

## CHAPITRE 17

# Orthophonie et soif de connaissances

Florence George

### Introduction

Orthophoniste diplômée en 1986 à l'école d'orthophonie de Marseille, mes études se sont déroulées dans les années 80 quand l'orthophonie était encore une toute jeune fille d'à peine une vingtaine d'années. Cette profession était pour moi une évidence et m'attirait car elle offrait divers domaines de prises en charge et tous les âges de la vie étaient concernés. La formation ne se limitait pas à un seul champ d'action, à une seule tranche d'âge mais nous offrait bien au contraire un choix indéniable. Bien sûr j'ai eu très tôt conscience que je ne pourrai pas être compétente dans tous les domaines et que si je voulais approfondir ma formation et m'investir au mieux dans ma pratique, il faudrait réduire le champ d'action et choisir une ou quelques pathologies en particulier pour se perfectionner, se spécialiser.

### Les études

Mon stage de dernière année d'études m'a plongée dans un service spécialisé en ORL dans les troubles de la voix et les troubles du langage et des apprentissages chez l'enfant. Ce stage était un choix et m'a permis de me familiariser avec l'évaluation et la prise en charge. Mon temps était partagé entre ces deux pathologies et ma passion du métier a vraiment émergé à cette période. Pouvoir répondre à une demande, améliorer le quotidien des patients pris en charge donnait cette sensation d'être utile et que nos efforts n'étaient pas vains. Acquérir des connaissances et pouvoir offrir à autrui ses compétences pour réduire les pathologies rencontrées a motivé ma soif d'apprendre, de se former

et d'aller toujours plus loin pour ne pas rester sur des acquis. J'ai aussi très vite pris conscience que dans ce métier il y avait encore beaucoup à apprendre et que la recherche n'en était qu'à ses balbutiements.

## L'évaluation des troubles

L'évaluation des troubles a été mon cheval de bataille dès mes débuts d'apprentie orthophoniste; notre métier de thérapeute du langage, de la communication ne pouvait se fonder que sur une évaluation pertinente des troubles. À l'époque de mes études il y avait bien quelques bilans, quelques tests mais très peu étaient étalonnés, standardisés. Dans le service où j'effectuais mon stage des tests avaient été mis au point et je pouvais donc voir la différence entre l'utilisation de tests « étalonnés » et de tests sans cotation. Il m'est très vite apparu facile et rapide de tracer les objectifs d'une rééducation après la passation d'un bilan, son dépouillement, sa cotation et sa rédaction. Comme si le bilan était la notice de montage de notre rééducation, comme s'il devenait la feuille de route de notre projet rééducatif.

À cette époque peu d'orthophonistes faisaient des bilans et encore moins de comptes rendus de bilans. Il m'apparaissait que les prises en charge s'effectuaient toutes à peu près de la même manière en fonction du trouble pressenti (retard de langage, dyslexie, dysorthographe...).

## Du singulier au pluriel

À cette période également on parlait de LA dyslexie, LA dysorthographe, LA dyscalculie, LE retard de langage : le singulier était de mise pour ces pathologies. Rééduquer de la même manière chaque pathologie m'a très vite interpellée car l'efficacité de la prise en charge était différente selon les enfants suivis. Les degrés de sévérité pouvaient être différents mais ce n'était pas la seule raison à ces différences de résultats. Au fil du temps les recherches ont permis un abord pluriel de ces pathologies en spécifiant les différentes formes cliniques et une réflexion sur les techniques de rééducation mais aussi sur la nécessité d'une évaluation plus fine, plus élaborée, plus adaptée. Dans les années 80 et si l'on se réfère au *Précis d'orthophonie* de l'époque on peut remarquer que le terme « dyslexies » comprend les troubles de lecture et d'orthographe (le terme « dysorthographe » est absent) mais les différentes formes cliniques n'apparaissent pas encore. Le terme « dyscalculies » est également absent et en ce qui concerne les « dysphasies » on distingue alors uniquement les formes légères et sévères.

Il a donc fallu attendre les progrès et les recherches dans les domaines de la neuroscience, de la neuropsychologie et de la psychologie cognitive pour remettre en question la notion « unitaire » des divers troubles.

Quel plaisir de vivre l'évolution des connaissances et de pouvoir évoluer parallèlement dans notre profession. Ma passion ne s'est donc que plus amplifiée au fil de l'évolution sur LES dyslexies, LES dysorthographies, LES dyscalculies, LES pathologies du langage oral et avec les travaux de Loïc Gérard sur les

dysphasies. À partir de là j'ai abandonné le domaine de la voix pour privilégier le domaine des troubles d'apprentissages et du langage.

