'épuisement professionnel)
- des préoccupations personnelles
- un épuisement biologique
- une démotivation face au travail
- un sentiment d'impuissance
- des compétences insuffisantes
- le stress
- autre : -
-
-

Tous les orthophonistes n'ont pas répondu à la question concernant les facteurs d'évolution négative de la relation au patient. Cette question s'adressait pourtant à tous, même aux personnes non concernées par la diminution de certaines habiletés relationnelles.

Il s'agissait de recueillir à la fois les raisons éventuelles de la diminution des compétences des orthophonistes concernés et l'avis des orthophonistes non concernés sur la détérioration possible de la relation au patient.

Seuls 13 orthophonistes sur 26 non concernés ont renseigné les propositions de facteurs.

Les facteurs proposés dans le questionnaire étaient les suivants :

2.2.1. Le burn out

Sur les 11 orthophonistes qui ont le sentiment que certaines de leurs compétences relationnelles ont diminué au fil du temps, 5, soit 45,5 % des personnes ayant répondu « oui », ont coché la proposition du burn out comme facteur de détérioration de la relation au patient.

Une personne a eu le commentaire suivant : « récemment, au bout de 10 ans ».

Ces 5 personnes ont entre 9 et 13 ans d'expérience professionnelle.

Sur les 13 personnes non concernées par la diminution qui ont renseigné les propositions, 6, soit 46 % d'entre elles, ont mis en cause le burn out.

Une personne a d'ailleurs commenté la proposition : « en effet, je me contrains à ne pas trop travailler pour éviter cet épuisement qui ne me permet plus d'être disponible pour le patient ».

Les 2 catégories confondues, le burn out a donc été mis en cause par 11 personnes sur 24.

2.2.2. Les préoccupations personnelles

Sur les 11 orthophonistes se pensant concernés par la baisse de compétences relationnelles, les préoccupations personnelles ont été mises en cause par 5 personnes, soit 45,5 % d'entre eux.

Ces 5 personnes ont entre 10 et 15 ans d'expérience professionnelle.

D'après les commentaires, les préoccupations personnelles ont une incidence négative sur la relation au patient « ponctuellement » selon une personne. Elles sont selon une autre personne « liées au manque de temps pour la vie personnelle ».

Les 13 orthophonistes non concernés par une diminution de leurs compétences relationnelles qui ont renseigné les facteurs possibles, mettent en cause les préoccupations personnelles pour 6 d'entre eux, soit 46 %.

Les 2 catégories confondues, les préoccupations personnelles ont donc été mises en cause par 11 orthophonistes sur 24.

2.2.3. L'épuisement biologique

L'épuisement biologique a été mis en cause dans la diminution des compétences relationnelles par 2 orthophonistes sur 11 se pensant concernés par la baisse de leurs habiletés relationnelles, soit par 18,2 % d'entre eux.

Ces 2 personnes ont 9 et 15 ans d'expérience professionnelle.

3 orthophonistes parmi les 13 non concernés par une diminution de certaines compétences relationnelles, soit 23 % d'entre eux ont mis en cause ce facteur.

Une personne n'ayant pas renseigné les propositions a tout de même eu le commentaire suivant : « parfois peut-être l'âge, mais j'aime toujours autant mon métier ».

Les 2 catégories confondues, l'épuisement biologique a donc été mis en cause par 5 orthophonistes sur 24.

2.2.4. La démotivation face au travail

La démotivation face au travail a été mise en cause par 2 orthophonistes sur 11, soit 18,2 %, dans la baisse de leurs compétences relationnelles.

Ces 2 personnes ont 7 et 11 ans d'années de pratique.

Sur les 13 orthophonistes non concernés par le phénomène de baisse d'habiletés relationnelles qui ont renseigné les propositions, 4 personnes, soit 30,8 %, ont mis en cause la démotivation face au travail.

Cette démotivation d'après les commentaires « peut être diminuée par le fait de se former régulièrement » ou peut être encore « évitée par le changement » (cette personne avait précisé dans la question précédente qu'elle avait changé de poste régulièrement en raison des mutations professionnelles de son conjoint).

Les 2 catégories confondues, la démotivation face au travail a donc été mise en cause par 6 orthophonistes sur 24.

2.2.5. Le sentiment d'impuissance

Le sentiment d'impuissance a été cité par 7 orthophonistes sur 11, soit 63,6 %, se pensant concernés par une diminution de certaines de leurs habiletés relationnelles. Ce sentiment d'impuissance, d'après leurs commentaires se manifesterait « dans certaines pathologies », « parfois en neurologie, devant le manque de récupération réelle mais insuffisante qui s'offre à des patients jeunes ».

Sur ces 7 orthophonistes, 5 ont entre 7 et 15 ans d'expérience professionnelle.

Parmi les 13 orthophonistes non concernés par la baisse des compétences qui ont répondu aux propositions, 4, soit 30,8 %, ont mis en cause le sentiment d'impuissance.

Une personne n'ayant pas coché la proposition a ajouté : « c'est le cas lorsqu'on pense que l'orthophonie règle tout, or au fil de mon expérience, je me suis rendu compte que certains patients ne pouvaient pas avancer car ils n'étaient pas disponibles (problèmes familiaux, manque de confiance en soi...) ». Cette personne avait déjà parlé dans les facteurs d'évolution positive de la relation au patient de l'acceptation des limites de l'orthophonie.

Le sentiment d'impuissance pourrait donc être diminué en acceptant de ne pouvoir tout résoudre, en acceptant les limites du patient, de la prise en charge et ses propres limites, ce qui n'est pas toujours facile.

Les 2 catégories confondues, le sentiment d'impuissance a donc été mis en cause par 11 orthophonistes sur 24.

2.2.6. Des compétences insuffisantes

3 orthophonistes sur les 11 ayant le sentiment que certaines de leurs compétences relationnelles ont diminué, soit 27,3 %, ont mis en cause des compétences insuffisantes.

Parmi les 13 orthophonistes se pensant non concernés qui ont répondu aux propositions, 3, soit 23 % d'entre eux, ont mis en cause les compétences insuffisantes.

Une personne, n'ayant pas renseigné la proposition a cependant eu le commentaire suivant : « il suffit de se former encore et toujours pour évoluer et suivre les avancées techniques, professionnelles ».

Les 2 catégories confondues, les compétences insuffisantes ont donc été mises en cause par 6 orthophonistes sur 24.

2.2.7. Le stress

Le stress a été mis en cause par 6 personnes sur 11 se pensant concernées par la diminution de leurs compétences relationnelles, soit 54,5 %.

Sur ces 6 orthophonistes, 5 ont entre 7 et 15 ans d'expérience.

2 personnes sur 13 ne se pensant pas concernées et ayant répondu à la proposition, soit 15,4 % d'entre elles, ont mis en cause le stress.

Les 2 catégories confondues, le stress a donc été mis en cause par 8 orthophonistes sur 24.

2.2.8. Propositions

Parmi les 11 orthophonistes ayant le sentiment que certaines de leurs compétences relationnelles ont diminué au fil du temps, une personne a proposé le facteur suivant : « le niveau d'exigence, de recherche qualitative dans notre profession, entraînant stress et le reste (burn out, démotivation) ».

Parmi les 13 orthophonistes pensant que leurs habiletés relationnelles n'ont pas diminué au fil du temps, 3 ont fait les propositions suivantes : « le comportement des patients (et de leur entourage). De plus en plus, ils veulent tout, tout de suite, sans fournir d'effort et sans se préoccuper des autres », le « manque de confiance en soi », un « mauvais choix professionnel (pas le bon métier) », et un « caractère trop égocentrique et pas ouvert aux autres », et enfin « l'augmentation en nombre et en sévérité des pathologies du langage ».

2.2.9. Conclusion

Voici le classement des facteurs responsables d'une évolution relationnelle négative sur certaines habiletés par les 11 orthophonistes se sentant concernés par une diminution de leurs compétences relationnelles :

Facteurs	Coché (en nombre de fois)	Pourcentage (%)
Sentiment d'impuissance	7	63,6
Stress	6	54,5
Burn out	5	45,5
Préoccupations personnelles	5	45,5
Compétences insuffisantes	3	27,3
Démotivation face au travail	2	18,2
Epuisement biologique	2	18,2
Autre proposition	1	9,1

Tableau n°4 : Classement des facteurs d'évolution relationnelle négative retenus par les orthophonistes ayant le sentiment d'une baisse de certaines de leurs compétences relationnelles

Voici maintenant le classement des facteurs responsables d'une évolution relationnelle négative sur certaines habiletés par les 13 orthophonistes n'ayant pas le sentiment d'une diminution de certaines de leurs compétences relationnelles :

Facteurs	Coché (en nombre de fois)	Pourcentage (%)
Burn out	6	46
Préoccupations personnelles	6	46
Démotivation face au travail	4	30,8
Sentiment d'impuissance	4	30,8
Compétences insuffisantes	3	23
Epuisement biologique	3	23
Autre proposition	3	23
Stress	2	15,4

Tableau n°5 : Classement des facteurs d'évolution relationnelle négative retenus par les orthophonistes ne se sentant pas concernés par une baisse de certaines de leurs compétences relationnelles

Voici enfin le classement des facteurs responsables d'une évolution relationnelle négative sur certaines habiletés par les 24 orthophonistes ayant répondu à la question :

Facteurs	Coché (en nombre de fois)	Pourcentage (%)
Burn out	11	45,8
Préoccupations personnelles	11	45,8
Sentiment d'impuissance	11	45,8
Stress	8	33,3
Compétences insuffisantes	6	25
Démotivation face au travail	6	25
Epuisement biologique	5	20,8
Autres propositions	4	16,7

Tableau n°6 : Classement des facteurs d'évolution relationnelle négative par l'ensemble des orthophonistes ayant renseigné la question

Les facteurs les plus cités par les orthophonistes sont donc le burn out, les préoccupations personnelles, le sentiment d'impuissance et le stress.

Néanmoins, la frontière entre ces facteurs peut être mince. Effectivement, ils peuvent être liés entre eux et avoir une incidence les uns sur les autres. Par exemple, le sentiment d'impuissance et le stress peuvent entraîner un burn out.

L'analyse des auto-évaluations des habiletés relationnelles des orthophonistes interrogés avait révélé pour un grand nombre d'orthophonistes ayant entre 7 et 13 ans d'expérience professionnelle (pour 8 personnes sur 13), une diminution d'une ou de plusieurs compétences relationnelles.

Le même type de constat peut être fait ici : un certain nombre d'orthophonistes ayant entre 7 et 15 ans d'expérience professionnelle ont le sentiment que certaines de

leurs compétences relationnelles ont diminué au cours du temps. Effectivement, parmi les 15 orthophonistes ayant entre 7 et 15 ans d'expérience professionnelle, 9 se sentent concernés par une détérioration de certaines de leurs habiletés relationnelles.

De plus, sur les 11 orthophonistes ayant répondu « oui » à la question sur la baisse de certaines de leurs compétences, 9 ont entre 7 et 15 ans d'expérience.

Ces deux constats mettent donc en valeur le sentiment de certains orthophonistes ayant entre 7 et 15 ans d'expérience environ d'une dégradation de certaines de leurs facultés relationnelles.

On peut s'interroger sur ce phénomène : qu'est-ce qui fait que la majorité des orthophonistes interrogés ayant entre 7 et 15 ans d'expérience professionnelle ont le sentiment d'une détérioration de certaines de leurs habiletés relationnelles ?

Parmi les personnes se sentant concernées, certains facteurs n'ont été cités que par des orthophonistes de cette catégorie là : le burn out, les préoccupations personnelles, l'épuisement biologique et la démotivation face au travail. Une personne a également eu la proposition suivante : « le niveau d'exigence, de recherche qualitative dans notre profession, entraînant stress et le reste (burn out, démotivation) ».

Nous pouvons proposer l'hypothèse que les orthophonistes interrogés ayant entre 7 et 15 ans d'expérience professionnelle sont peut-être dans la période où leurs enfants sont en bas âge. Cette période outre les moments de bonheur et de plaisir en famille n'est probablement pas de tout repos et peut être source de fatigue, d'éventuels tracas, etc. On peut imaginer que dans une telle période, il peut être difficile pour l'orthophoniste de concilier vie professionnelle et vie personnelle, et de garder un rythme de vie équilibré.

On peut également supposer qu'au bout d'un certain nombre d'années d'expérience, un épuisement professionnel (burn out) peut guetter l'orthophoniste, épuisement qui peut être renforcé par un rythme de vie personnel soutenu.

On peut facilement imaginer les effets négatifs que cela peut avoir sur certaines des compétences relationnelles de l'orthophoniste.

Néanmoins, il est possible de surmonter ces difficultés. Certains orthophonistes non concernés proposent de prendre des vacances, de faire une thérapie, ou encore d'envisager une réorientation professionnelle.

Sans aller jusqu'à une réorientation professionnelle, l'orthophoniste confronté à des difficultés qui détériorent la qualité de sa relation au patient peut envisager une démarche de travail sur soi s'il le souhaite, ou encore diminuer son temps de travail pour consacrer plus de temps à sa vie personnelle s'il en ressent la nécessité, prendre davantage soin de lui, de sa santé, de ses limites, et de ses vulnérabilités, prendre du temps pour faire des activités qui lui plaisent, le ressourcent et lui permettent de décompresser, etc.

Il est important d'établir et de garder un équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Ces deux aspects peuvent s'influencer positivement comme négativement. Il est donc essentiel pour l'orthophoniste de réussir à mettre des limites aux influences négatives que ces deux aspects de sa vie peuvent avoir l'un sur l'autre, afin de se préserver lui-même et de limiter les impacts négatifs possibles sur son entourage et sur ses patients.

DISCUSSION

A. COMMENTAIRES ET CRITIQUES DES ORTHOPHONISTES SUR LE QUESTIONNAIRE

De nombreux commentaires positifs ont été faits par les orthophonistes. Certains ont trouvé le questionnaire « très intéressant », « plaisant », « bien fait », « complet », semblant « bien recouvrir les différents aspects de notre profession ».

D'après les commentaires, le questionnaire a constitué pour certains une occasion de « réfléchir », de « (re)faire le point sur soi-même », de « prendre du recul » et d'« éventuellement se remettre en question ».

Voici quelques exemples de commentaires positifs des orthophonistes : « ça permet de se poser un grand nombre de questions sur notre façon de faire, j'ai apprécié de me les poser », « expérience très intéressante et qui permet de prendre du recul, de (re)faire le point sur soi-même (très important pour moi et dans notre profession) », « ce questionnaire met en évidence une tolérance moins importante de ma part dans certains domaines par rapport au début de mon activité sans doute en lien avec ma propre expérience de vie personnelle. C'est très intéressant d'y réfléchir... », « c'est très intéressant d'aborder cet aspect de la pratique professionnelle qui, à mon avis, ne s'apprend pas de manière théorique mais au fil de la vie et des expériences aussi bien professionnelles que personnelles », « le thème est vraiment intéressant et la réflexion qu'il inspire m'intéresse au moins autant que les conclusions qui pourront en être tirées ».

Le choix d'une échelle d'auto-évaluation de 0 à 10 a cependant été discuté par certains orthophonistes : « ce questionnaire est très subjectif et l'échelle de valeur est propre à chacun », « il est très difficile de s'auto évaluer en termes de note », « la relation à l'autre est par essence un ajustement à réinventer en permanence et difficilement quantifiable (l'évaluation de 0 à 10 me paraît un peu artificielle) », « il semble qu'on soit davantage sur un traitement quantitatif que qualitatif », « ce n'est pas toujours évident de se noter de 1 à 10, j'ai donc essayé surtout de bien marquer et montrer mon évolution entre hier et aujourd'hui ».

Une personne fait d'ailleurs la proposition suivante : « des critères de fréquence (jamais à toujours) auraient mieux correspondu à la diversité de notre profession (patients, pathologies, situations critiques, jours avec/jours sans, etc...) ».

Nous avons effectivement pu constater la difficulté d'exploitation de l'échelle de 0 à 10 dans l'analyse des données, ce qui nous a conduit à modifier la façon dont les auto-évaluations seraient traitées. Nous avons donc préféré mesurer l'évolution des orthophonistes en termes d'évolution positive, négative ou nulle plutôt que par des données chiffrées, trop subjectives pour être utilisées.

Certains orthophonistes ont également mis le doigt sur la difficulté à résumer leur parcours professionnel : « difficile de résumer une vie d'orthophoniste », « peut être que la singularité de chaque parcours et expérience professionnelle n'est pas mise en évidence par le type d'exploration choisi (questionnaire) ».

Effectivement il n'est pas évident de récapituler son parcours orthophonique dans un questionnaire écrit, surtout si le vécu professionnel est riche et étendu dans le temps. De plus chaque parcours est bien évidemment unique : le vécu et la personnalité singulière de chacun font que chaque personne va vivre les expériences à sa manière et avancer professionnellement d'une façon qui lui est propre.

Néanmoins, nous cherchons par le biais de ce questionnaire à faire un état des lieux sur l'évolution relationnelle des orthophonistes interrogés avec ses facteurs favorisants ou défavorisants. Le but est donc de trouver des similitudes entre les différents parcours des orthophonistes interrogés.

« Débordée par mon activité professionnelle et familiale, je réponds rarement pour ne pas dire jamais à de tels questionnaires. Si j'ai souhaité répondre à celui-ci c'est parce que le thème me passionne... Mais si d'autres réagissent comme moi, l'échantillon ne sera-t-il pas faussé ? Répondraient prioritairement à ce sujet ceux qui sont persuadés de l'importance de cette évolution ? ».

On peut effectivement s'interroger sur le point de vue concernant la relation des orthophonistes ayant répondu au questionnaire. Toutefois, un tel travail, même si 38 réponses ont été obtenues, n'a pas pour visée de tirer des conclusions générales sur l'ensemble des orthophonistes. Les résultats constatés ne peuvent s'appliquer qu'aux orthophonistes interrogés. Evidemment, cette enquête nous permet de répondre à certaines de nos interrogations, de faire éventuellement des hypothèses, d'avoir des pistes de réflexion, mais nous ne pouvons prétendre en tirer des généralités qui s'appliqueraient à l'ensemble des orthophonistes.

Une personne s'interroge également sur la visée de ce travail de recherche : « ce mémoire est-il conçu comme un « état des lieux » ou a-t-il une autre visée (ex : travailler cette notion de la relation thérapeutique dans la formation initiale par exemple) ? ».

L'objectif de ce mémoire est bel et bien un état des lieux, toutefois on peut imaginer qu'il serait enrichissant pour les futurs orthophonistes d'être mieux sensibilisés à la relation thérapeutique avant d'entrer dans la réalité du métier d'orthophoniste. L'étude réalisée en Angleterre sur des kinésithérapeutes a démontré que le degré d'empathie de ces professionnels de santé diminuerait au fil des années d'expérience. D'après cette étude, des cours de sensibilisation aux compétences relationnelles auraient plus d'effets favorables sur l'empathie de ces professionnels que leur expérience du métier.