À la fin de mes études il m'a été proposé d'intégrer le service hospitalier où j'avais effectué mon stage; j'ai accepté cette proposition et j'ai démarré mon activité mi-temps salariée et mi-temps libérale. Les pathologies traitées étaient variées, troubles de la voix, aphasies, troubles des apprentissages et du langage mais je refusais les prises en charge en surdité, maladie d'Alzheimer, Parkinson, ne me sentant pas suffisamment formée pour être efficace.

## La prise en charge

### Travailler dans une équipe pluridisciplinaire

J'int grais une équipe pluridisciplinaire qui allait changer ma pratique à la fois pour l'évaluation et la prise en charge. Ma pratique n'allait plus se centrer uniquement sur l'orthophonie. L'orthophonie devenait un maillon d'une pratique plus globale, et faisait partie intégrante d'une évaluation plus large. Les troubles que j'allais rencontrer ne seraient plus seulement explorés dans le domaine orthophonique. Chaque symptôme allait être analysé par divers professionnels (neuropédiatre, psychologue, neuropsychologue, psychomotricien, orthophoniste et/ou phoniatre puis par la suite enseignante spécialisée); l'évaluation pluridisciplinaire allait donc permettre une approche globale de l'enfant et de son ou ses troubles. Ma pratique allait donc s'ouvrir aux échanges, aux projets élaborés à plusieurs.

Travailler dans une équipe pluridisciplinaire permet une dynamique, un état d'esprit qui élargit la vision d'une approche, d'un projet thérapeutique. En libéral, seule dans son cabinet, il n'est pas toujours facile de chercher ailleurs que dans son domaine. Dans les années 80 nous n'avions pas encore les réseaux et là aussi l'évolution a été grande quand différents professionnels de santé se sont mis en contact pour travailler ensemble, faire la démarche d'apprendre ce que chacun faisait et d'envisager une mise en commun des connaissances et compétences.

Au début des années 90 mon activité à l'hôpital se partageait entre les consultations d'évaluation, la prise en charge r educative d'enfants présentant des troubles sévères du langage, tout en étant maître de stage et de mémoire pour les étudiants en orthophonie de l' cole de Marseille où j'exerçais depuis mon diplôme la fonction d'enseignante pour les cours sur les dyscalculies, dyslexies...

Les enfants venaient en r education en consultation externe mais du fait de notre équipe pluridisciplinaire ils bénéficiaient d'un suivi global : orthophonie / psychomotricité / psychothérapie. Le projet r educatif était monté en équipe et tous nos efforts étaient combinés. Le fait d'avoir des stagiaires donnait aussi une certaine dynamique à mon travail et permettait aussi de proposer dans certains cas des r educations en groupe (3 ou 4 enfants) en complément de la prise en charge individuelle.

## Rencontre avec la dysphasie

La rencontre avec le premier enfant diagnostiqué dysphasique a éveillé en moi l'envie de travailler davantage sur cette pathologie tant au niveau évaluation, compréhension de la pathologie et au niveau rééducation, puis recherche. Ce premier cas était un jeune garçon âgé d'un peu plus de 5 ans, sans langage, il possédait uniquement les voyelles. Il communiquait malgré tout avec des mimiques, une gestuelle spontanée, un jargon assez « mélodique » mais totalement inintelligible; ce qui m'impressionna le plus fut sa soif de communiquer et sa compréhension préservée. Comment rester insensible? Comment ne pas vouloir tout donner pour aider cet enfant à construire son langage, préserver son appétence à la communication?

À la même période, j'ai aussi pris en charge un enfant présentant une dyspraxie verbale, sans langage, sans communication et notre équipe a mis en place un suivi global. Pour la première fois j'ai utilisé des systèmes alternatifs de communication comme les pictogrammes afin de proposer des tableaux de communication mais très vite cette démarche m'a paru insuffisante et je me suis alors formée au programme Makaton.

Certaines rencontres avec des patients vont nous pointer nos limites et faire naître l'envie d'aller plus loin et de trouver d'autres moyens rééducatifs que ceux que nous connaissons ou possédons. C'est ainsi que notre pratique nous conduit vers des formations pour répondre à des besoins, pour offrir des solutions à des patients et enrichir notre expérience professionnelle et même humaine. Par cette formation au programme Makaton j'ai pu faire progresser bon nombre d'enfants sans langage ou avec des déficits majeurs, proposer une rééducation bien ciblée. En tant que thérapeute du langage, la communication est notre priorité et nous nous devons d'offrir et de maintenir cette compétence aux patients que nous recevons; s'il faut utiliser pour cela des systèmes alternatifs ou augmentatifs, formons-nous à leur utilisation.