Néanmoins, dans ce travail de recherche, nous avons pu constater que l'expérience professionnelle et personnelle des orthophonistes tient une place importante dans leur évolution relationnelle.

Toutefois, une sensibilisation plus importante sur la relation et sur les techniques de communication pourrait certainement être bénéfique aux futurs orthophonistes.

Deux orthophonistes ont commenté le champ d'application des « techniques de développement personnel » : « il faudrait définir exactement ce que sont les « techniques de développement personnel », « la relation à l'autre se conçoit difficilement sans évoquer une certaine philosophie de vie. Les « techniques » de développement personnel évoquées ici ne permettent pas d'évoquer sa propre réflexion personnelle ».

Ces termes, pour désigner une démarche de travail sur soi, ou de réflexion en groupe sur sa pratique (supervision) auraient peut-être dû être mieux définis. Peut-être aurions-nous pu également laisser plus de liberté aux orthophonistes pour évoquer leur réflexion personnelle.

Les termes utilisés pour désigner les habiletés relationnelles auraient également pu être plus amplement définis. Une personne a constaté qu'il n'était « pas évident de dissocier toutes ces compétences... », de plus certains, nous ont interrogée par leurs commentaires sur la signification précise des termes utilisés.

B. POINTS NON ABORDÉS PROPOSÉS PAR LES ORTHOPHONISTES

Ce travail de recherche est axé principalement sur la relation orthophoniste-patient. Certaines personnes interrogées ont donc proposé d'aborder la relation avec d'autres intervenants : « on pourrait se poser la question dans les différentes relations (famille, patient, médecin, instit...), si la réponse est la même pour tous les partenaires », « peut-être auraient pu être abordées et différenciées la relation avec le patient et la relation avec son entourage ou son accompagnant », « je pense que la relation avec l'entourage du patient (famille-médecin-école...) modifie (en bien ou en mal) la relation directe avec le patient », « il serait intéressant aussi de voir l'autre côté : les familles que l'on suit depuis un certain temps nous voient plus ou moins disponibles, plus ou moins patientes, plus ou moins à l'écoute... ».

Bien sûr, la relation avec l'entourage du patient et les autres professionnels qui l'accompagnent est essentielle dans la prise en charge.

Il aurait été intéressant d'aborder ces aspects dans ce travail de recherche, ce qui était d'ailleurs notre but au départ. Néanmoins, le besoin de cibler et de mieux délimiter le sujet s'est fait sentir assez rapidement, afin de rendre ce travail de recherche réalisable sur une année. Nous avons donc choisi de privilégier l'étude de la relation au patient, en se restreignant sur la relation avec les autres protagonistes intervenant dans la prise en charge.

Toutefois, un travail de recherche dans ce domaine pourrait être très intéressant.

Certains orthophonistes ont également proposé de prendre en compte les âges des patients et les pathologies rencontrées : « le questionnaire est très global, les réponses pourraient varier selon les pathologies et les âges des patients », « lien entre les pathologies rencontrées et évolution professionnelle ? ».

La réponse que nous pouvons apporter à ces propositions est la même que précédemment. Notre intention initiale était de différencier la prise en charge d'enfants et d'adultes ainsi que les pathologies rencontrées. Néanmoins, le sujet de la relation étant très vaste, et le temps pour le traiter étant limité, nous avons dû restreindre notre champ d'étude afin de ne pas nous retrouver noyée sous de trop nombreuses données à traiter en trop peu de temps.

Certains auraient également souhaité que le travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire soit davantage distingué de l'exercice libéral : « faire une différence entre libéral (un peu plus seul souvent) et salarié (équipe) », « le rôle de l'équipe pluridisciplinaire pour éviter l'épuisement professionnel », « tu aurais pu demander si on ressentait la nécessité de mise en place de groupes de « soutien » (« supervision », type groupe Balint), comme c'est le cas pour d'autres professions, ou en hospitalier. En libéral, à moins de te prendre en main, tu es et restes seul. Et ce n'est pas toujours évident... ».

Une personne interrogée a eu le commentaire suivant : « l'empathie est toujours présentée comme positive mais un excès d'empathie chez un orthophoniste peut être dévastateur... ».

Effectivement, un « excès » d'empathie, l'identification, peut avoir des effets néfastes sur la personne du thérapeute, et peut le précipiter dans un épuisement professionnel. Nous avons d'ailleurs abordé ce point dans la théorie.

Voici d'autres points non abordés que les orthophonistes auraient souhaité voir figurer dans le questionnaire :

« On aurait pu évoquer aussi la difficulté à garder son statut de thérapeute face à un patient du même âge ou qui tente d'entrer dans une relation plus « amicale », touchant à la sphère privée »

« Evolution des exigences des patients »

« Plus détailler peut-être ce qui a fait évoluer le thérapeute »

« Au delà d'une autre pratique professionnelle qui peut être enrichissante, je pense que nos « investissements » dans notre vie personnelle (associative, loisirs, bénévolat...) peuvent être aussi une source de richesse au niveau relationnel (ouverture aux autres, écoute, adaptabilité...) »

C. AUTO-CRITIQUE

1. Points à améliorer

1.1. Dans le mode d'envoi du questionnaire

Comme nous l'avons mentionné précédemment dans la partie méthodologique, le mode d'envoi du questionnaire aurait pu être simplifié. Nous aurions pu également étendre notre recherche à davantage d'orthophonistes, afin d'avoir un nombre de réponses plus important.

Nous aurions pu aussi expliquer davantage le pourquoi de cette façon de procéder. L'anonymat que nous voulions garantir aux orthophonistes dans leurs réponses ne s'est finalement pas révélé aussi important pour eux qu'à nos yeux. En effet, de nombreux orthophonistes ont inscrit leur nom, voire leurs coordonnées sur le questionnaire.

Peut-être avons-nous accordé trop d'importance à l'anonymat des personnes interrogées, nous faisant compliquer la procédure d'envoi des questionnaires.

1.2. Dans le questionnaire

Comme évoqué dans la partie méthodologique, certains points du questionnaire auraient pu être formulés différemment, ou mis en page autrement.

L'analyse des résultats et l'avis des orthophonistes interrogés ont fait émerger d'autres points pouvant être améliorés :

Nous aurions pu tout d'abord donner plus d'explications aux personnes interrogées sur notre domaine d'étude, sur nos objectifs et éventuellement sur nos hypothèses de travail, afin qu'elles comprennent mieux l'intérêt de certaines questions.

De plus, au lieu d'une échelle d'évaluation de 0 à 10, nous aurions pu proposer directement une auto-évaluation en terme d'évolution relationnelle « positive », « négative » ou « stable », puisque comme nous l'avons déjà précisé, l'évaluation des compétences relationnelles par une échelle de 0 à 10 paraît artificielle dans un domaine aussi subjectif que celui de la relation.

Certains termes auraient pu être mieux définis, ou mieux choisis. Les habiletés relationnelles n'étaient pas toujours claires pour tous. Nous aurions pu définir certains termes ou encore apporter une définition plus précise d'autres concepts.

La supervision aurait également pu être détachée des techniques de développement personnel dès le départ, parce qu'elle relève du domaine professionnel alors que les psychothérapies, ou encore le coaching appartiennent plutôt au domaine personnel.

Nous aurions également pu interroger les orthophonistes sur leur connaissance ou non d'une personne handicapée dans leur entourage, afin de déterminer combien de personnes concernées par ce vécu pensent que ce facteur a contribué à leur évolution positive dans leur relation au patient.

2. Points non abordés

Les commentaires des orthophonistes interrogés ont fait émerger certains points que nous aurions pu aborder dans le questionnaire :

Nous aurions pu en effet aborder davantage la différence entre l'exercice en libéral et l'exercice en salariat dans l'évolution relationnelle des orthophonistes.

L'évolution des exigences des patients aurait pu également être un point intéressant à prendre en compte dans le questionnaire.

D. BILAN DE CE TRAVAIL DE RECHERCHE

Le questionnaire a d'abord mis en valeur, pour un grand nombre d'orthophonistes interrogés, l'évolution positive dans le temps de la place de la relation par rapport à la place de la technique dans le suivi orthophonique.

La relation a donc pris une place plus importante dans la rééducation, au cours de l'expérience professionnelle d'un grand nombre d'orthophonistes questionnés.

On peut également constater, pour la majorité des orthophonistes interrogés, une répartition quasiment égale de la technique et de la relation dans la prise en charge.

Il est probablement important pour les personnes questionnées d'établir un équilibre entre ces deux aspects de la rééducation, parce que « l'une ne va pas sans l'autre ».

Le savoir-faire technique de l'orthophoniste et ses qualités relationnelles sont d'après les personnes interrogées aussi importants l'un que l'autre.

Les auto-évaluations des habiletés relationnelles et de la pratique des orthophonistes laissent penser que d'une manière générale, la plupart des personnes interrogées ont le sentiment d'une amélioration entre leur pratique relationnelle de début d'exercice et leur pratique relationnelle actuelle.

Notre hypothèse d'une évolution relationnelle positive au cours du temps est donc en partie vérifiée par ces résultats.

Les facteurs d'évolution positive cités sont en majorité d'ordre professionnels, même si les facteurs personnels occupent une place importante dans l'amélioration des compétences relationnelles des orthophonistes interrogés. Les personnes sondées ont donc conscience que les aspects professionnel et privé de leur vie sont liés et peuvent s'influencer positivement l'un l'autre.

Les facteurs cités mettent également en valeur l'importance du temps dans l'évolution relationnelle des orthophonistes questionnés. En effet, les vécus professionnel et personnel ont été cités par une grande majorité d'orthophonistes.

Le temps, avec la richesse de ses expériences aurait donc une influence positive sur l'évolution relationnelle des orthophonistes interrogés.

Néanmoins, même si nous avons envisagé l'éventualité d'une diminution de certaines compétences dans le questionnaire, nous ne nous attendions pas à

recueillir beaucoup de témoignages d'évolution relationnelle négative. Nous pensons que les personnes ayant le sentiment d'une détérioration de certaines de leurs habiletés relationnelles au cours de leur expérience professionnelle étaient rares.

Et pourtant, les résultats obtenus ont suggéré que ce phénomène n'était pas aussi isolé que nous le pensions.

De plus, les personnes se sentant concernées par la baisse de certaines de leurs compétences ont majoritairement entre 7 et 15 ans d'expérience professionnelle. Nous avons proposé l'hypothèse d'enfants en bas âge pendant cette période et d'un éventuel épuisement professionnel et personnel plus ou moins lié à la situation familiale de l'orthophoniste. Cependant, ce ne sont que des pistes.

Le questionnaire n'a pas valeur de preuve formelle, ce phénomène est peut-être le fruit du hasard.

Une investigation plus approfondie sur le sujet serait intéressante.

L'objectif de cette étude n'était pas la recherche d'objectivité. Le but de notre démarche était avant tout un état des lieux du sentiment des orthophonistes quant à leur évolution relationnelle.

Les résultats obtenus sont donc colorés par subjectivité des orthophonistes interrogés mais aussi par la nôtre :

En effet, les questions posées font intervenir la subjectivité des personnes y répondent. Il s'agit justement pour l'orthophoniste de donner son avis propre. De plus, l'orthophoniste qui répond au questionnaire le fait à un certain moment de la journée, dans un certain contexte, dans un certain état d'esprit, à un certain moment de sa vie, avec peut-être une appréhension du jugement que nous pourrions porter sur ses réponses, etc. Peut-être que le même questionnaire proposé à un autre moment, dans un autre contexte, donnerait des résultats différents.

Par ailleurs, le questionnaire peut agir comme une sorte de filtre. Nous avons, sans en être forcément consciente, privilégié certains aspects plutôt que d'autres, choisi certaines directions. Le questionnaire est teinté de nos suppositions, de nos hypothèses et de nos interrogations.

De plus, l'interprétation des résultats est parfois subjective, même si nous avons tenté d'impliquer le moins possible nos présupposés dans l'analyse des données recueillies.

Par ailleurs, nous ne sommes pas encore orthophoniste, nous n'avons donc pas de recul ni d'expérience dans le métier, ce qui restreint peut-être notre analyse et notre interprétation des résultats.

Néanmoins, ce travail de recherche a été particulièrement enrichissant pour nous.

Le fait d'avoir choisi de travailler sur un sujet qui à la fois nous passionnait et nous posait question nous a apporté une motivation et un enthousiasme supplémentaires dans le cheminement de cette recherche.

Il nous a d'ailleurs été difficile de nous restreindre et de renoncer à traiter le sujet exhaustivement.

La démarche de documentation a été très riche d'enseignement et nous a apporté un grand nombre de connaissances que nous pouvons maintenant appliquer dans nos relations de tous les jours et dont nous pourrons nous servir dans notre futur métier.

La réflexion que ce travail nous a inspirée, et l'analyse des résultats ont été particulièrement intéressantes et nous ont apporté beaucoup du point de vue personnel ainsi que dans notre projet professionnel.

En effet, cette démarche a renforcé encore davantage notre intérêt pour l'aspect relationnel de notre futur métier, mais elle a aussi apporté des pistes de réponse à certaines de nos interrogations.

Ce mémoire de fin d'étude donne une nouvelle couleur, un nouvel éclairage à notre vision du métier d'orthophoniste.

Et enfin, nous souhaiterions ajouter que nous avons été très touchée par l'enthousiasme des personnes interrogées, les nombreuses réponses obtenues au questionnaire, la spontanéité des orthophonistes, et la richesse de leurs remarques. Nous les remercions encore une fois ici pour leur participation.

CONCLUSION

Ce travail de recherche a été d'une grande richesse pour nous. Il a nous nourrie personnellement en répondant à nos interrogations au sujet de la relation et de la communication, et nous sommes certaine qu'il va nourrir également notre future pratique d'orthophoniste.

Nous avons désormais des pistes pour installer avec nos futurs patients une relation de qualité, basée sur la confiance. Nous connaissons les attitudes à privilégier, et les comportements à éviter. Nous avons des éléments de réponse quant à la manière dont on peut toujours actualiser et remettre en question sa façon d'être en relation.

Nous sommes toutefois bien consciente que ce savoir ne va pas nécessairement nous permettre une pratique relationnelle efficace d'emblée, néanmoins nous savons maintenant que nous pourrons utiliser les diverses expériences professionnelles et personnelles que nous vivons pour nous remettre en question et enrichir notre relation au patient.

Par ailleurs, nous savons que la technique n'est pas à négliger pour autant, et qu'il est important pour l'orthophoniste de s'enrichir régulièrement de nouveaux savoir-faire et d'actualiser ses connaissances.

Nous avons également conscience de l'influence que notre vie personnelle peut exercer sur notre vie professionnelle et inversement.

Nous avons une idée des facteurs qui peuvent influencer négativement la relation au patient, ce qui ne signifie pas nécessairement que nous éviterons ces obstacles.

Et enfin nous avons conscience de l'importance de se former, d'échanger avec d'autres collègues, de rester ouvert aux remarques des patients, d'utiliser les difficultés rencontrées comme des occasions de se remettre en question, de rester humble, de se préserver, de prendre soin de soi, de se respecter, de toujours apprendre à mieux se connaître, afin que l'orthophonie reste le plus possible une source d'enrichissement quotidien.

La relation à l'autre est un sujet aussi vaste que passionnant. Nous avons été parfois frustrée de ne pouvoir aborder ce domaine de manière exhaustive. Il faut cependant bien reconnaître qu'un traitement de la relation dans son ensemble et dans toutes ses modalités est impossible dans ce type de travail.

L'avantage est que l'on pourra toujours creuser le domaine de la relation en orthophonie, sous différents aspects, ou différents points de vue.

On pourrait par exemple se pencher davantage sur les liens qui existent entre la vie professionnelle et personnelle de l'orthophoniste, on encore aborder la relation entre l'orthophoniste et l'entourage du patient ou avec les autres professionnels qui participent au suivi de la personne.

On pourrait également étudier les qualités relationnelles des orthophonistes d'un point de vue extérieur, en interrogeant les patients et leur famille par exemple.

Il pourrait également être intéressant de comparer la pratique relationnelle des orthophonistes hommes et femmes.

Une grande diversité de sujets peuvent donc être abordés dans le domaine de la relation.

Ce que nous retiendrons de celui-ci est la richesse de l'apport de la relation aussi bien dans le domaine professionnel que personnel.

Nous attendons avec impatience d'expérimenter dans notre pratique orthophonique ce que ce travail nous a apporté.

Parce que nous avons à cœur de trouver dans l'orthophonie un épanouissement professionnel et personnel...

BIBLIOGRAPHIE :

Dictionnaire Larousse (2009)

AUGER, L., (1972). *Communication et épanouissement personnel*. Montréal. Les éditions de l'Homme.

BECRET, A.-S., (2001). *Le transfert dans la relation d'aide autre que psychanalytique : l'exemple de l'orthophonie*. Mémoire d'orthophonie. Nancy.

BEGUIN, M., (2002). *Orthophonie et psychothérapie, Questions et limites dans la pratique libérale*. Mémoire d'orthophonie. Nantes.

BIOY, A., MAQUET, A. (2003). *Se former à la relation d'aide*. Paris. Dunod.

BOOTHMAN, N., (2002). *Convaincre en moins de 2 minutes*. Marabout.

BREGÉARD, C., (1991). *L'orthophonie « centrée sur la personne »*. Mémoire d'orthophonie. Strasbourg.

BRIN, F., COURRIER, C., LEDERLE, E., MASY, V., (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues. Ortho Edition.

CATHERINE, N., (2007). *Psychopathologie de la scolarité*. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson.

CHASSAGNY, C., (1977). *Pédagogie relationnelle du langage*. Paris. Ipers.

CLAEYS BOUJAERT, M., (2004). *Pratique de l'éducation émotionnelle, Apprentissage de la relation et de la communication justes*. Gap. Le souffle d'Or.

CLAVEL, O., (1999). *Réflexion sur la place de l'autre en orthophonie*. Mémoire d'orthophonie. Strasbourg.

CONGRE, C., (2007). *La relation médecin patient en médecine générale*. Thèse de médecine. Nancy.

CURCHOD, C., (2009). *Relations soignants-soignés, Prévenir et dépasser les conflits*. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson.

DAYDE, M.-C., LACROIX, M.-L., PASCAL, C., SALABARAS CLERGUES, E., (2010). *Relation d'aide en soins infirmiers, « prendre soin » : éthique et pratiques*. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson.

DE LA MONNERAYE, Y., (1999). *La parole rééducatrice, La relation d'aide à l'enfant en difficulté scolaire*. Paris. Dunod.