## Contacts avec l'école

Notre pratique a aussi évolué avec le partenariat mis en place avec le milieu scolaire. Au début de ma pratique, l'orthophonie se passait dans notre bureau avec notre patient et, même si nous avions connaissance de sa scolarité, peu de contacts étaient pris avec les écoles. Par la suite les échanges avec le milieu scolaire se sont développés et les enseignants sont devenus des partenaires permettant d'élaborer avec eux aussi des objectifs communs.

L'orthophoniste a pu assister les équipes éducatives, rencontrer et échanger avec le directeur d'école, l'enseignant, le médecin et le psychologue scolaires; ces échanges ont permis d'élargir la vision et la connaissance de l'enfant puisqu'en tant que thérapeute la prise en charge de l'enfant se fait en relation duelle, alors que dans le milieu scolaire l'enfant est en groupe avec ses pairs. Les comportements observés dans ces deux situations sont complémentaires et permettent de cerner au mieux l'enfant.

Ce que nous observons dans une situation donnée peut ne pas être observable dans une autre situation (par exemple, l'enfant peut réussir une tâche en situation duelle car il est confiant ou suffisamment étayé pour réussir, mais il peut échouer en contexte de groupe car face à ses pairs il perd ses moyens ou repères, ne peut gérer ou généraliser les stratégies mises en place en cabinet). Nous devons donc nous défendre de tirer des conclusions hâtives sur tel ou tel comportement de l'enfant, imaginer la généralisation d'une notion si elle est réussie en notre présence...

Pour en revenir au cas des dysphasies, cette pathologie sévère et complexe reflète bien la nécessité d'un diagnostic précis, d'une évaluation pertinente afin de mettre en évidence les déficits, les déviations mais aussi les capacités préservées; à partir du bilan nous devons faire un choix de priorités d'actions, car de nombreux domaines étant atteints, nous ne pouvons pas tout traiter d'emblée et en même temps. Il faut accepter de hiérarchiser des actions qui peuvent être bien sûr reconsidérées au fil du temps.

## La rééducation

### Une feuille de route

Au début de ma pratique, en rééducation pour les troubles du langage oral on nous parlait davantage de bain de langage, j'ai même vu des orthophonistes passer des séances entières à faire des puzzles et j'avoue que je cherchais sans succès le fil conducteur des séances... Avec le recours de plus en plus systématisé à l'utilisation de tests standardisés il a été possible, en fonction de tel trouble mis en évidence, de proposer telle remédiation, un projet rééducatif qui du coup était ciblé. La rééducation n'allait plus être la même pour les enfants pris en charge et des remédiations personnalisées, individualisées ont été envisagées. Précédemment je parlais de « feuille de route », c'est bien la sensation que j'ai pu vivre en utilisant de plus en plus les tests standardisés. C'est bien cet objectif que j'attendais dans l'utilisation de ces tests : obtenir un plan de remédiation, tout en tenant compte de la personnalité de l'enfant, de son vécu et de ses centres d'intérêt qu'il nous est donné de connaître lors de l'anamnèse, qui fait partie de notre bilan d'évaluation et qu'il convient de mener correctement, en prenant le temps nécessaire pour découvrir un maximum d'informations sur le patient qui nous consulte.

Très vite j'ai laissé de côté les tests qui n'avaient pas de cotation, qui apportaient des données subjectives pour leur préférer les tests étalonnés et standardisés; en cabinet (au début de ma pratique je reprenais alors un cabinet existant et une patientèle) le fait d'utiliser des tests standardisés (ce qui n'était pas le cas de ma prédécesseur) a mis fin à certaines prises en charge qui ne relevaient pas de l'orthophonie, les scores étant normaux ou subnormaux... pour d'autres cela a permis de réorienter la prise en charge avec des objectifs à court et moyen termes pour ensuite pouvoir en viser à long terme.

## Les tests

L'évolution vers l'utilisation de tests a permis aussi des diagnostics différentiels, de ne plus tendre vers du soutien scolaire (ce que pouvaient faire certains confrères ou consœurs, quand les suivis étaient systématisés dès qu'il y avait difficulté scolaire). La recherche et l'évolution des tests ont permis une reconnaissance des pathologies, mais ont aussi permis d'expliquer clairement et sans équivoque à certains parents que leur enfant ne relevait pas d'un suivi orthophonique ou au contraire qu'il y avait bien un trouble défini et que leur enfant n'était pas « paresseux ou nul ».