DESFONTAINE, B., DUVERNEUIL, I., (1984). *L'aspect relationnel de la rééducation orthophonique avec des enfants*. Mémoire d'orthophonie. Bordeaux.

DESHAYS, C., (2010). *Trouver la bonne distance avec l'autre, grâce au curseur relationnel*. Paris. InterEditions-Dunod.

DORON, R., PAROT, F., (1998). *Dictionnaire de psychologie*. Paris. Presses universitaires de France.

DUBOIS, G., (1983). *L'enfant et son thérapeute du langage*. Paris. Masson.

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

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

ESTIENNE, F., (2004). *Orthophonie et efficacité, Les fondements d'une pratique*. Marseille. Solal.

FEREY, J.-M., (2009). *PNL et relation d'aide, Les outils de la PNL pour les professionnels de l'accompagnement, Travailleurs sociaux, soignants*. Lyon. Chronique Sociale.

GUITTET, A., (2006). *Développer ses compétences relationnelles, 50 fiches pour mieux communiquer*. Paris. Dunod.

HASSENKAMP, A.-M., MONSBRIDGE, C., THOMSON, D., (1997). The measurement of empathy in a clinical and a non-clinical setting, Does empathy increase with clinical experience ?. *Physiotherapy*. 3. 4. 173-180.

HETU, J.-L., (1990). *La relation d'aide, Eléments de base et guide de perfectionnement*. Montréal. Gaëtan Morin.

LEGARDEUR, R., (1995). *Images, conceptions et gestions de la relation dans la pratique de l'orthophonie*. Mémoire d'orthophonie. Nancy.

MAFAYOUX, A.-M., (1998). *Place de l'aspect relationnel dans le suivi orthophonique*. Mémoire d'orthophonie. Nancy.

MAHLER, M., (1991). *L'importance de la relation en orthophonie*. Mémoire d'orthophonie. Strasbourg.

MEZIROU, J., (2001). *Penser son expérience, Une voie vers l'autoformation*. Lyon. Chronique sociale.

MUCCHIELLI, R., (1966). *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*. Issy-les-Moulineaux. ESF éditeur.

MUCCHIELLI-BOURCIER, A., (1979). *Educateur ou thérapeute, Une conception nouvelle des rééducations*. Paris. ESF éditeur.

POUJOL, J., DUVAL-POUJOL, V., (2002). *Les 10 clés de la relation d'aide*. Paris. Empreinte temps présent.

ROGERS, C., (1942). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Issy-les-Moulineaux. ESF éditeur.

ROSENBERG, M., (1999). *Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs), Introduction à la communication non violente*. Paris.

ROUSSIER, B., (1972). *Approche de la relation dans la rééducation orthophonique*. Mémoire d'orthophonie. Nantes.

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

TREMBLAY, L., (2008). *La relation d'aide, Développer des compétences pour mieux aider*. Lyon. Chronique sociale.

VALLEE, R., (1995). *L'intervention rééducative dans l'espace du langage, Sa dimension pédagogique, Sa dimension thérapeutique*. Parempuyre. Editions du non verbal/A.M.B.x.

Table des graphiques et tableaux

GRAPHIQUES :

<u>Graphique n°1</u> : Évolution de la facilité à entrer en relation entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	105
<u>Graphique n°2</u> : Évolution de la neutralité bienveillante entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	106
<u>Graphique n°3</u> : Évolution de l'écoute entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	107
<u>Graphique n°4</u> : Évolution de l'empathie entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	108
<u>Graphique n°5</u> : Évolution de la maîtrise émotionnelle entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	109
<u>Graphique n°6</u> : Évolution de la diplomatie entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	110
<u>Graphique n°7</u> : Évolution de l'adaptabilité entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	111
<u>Graphique n°8</u> : Évolution de la créativité entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	112
<u>Graphique n°9</u> : Évolution de la fermeté entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	113

<u>Graphique n°10</u> : Évolution de l'humilité entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	114
<u>Graphique n°11</u> : Évolution de la patience entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	115
<u>Graphique n°12</u> : Évolution de la capacité à établir un lien de confiance entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	118
<u>Graphique n°13</u> : Évolution de la capacité à susciter la motivation entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	119
<u>Graphique n°14</u> : Évolution de la capacité à annoncer une mauvaise nouvelle entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	120
<u>Graphique n°15</u> : Évolution de la capacité à faire face à une trop grande demande affective entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	121
<u>Graphique n°16</u> : Évolution de la capacité à faire face à un patient agité entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	122
<u>Graphique n°17</u> : Évolution de la capacité à faire face à un patient angoissé entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	123
<u>Graphique n°18</u> : Évolution de la capacité à faire face à un patient en souffrance entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	124
<u>Graphique n°19</u> : Évolution de la capacité à faire face à une agression entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	125

<u>Graphique n°20</u> : Évolution de la capacité à faire face à un conflit entre le début d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés et aujourd'hui	126
---	-----

TABLEAUX :

<u>Tableau n°1</u> : Répartition des orthophonistes en fonction de leur département d'exercice	89
--	----

<u>Tableau n°2</u> : Classement des facteurs d'évolution relationnelle positive cités par les orthophonistes	146
--	-----

<u>Tableau n°3</u> : Classement des facteurs d'évolution relationnelle positive en fonction des orthophonistes concernés	147
--	-----

<u>Tableau n°4</u> : Classement des facteurs d'évolution relationnelle négative retenus par les orthophonistes ayant le sentiment d'une baisse de certaines de leurs compétences relationnelles	157
---	-----

<u>Tableau n°5</u> : Classement des facteurs d'évolution relationnelle négative retenus par les orthophonistes ne se sentant pas concernés par une baisse de certaines de leurs compétences relationnelles	158
--	-----

<u>Tableau n°6</u> : Classement des facteurs d'évolution relationnelle négative par l'ensemble des orthophonistes ayant renseigné la question	159
---	-----

ANNEXES

Table des annexes

DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL

Annexe I : Mail envoyé aux orthophonistes	184
Annexe II : Questionnaire	186
Annexe III : Courrier accompagnant le questionnaire	193

TRAITEMENT DES DONNÉES

Annexe IV : Données professionnelles concernant les orthophonistes interrogés	194
Annexe V : Données personnelles concernant les orthophonistes interrogés	198
Annexe VI : Évolution de la place de la relation par rapport à la technique	200
Annexe VII : Évolution des habiletés relationnelles des orthophonistes	202
Annexe VIII : Évolution de la pratique relationnelle des orthophonistes	203
Annexe IX : Propositions de facteurs d'évolution relationnelle positive	204
Annexe X : Facteurs d'évolution relationnelle positive retenus par les orthophonistes	
A. Facteurs professionnels	206
B. Facteurs personnels	207
Annexe XI : Facteurs d'évolution relationnelle négative	208

ANNEXE I : MAIL ENVOYÉ AUX ORTHOPHONISTES

Souvenez-vous de l'orthophoniste que vous étiez à la sortie de vos études...

Maintenant, faites un bond de 5, 15 ou 25 ans, selon l'expérience professionnelle que vous avez, et voyez l'orthophoniste que vous êtes aujourd'hui...

Que de changements n'est-ce pas ?

Justement, ces changements m'intéressent et me posent question, en particulier dans le domaine de la relation au patient.

Etudiante en quatrième année d'orthophonie, c'est donc tout naturellement que le choix de mon sujet de mémoire s'est orienté sur l'évolution des attitudes relationnelles des orthophonistes au fil de leur expérience professionnelle.

Comment pensez-vous avoir évolué du point de vue relationnel ?

Qu'est-ce qui a influencé cette évolution ?

Ma recherche s'articule d'une part autour de l'évolution de caractéristiques relationnelles comme l'empathie, la facilité à entrer en relation, la fermeté, la patience... mais également autour de l'évolution de la capacité à faire face à certaines situations comme l'agitation du patient, les conflits, la souffrance, etc.

D'autre part, ce travail expérimental va porter sur les différents facteurs qui ont influencé l'évolution relationnelle.

Je vous invite donc à voyager dans votre pratique professionnelle au fil du temps, à travers un questionnaire d'auto évaluation qui vous prendra moins de 15 minutes.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette expérience, merci de me le faire savoir par mail, avec l'adresse postale où vous souhaitez que le questionnaire vous soit envoyé.

D'avance, merci pour votre participation à ce projet qui n'a de raison d'être sans votre contribution.

Delphine Pont
4 rue Villebois Mareuil
54000 Nancy
06 73 10 54 77
delphine.pont@yahoo.fr

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE

Évolution de la relation au patient au fil de l'expérience de l'orthophoniste

A) Parcours

1) Formation

Quel type d'exercice avez-vous ?

libéral salariat

Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'orthophoniste ?

En libéral :

En salariat :

Avez-vous ou avez vous eu une autre pratique professionnelle que celle d'orthophoniste ?

non oui, précisez :

Quelles formations complémentaires avez-vous faites ?

2) Vie personnelle

Avez-vous des enfants ?

oui non

Avez-vous déjà eu recours à des techniques de développement personnel ?

non oui, précisez : une psychothérapie

du coaching

des séances en groupe de supervision

autre, précisez :

B) Place de la relation dans l'exercice professionnel

Quelles places donnez-vous à la technique et à la relation dans votre pratique professionnelle ?

Technique (savoir-faire de l'orthophoniste) %
Relation (façon de faire passer les savoirs, communication au patient, etc) %
Total :	100 %

Maintenant, quelles places donnez-vous à la technique et à la relation **à la sortie de vos études d'orthophonie ?**

Technique (savoir-faire de l'orthophoniste) %
Relation (façon de faire passer les savoirs, communication au patient, etc) %
Total :	100 %

C) Habbités qui entrent en jeu dans la relation thérapeutique

Voici une liste de caractéristiques humaines qui interviennent dans une relation thérapeutique.

Je vous invite à vous auto-évaluer sur ces attitudes en vous situant sur une échelle de 0 à 10.

L'évaluation va porter d'une part sur vos habiletés relationnelles **à la sortie de vos études d'orthophonie**, grâce aux souvenirs que vous en avez, et d'autre part **sur vos compétences actuelles** dans ce domaine.

	A la sortie de vos études d'orthophonie	Actuellement
La facilité à entrer en relation	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
La neutralité bienveillante (neutralité dans ses jugements)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
L'écoute	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
L'empathie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
La maîtrise de ses propres émotions	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
La diplomatie (choix des mots adéquats et adaptés au contexte)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
L'adaptabilité	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
La créativité	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
La fermeté	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
L'humilité	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
La patience	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Autre (précisez) :	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D) En pratique

Voici une liste de situations auxquelles l'orthophoniste est ou peut être confronté dans sa pratique professionnelle. Je vous invite comme précédemment à vous auto-évaluer sur vos compétences pour :

	A la sortie de vos études d'orthophonie	Actuellement
Etablir un lien de confiance	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Susciter la motivation	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Annoncer une mauvaise nouvelle (quelque chose qui a toutes les chances de décevoir)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faire face à un patient en trop grande demande affective	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faire face à un patient agité	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faire face à un patient angoissé	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faire face à un patient en grande souffrance	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faire face à une agression verbale ou physique	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faire face à un conflit	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Autre (précisez) :	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E) Facteurs de l'évolution relationnelle

Pensez-vous que l'évolution de vos compétences relationnelles est due :

- à une éventuelle autre pratique professionnelle exercée ?
 oui non
- à vos formations complémentaires ?
 oui non
- au fait d'avoir des enfants ? (si vous êtes concerné)
 oui non
- à un éventuel recours à des techniques de développement personnel ?
 oui non
- à l'existence dans votre entourage d'une personne handicapée ?
 oui non
- autre :

Classez par ordre d'importance les facteurs qui ont influencé l'évolution de vos habiletés relationnelles (les questions précédentes ne sont que des propositions) :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

D'après un article paru en Angleterre en 1997, dans la revue *Physiotherapy* (vol 83, n°4), une étude a mis en valeur une diminution du degré d'empathie des kinésithérapeutes au fil de leur expérience professionnelle. Les conclusions étaient les suivantes : l'expérience à elle seule ne suffit pas à développer l'empathie alors qu'un enseignement des compétences de communication donne manifestement plus de résultats dans ce domaine.

On peut donc proposer l'hypothèse que l'évolution des compétences relationnelles au fil d'une carrière paramédicale ne va pas nécessairement dans le sens d'une amélioration.

Pensez-vous que certaines de vos compétences relationnelles ont diminué au fil de votre expérience ?

- oui non

Selon vous, quels pourraient être les facteurs qui expliqueraient une telle évolution ?

- le burn-out (syndrome d'épuisement professionnel)
- des préoccupations personnelles
- un épuisement biologique
- une démotivation face au travail
- un sentiment d'impuissance
- des compétences insuffisantes
- le stress
- autre : -
-
-

F) Conclusion

De quelles caractéristiques humaines êtes vous satisfait ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> la facilité à entrer en relation | <input type="checkbox"/> l'adaptabilité |
| <input type="checkbox"/> la neutralité bienveillante | <input type="checkbox"/> la créativité |
| <input type="checkbox"/> l'écoute | <input type="checkbox"/> la fermeté |
| <input type="checkbox"/> l'empathie | <input type="checkbox"/> l'humilité |
| <input type="checkbox"/> la maîtrise de ses propres émotions | <input type="checkbox"/> la patience |
| <input type="checkbox"/> la diplomatie | <input type="checkbox"/> autre (précisez) |

Quelles caractéristiques humaines souhaiteriez-vous encore améliorer dans votre pratique professionnelle ? (indiquer au plus 5 réponses)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> la facilité à entrer en relation | <input type="checkbox"/> l'adaptabilité |
| <input type="checkbox"/> la neutralité bienveillante | <input type="checkbox"/> la créativité |
| <input type="checkbox"/> l'écoute | <input type="checkbox"/> la fermeté |
| <input type="checkbox"/> l'empathie | <input type="checkbox"/> l'humilité |
| <input type="checkbox"/> la maîtrise de ses propres émotions | <input type="checkbox"/> la patience |
| <input type="checkbox"/> la diplomatie | <input type="checkbox"/> autre (précisez) |

L'orthophonie vous apporte-t-elle un épanouissement personnel ?

- oui non

Commentaires, critiques sur ce questionnaire :

Quels sont les éventuels points non abordés que vous auriez souhaité voir figurer dans ce questionnaire ?

Merci encore pour votre participation à ce projet !

ANNEXE III : COURRIER ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Comme convenu, je vous prie de trouver ci-joint le questionnaire proposé dans l'optique de mon mémoire de fin d'études d'orthophonie sur l'évolution de la relation au patient au fil de l'expérience de l'orthophoniste.

Si vous souhaitez être informé de l'aboutissement de ce mémoire, vous pouvez me le faire savoir par mail à l'adresse suivante : delphine.pont@yahoo.fr

D'avance, je vous remercie de me retourner le questionnaire le plus rapidement possible grâce à l'enveloppe jointe.

Prêt à naviguer dans votre expérience ?

Je vous souhaite un bon voyage...

Delphine Pont
4 rue Villebois Mareuil
54 000 Nancy
06 73 10 54 77
delphine.pont@yahoo.fr

ANNEXE IV : DONNÉES PROFESSIONNELLES CONCERNANT LES ORTHOPHONISTES INTERROGÉS

	DONNÉES PROFESSIONNELLES								
	Expérience professionnelle (en années)				Exercice actuel			Autre pratique professionnelle	Formations
	Exercice libéral seul	Exercice salarié seul	Exercice mixte	Total années expérience	Libéral seul	Salarié seul	Mixte		
ortho 4			3	3			1		autisme (PECS, ABA...), méthode distinctive, cogi act, Alzheimer, tbles neuro, PEC tout petit
ortho 28	5			5	1				cogi act, bégaiement
ortho 16	6			6	1				cogi act, LE (E. Metral, Bobillier Chaumont), LO (Bobillier Chaumont), bégaiement (Boucand, etc), EVALO, TCS...
ortho 23	6			6	1				cogi act, bégaiement, dysphagie, voix, etc
ortho 6	5	2		7	1				fac psycho 1 an
ortho 27	7			7	1				cogi act, troubles oralité, autisme, etc
ortho 30	7			7	1				cogi act, dialogoris

	DONNÉES PROFESSIONNELLES								
	Expérience professionnelle (en années)				Exercice actuel			Autre pratique professionnelle	Formations
	Exercice libéral seul	Exercice salarié seul	Exercice mixte	Total années expérience	Libéral seul	Salarié seul	Mixte		
ortho 33	7			7	1				cogi act, PNL, formation sur les différentes personnalités (Yolaine Latour), approche systémique (dr Malarewicz), formation dessin (S. Bruder)
ortho 34	7			7	1				formations sur la mémoire, autisme, maladies neuro dégénératives, cogi act
ortho 3	5		4	9	1				cogi act, formations dispensées pas le syndicat, etc
ortho 13	3		6	9			1		gestion mentale
ortho 32	9			9	1			vente en télécommunication	cogi act, stratégies d'apprentissage (PN), comment gérer le patient et son entourage (Yolaine Latour Heng), Isabelle Bobillier Chaumont, Laurence Launay
ortho 19	10			10	1				voix, déglu, LE, ostéovox, gestion mentale
ortho 10			11	11			1		nombreuses formations continues
ortho 8	10	3		13	1				techniques évaluation + rééducation, réflexion sur le handicap
ortho 15	13			13	1				
ortho 26	13			13	1				

	DONNÉES PROFESSIONNELLES								
	Expérience professionnelle (en années)				Exercice actuel			Autre pratique professionnelle	Formations
	Exercice libéral seul	Exercice salarié seul	Exercice mixte	Total années expérience	Libéral seul	Salarié seul	Mixte		
ortho 29	14			14	1				
ortho 31	15			15	1				formations continues
ortho 9	13	3		16	1				formations continues conventionnelles, cogi act
ortho 12	8	6	2	16	1				
ortho 24		17		17		1			accompagnement malade fin de vie, gestion situation violence, LE, troubles mémoire...
ortho 35	17			17	1				
ortho 20	18			18	1				cogi act, PNL, formations syndicales
ortho 25	18			18	1			secrétaire trilingue	GEPALM, cogi act
ortho 37	18			18	1			vente produits diététiques	scénothérapie
ortho 22	20			20	1				

	DONNÉES PROFESSIONNELLES								
	Expérience professionnelle (en années)				Exercice actuel			Autre pratique professionnelle	Formations
	Exercice libéral seul	Exercice salarié seul	Exercice mixte	Total années expérience	Libéral seul	Salarié seul	Mixte		
ortho 7	18	5		23	1				beaucoup de formations continues
ortho 18	23			23	1			enseignement spécialisé pour enfants sourds	CAP enseignant
ortho 21	23			23	1				DEUG psychologie, trisomie 21, autisme
ortho 14	10		15	25	1				DESS formation adultes ?, DEA psychologie, DU psychopathologie
ortho 36	26			26	1				
ortho 1		27		27		1			deug psychologie
ortho 5	21	6		27	1				maîtrise linguistique
ortho 17	30			30	1				DU neuropsychologie pédiatrique
ortho 2		15	20	35		1			licence psychologie, phonétique
ortho 11	35	1		36	1				cogi act, gestion mentale, etc
TOTAL	32	10	7		31	3	3	4	

ANNEXE V : DONNÉES PERSONNELLES CONCERNANT LES ORTHOPHONISTES INTERROGÉS

	DONNÉES PERSONNELLES				
	Enfants	Techniques de développement personnel			
		Psychothérapie	Coaching	Supervision	Autre
ortho 4					
ortho 28					
ortho 16		1			
ortho 23	1				
ortho 6	1				
ortho 27	1				
ortho 30	1	1		1	
ortho 33	1				
ortho 34					
ortho 3	1	1			sophrologie
ortho 13	1				séances en couple + parcours des équipes proposé par le CLER
ortho 32	1				
ortho 19	1	1			sophrologie
ortho 10				1	
ortho 8	1				
ortho 15	1				
ortho 26	1	1			
ortho 29	1				

	DONNÉES PERSONNELLES				
	Enfants	Techniques de développement personnel			
		Psychothérapie	Coaching	Supervision	Autre
ortho 31	1	1			
ortho 9	1	1			
ortho 12	1				
ortho 24	1			1	
ortho 35	1				
ortho 20	1				
ortho 25		1			
ortho 37	1	1	1	1	Qi Gong + chant
ortho 22	1				
ortho 7	1				
ortho 18	1			1	PNL
ortho 21	1				
ortho 14	1			1	
ortho 36	1				
ortho 1	1	1		1	
ortho 5	1				lecture + groupe communication non violente
ortho 17	1	1			
ortho 2	1			1	
ortho 11	1				
ortho 38					
TOTAL	31	11	1	8	6

ANNEXE VI : ÉVOLUTION DE LA PLACE DE LA RELATION PAR RAPPORT À LA TECHNIQUE

	À la sortie des études		Maintenant		Années expérience	Évolution place technique/relation		Évolution de la place de la relation		
	Technique (%)	Relation (%)	Technique (%)	Relation (%)		Technique	Relation	Positive	Négative	Aucune
ortho 4	90	10	50	50	3	-40	40	1		
ortho 28	50	50	70	30	5	20	-20		1	
ortho 16	90	10	50	50	6	-40	40	1		
ortho 23	50	50	40	60	6	-10	10	1		
ortho 6	70	30	50	50	7	-20	20	1		
ortho 27	30	70	50	50	7	20	-20		1	
ortho 30	30	70	40	60	7	10	-10		1	
ortho 33	60	40	50	50	7	-10	10	1		
ortho 34	80	20	50	50	7	-30	30	1		
ortho 3	60	40	50	50	9	-10	10	1		
ortho 13	90	10	50	50	9	-40	40	1		
ortho 32	95	5	50	50	9	-45	45	1		
ortho 19	70	30	60	40	10	-10	10	1		
ortho 10	50	50	50	50	11	0	0			1
ortho 8	70	30	40	60	13	-30	30	1		
ortho 15	80	20	65	35	13	-15	15	1		
ortho 26	90	10	60	40	13	-30	30	1		
ortho 29	90	10	80	20	14	-10	10	1		
ortho 31	80	20	50	50	15	-30	30	1		
ortho 9	70	30	50	50	16	-20	20	1		
ortho 12	70	30	50	50	16	-20	20	1		
ortho 24	70	30	50	50	17	-20	20	1		
ortho 35	80	20	60	40	17	-20	20	1		
ortho 20	60	40	70	30	18	10	-10		1	
ortho 25	65	35	65	35	18	0	0			1

	À la sortie des études		Maintenant		Années expérience	Évolution place technique/relation		Évolution de la place de la relation		
	Technique (%)	Relation (%)	Technique (%)	Relation (%)		Technique	Relation	Positive	Négative	Aucune
ortho 37	60	40	40	60	18	-20	20	1		
ortho 22	60	40	60	40	20	0	0			1
ortho 7	50	50	50	50	23	0	0			1
ortho 18	80	20	60	40	23	-20	20	1		
ortho 21	70	30	50	50	23	-20	20	1		
ortho 14	80	20	60	40	25	-20	20	1		
ortho 36	50	50	60	40	26	10	-10		1	
ortho 1	non renseigné				27	non renseigné				
ortho 5	70	30	60	40	27	-10	10	1		
ortho 17	30	70	50	50	30	20	-20		1	
ortho 2	30	70	50	50	35	20	-20		1	
ortho 11	60	40	50	50	36	-10	10	1		
TOTAL								25	7	4

ANNEXE VII : ÉVOLUTION DES HABILITÉS RELATIONNELLES DES ORTHOPHONISTES

	HABILITÉS RELATIONNELLES											Années expé- rience
	Facilité à entrer en relation	Neutralité bienveillante	Ecoute	Empathie	Maîtrise émotion- nelle	Diploma- tie	Adaptab- ilité	Créativit- é	Fermeté	Humilité	Patienc- e	
ortho 4	+	0	+	0	+	+	+	+	+	0	0	3
ortho 28	+	+	+	0	0	+	+	+	0	0	0	5
ortho 16	+	0	+	0	+	+	+	+	+	0	+	6
ortho 23	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	6
ortho 6	+	+	+	0	+	+	0	+	+	0	0	7
ortho 27	+	0	0	-	+	0	+	0	+	0	0	7
ortho 30	+	+	+	0	+	+	+	-	+	0	+	7
ortho 33	+	+	0	0	+	+	+	+	+	+	0	7
ortho 34	+	+	+	+	+	+	+	0	0	0	+	7
ortho 3	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	9
ortho 13	-	0	+	+	-	+	+	+	-	0	+	9
ortho 32	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	9
ortho 19	-	+	+	0	-	0	0	+	+	+	+	10
ortho 10	0	-	+	-	+	+	+	-	+	+	-	11
ortho 8	+	+	+	+	0	+	0	0	0	+	-	13
ortho 15	+	-	+	-	+	+	+	+	+	-	+	13
ortho 26	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	13
ortho 29	+	0	+	0	+	+	+	+	+	+	0	14
ortho 31	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	0	15
ortho 9	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	16
ortho 12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	16
ortho 24	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	17
ortho 35	+	+	+	+	0	+	+	0	0	0	0	17
ortho 20	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	-	18
ortho 25	+	+	0	0	+	+	0	0	+	0	0	18
ortho 37	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	18
ortho 22	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	20
ortho 7	+	+	0	0	+	0	0	-	+	0	0	23
ortho 18	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	0	23
ortho 21	+	+	0	+	0	+	+	+	+	0	-	23
ortho 14	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	25
ortho 36	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	+	26
ortho 1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	27
ortho 5	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	-	27
ortho 17	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	30
ortho 2	+	+	0	0	+	+	NR	+	NR	0	+	35
ortho 11	+	0	+	+	0	+	0	+	+	+	-	36

+	Différence positive entre l'auto-évaluation de début de pratique et l'exercice actuel
-	Différence négative entre l'auto-évaluation de début de pratique et l'exercice actuel
0	Aucune différence entre l'auto-évaluation de début de pratique et l'exercice actuel
NR	Non Renseigné

ANNEXE VIII : ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE RELATIONNELLE DES ORTHOPHONISTES

PRATIQUE										
	Confiance	Motivation	Mauvais e nouvelle	Demande affective	Agitatio n	Angoisse	Souffrance	Agression	Conflit	Années expérie nce
ortho 4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	3
ortho 28	+	+	+	0	+	+	+	+	+	5
ortho 16	+	+	+	+	+	+	+	+	+	6
ortho 23	+	+	+	+	+	+	+	+	+	6
ortho 6	0	+	+	+	+	+	+	+	+	7
ortho 27	+	0	+	+	+	+	+	+	+	7
ortho 30	+	+	+	+	+	+	+	0	+	7
ortho 33	+	+	+	0	+	+	+	+	+	7
ortho 34	+	+	+	+	+	+	+	+	+	7
ortho 3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	9
ortho 13	+	0	0	-	+	0	+	+	+	9
ortho 32	+	+	+	+	+	+	+	0	+	9
ortho 19	+	+	+	+	0	+	+	+	0	10
ortho 10	+	0	+	+	+	+	+	+	+	11
ortho 8	+	0	+	+	+	+	+	0	+	13
ortho 15	+	+	+	+	+	+	+	+	+	13
ortho 26	+	NR	+	+	+	+	+	+	+	13
ortho 29	+	+	+	+	+	+	+	+	+	14
ortho 31	+	+	+	+	+	+	+	+	+	15
ortho 9	+	+	+	+	+	+	+	+	+	16
ortho 12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	16
ortho 24	+	+	+	+	+	+	+	+	+	17
ortho 35	+	+	+	+	+	+	+	+	+	17
ortho 20	+	+	+	+	+	+	+	+	+	18
ortho 25	+	+	+	0	0	+	+	+	+	18
ortho 37	+	+	+	+	+	+	+	+	+	18
ortho 22	+	+	+	+	+	+	+	+	+	20
ortho 7	+	0	+	+	+	+	+	0	+	23
ortho 18	+	+	+	+	+	+	+	+	+	23
ortho 21	+	0	+	+	+	+	+	+	+	23
ortho 14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	25
ortho 36	+	+	+	+	+	+	+	+	+	26
ortho 1	+	0	+	+	+	+	+	+	+	27
ortho 5	+	0	NR	+	+	+	+	+	+	27
ortho 17	+	+	+	+	+	+	+	+	+	30
ortho 2	+	0	+	+	0	+	+	0	+	35
ortho 11	+	+	+	+	0	+	+	+	+	36

+	Différence positive entre l'auto-évaluation de début de pratique et l'exercice actuel
-	Différence négative entre l'auto-évaluation de début de pratique et l'exercice actuel
0	Aucune différence entre l'auto-évaluation de début de pratique et l'exercice actuel
NR	Non Renseigné

ANNEXE IX : PROPOSITIONS DE FACTEURS D'ÉVOLUTION RELATIONNELLE POSITIVE

	Autre profession		Formations		Enfants		Développement personnel					Handicap d'un proche		Années expérience				
	Concerné	Réponse à la proposition		Réponse à la proposition		Concerné	Réponse à la proposition		Psychothérapie	Coaching	Supervision	Autre	Concerné		Réponse à la proposition		Réponse à la proposition	
		OUI	NON	OUI	NON		OUI	NON							OUI	NON	OUI	NON
ortho 4			1	1			1							1		1	3	
ortho 28			1	1		NR	NR							1		1	5	
ortho 16			1	1		NR	NR	1					1	1		1	6	
ortho 23			1	1		1	1							1		1	6	
ortho 6			1	1		1	1							1		1	7	
ortho 27		1		1		1	1							1	1		7	
ortho 30			1	1		1	1		1		1		1	1		1	7	
ortho 33			1	1		1	1							1		1	7	
ortho 34			1		1		1							1		1	7	
ortho 3			1	1		1	1		1			sophrologie	1	1		1	9	
ortho 13			1	1		1	1					séances couple + parcours des équipes	1	1		1	9	
ortho 32	vente en télécommunication		1	1		1	1							1		1	9	
ortho 19			1	1		1	1		1			sophrologie	1	1		1	10	
ortho 10			1	1		NR	NR				1		1	1		1	11	
ortho 8			1		1	1	1							1	1		13	
ortho 15			1	1		1	1							1		1	13	
ortho 26			1		1	1	1		1				1	1		1	13	
ortho 29			1	1		1	1							1	1		14	
ortho 31			1		1	1	1		1				1	1		1	15	
ortho 9			1	1		1	1		1				1	1		1	16	
ortho 12			1	1		1	1							1	1		16	

	Autre profession		Formations		Enfants		Développement personnel					Personne handicapée		Années expérience				
	Concerné	Réponse à la proposition		Réponse à la proposition		Concerné	Réponse à la proposition		Psychothérapie	Coaching	Supervision	Autre	Concerné		Réponse à la proposition		Réponse à la proposition	
		OUI	NON	OUI	NON		OUI	NON							OUI	NON	OUI	NON
ortho 24			1	1		1	1				1		1	1		1	17	
ortho 35			1	1		1	1								1		1	17
ortho 20			1	1		1		1							1		1	18
ortho 25	secrétaire trilingue	1		1			NR	NR	1				1	NR	NR	1		18
ortho 37	vente produits diététiques	1		1		1	1		1	1	1	Qi Gong + chant	1	1		1		18
ortho 22			1	1		1	1								1	1		20
ortho 7			1	1		1	1								1		1	23
ortho 18	enseignement spécialisé pour enfants sourds	1		1		1	1				1	PNL	1	1			1	23
ortho 21			1	1		1	1								1		1	23
ortho 14		1		1		1	1				1		1	1		1		25
ortho 36		1		1		1	1								1		1	26
ortho 1		NR	NR	1		1	NR	NR	1		1		1	1		NR	NR	27
ortho 5			1	1		1	1					lecture + groupe CNV	1	1			1	27
ortho 17			1	1		1	1		1				1	1			1	30
ortho 2			1	1		1	1				1		1	1			1	35
ortho 11		NR	NR	NR	NR	1	1								1	1		36
TOTAL	4	6	29	32	4	31	29	3	11	1	8	6	18	16	21	10	26	

ANNEXE X : FACTEURS D'ÉVOLUTION RELATIONNELLE POSITIVE RETENUS PAR LES ORTHOPHONISTES

A. Facteurs professionnels :

	FACTEURS PROFESSIONNELS										
	Propositions du questionnaire retenues		Facteurs proposés par les orthophonistes								
	Autre profession	Formations	Contact patients, vécu professionnel	Difficultés rencontrées	Feedback patients	Accepter les limites de l'orthophonie	Partage d'expérience	Meilleure technique	Supervision	Gérer son cabinet	Formations étudiants
ortho 4			1					1			
ortho 28		1	1								
ortho 16		1	1			1					
ortho 23		1	1							1	
ortho 6			1				1				
ortho 27	1	1									
ortho 30			1				1	1	1		
ortho 33		1	1	1							
ortho 34			1	1							
ortho 3		1									
ortho 13		1					1				
ortho 32		1	1								
ortho 19				1							
ortho 10		1			1				1		
ortho 8				1							
ortho 15		1	1				1				
ortho 26		1					1	1			
ortho 29			1								
ortho 31		1	1				1				
ortho 9		1	1				1				
ortho 12		1	1								1
ortho 24		1					1		1		
ortho 35		1	1								
ortho 20			1		1	1					
ortho 25											
ortho 37		1	1								
ortho 22		1	1				1				
ortho 7		1									
ortho 18	1	1									
ortho 21		1	1								
ortho 14	1	1							1		
ortho 36	1	1	1				1				
ortho 1				1			1		1		
ortho 5		1	1								
ortho 17		1	1								
ortho 2			1				1				
ortho 11											
TOTAL	4	25	23	5	2	2	12	3	5	1	1

B. Facteurs personnels

	FACTEURS PERSONNELS					
	Propositions du questionnaire retenues			Facteurs proposés par les orthophonistes		
	Enfants	Développement Personnel	Handicap, maladie, deuil dans l'entourage proche	Vécu personnel, maturité	Meilleure confiance en soi	Passions
ortho 4					1	
ortho 28				1		
ortho 16						
ortho 23						
ortho 6				1		
ortho 27	1					
ortho 30						
ortho 33				1		
ortho 34						
ortho 3	1	1				
ortho 13	1	1				
ortho 32	1			1		
ortho 19	1		1			
ortho 10				1	1	
ortho 8	1		1			
ortho 15	1					
ortho 26	1					
ortho 29	1		1			
ortho 31	1			1		
ortho 9	1			1		
ortho 12	1		1	1		
ortho 24	1					
ortho 35	1			1		
ortho 20					1	
ortho 25		1				
ortho 37		1		1		
ortho 22	1		1			
ortho 7	1					
ortho 18						
ortho 21						
ortho 14	1		1			
ortho 36						
ortho 1		1				
ortho 5	1	1				
ortho 17	1	1				
ortho 2				1		1
ortho 11	1		1	1		
TOTAL	20	7	7	12	3	1

ANNEXE XI : FACTEURS D'ÉVOLUTION RELATIONNELLE NÉGATIVE

	Baisse compétences relationnelles ?		Causes										Années expérience	
	OUI	NON	Burn out	Préoccupations personnelles	Épuisement biologique	Démotivation	Sentiment d'impuissance	Compétences insuffisantes	Stress	Autre				
ortho 4		1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	3
ortho 28		1	1											5
ortho 16		1	1	1	1	1		1	1					6
ortho 23		1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	6
ortho 6	1							1						7
ortho 27	1						1	1						7
ortho 30		1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	7
ortho 33		1												7
ortho 34		1		1				1						7
ortho 3	1		1		1					1				9
ortho 13		1						1						9
ortho 32		1	1	1	1	1	1	1	1	1	comportement des patients : veulent tout, tout de suite, sans fournir d'effort, sans se préoccuper des autres			9
ortho 19	1		1	1				1						10
ortho 10	1		1	1			1			1	niveau d'exigence, de recherche qualitative			11
ortho 8	1		1							1				13
ortho 15	1		1	1						1				13
ortho 26	1			1				1	1					13

	Baisse des compétences relationnelles ?		Causes										Années d'expérience	
	OUI	NON	Burn out	Préoccupations personnelles	Épuisement biologique	Démotivation	Sentiment d'impuissance	Compétences insuffisantes	Stress	Autre				
ortho 29		1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	14
ortho 31	1			1	1		1	1	1					15
ortho 9		1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	16
ortho 12		1	1					1		manque confiance en soi	mauvais choix professionnel	trop d'égo centrisme		16
ortho 24		1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	17
ortho 35		1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	17
ortho 20		1					1							18
ortho 25		1	1	1										18
ortho 37		1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	18
ortho 22		1								augmentation en nombre et en sévérité des pathologies du langage				20
ortho 7		1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	23
ortho 18	1						1	1						23
ortho 21		1	1	1										23
ortho 14		1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	25
ortho 36		1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	26
ortho 1		1				1								27
ortho 5	1						1		1					27
ortho 17		1		1	1	1								30
ortho 2		1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	35
ortho 11		1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	36
TOTAL	11	26	11	11	5	6	11	6	8					

NR	Non Renseigné
1	Orthophonistes se sentant concernés par une baisse de certaines de leurs compétences relationnelles