Combien de parents font la démarche de consulter pour obtenir des « cours d'orthophonie » ? Il est important de situer notre domaine d'intervention, nos limites et expliciter les pathologies concernées ; pour cela il est important d'expliquer aux parents les résultats du bilan, les conclusions et le projet qui en découle.

L'utilisation de tests cotés permet de situer les difficultés de l'enfant par rapport à une norme. L'analyse quantitative ne doit pas nous faire perdre de vue l'analyse qualitative tout aussi importante et qui permet de voir le fonctionnement de l'enfant face à une tâche donnée. Ces deux analyses indispensables sont complémentaires.

L'utilisation des tests permet aussi de faire des bilans intermédiaires ou de contrôle afin de juger de l'évolution de l'enfant ou de noter d'éventuelles régressions ou stagnations ; nous pourrions alors réorienter les objectifs du projet rééducatif ou les stratégies rééducatives.

## Le bilan

### **Rédiger un compte rendu**

Rédiger un compte rendu de bilan au début de ma pratique n'était pas non plus une nécessité mais là encore l'expérience tant au niveau de l'évaluation que de la rééducation a fait émerger en moi la nécessité de rédiger un compte rendu, systématique. Ce compte rendu que j'adressais bien sûr au médecin prescripteur, mais que je remettais aussi à la famille et une copie dans mon dossier allait donc être la feuille de route, facile à décrypter, à manipuler pour choisir les objectifs et les exercices appropriés.

Sans être directif, le fait d'avoir des intentions précises et ciblées aboutira à l'atteinte d'objectifs liés aux besoins de l'enfant identifiés au cours du bilan coté. La conduite des séances se fera toujours en fonction de ce qu'amène l'enfant, à savoir son état d'esprit, son besoin, sa demande et sa motivation du moment. Pour une même pathologie nous n'aurons pas de séance « type » car nous adaptons toujours notre travail en fonction de l'individualité de chaque enfant ; ce travail est dépendant de la relation nouée avec l'enfant.

### **Le partage avec l'enfant**

J'ai toujours pris soin aussi d'expliquer aux enfants pris en charge les résultats du bilan, les objectifs de la rééducation et les choix d'actions, d'exercices ; quand cela était possible objectifs et choix d'actions étaient décidés avec l'en-

fant. Travailler ensemble vers des objectifs communs me paraît essentiel pour rendre l'enfant acteur de sa prise en charge et motivé.

### **Le besoin de se former**

Pour rester également moi-même motivée et rechercher davantage de solutions adaptées et bien ciblées aux problèmes posés par chaque cas j'ai suivi très régulièrement des formations, j'ai beaucoup lu tout ce qui pouvait paraître sur les pathologies du langage oral et écrit et j'ai commencé à être attirée par la recherche pour tenter de répondre à certaines questions qui pouvaient naître des difficultés rencontrées, constatées.

### **Élaborer des tests**

Parallèlement l'utilisation des tests, qui était pour moi essentielle pour diagnostiquer mais aussi pour définir les compétences préservées et les déficits, a de plus en plus attiré mon travail sur « de quel bilan aurais-je besoin ? », « quel domaine doit être exploré et comment » pour répondre plus finement à mes questions ?

Je ne dirais pas que j'ai répondu à toutes mes questions mais j'ai commencé à travailler en équipe avec un médecin phoniatre, le Dr Catherine Pech-Georgel, et notre binôme s'est donc penché sur l'élaboration de tests. Travail passionnant car pour penser évaluation il faut déjà avoir les connaissances théoriques et il faut aussi penser remédiation pour que l'évaluation proposée apporte des pistes et des objectifs rééducatifs. Telle était notre conception de travail : s'appuyer sur la théorie, sur les modèles de lecture par exemple et monter un outil d'évaluation qui, en plus d'aider à poser un diagnostic, à situer un enfant par rapport à une norme, serve au montage et à la planification de la prise en charge rééducative.

Alors presque naturellement notre binôme s'est élargi, nous avons rencontré un chercheur du CNRS, Johannes Ziegler et nous avons fait équipe avec lui pour diverses recherches sur les dyslexies puis les dysphasies. Notre trio a donc mené de nombreuses recherches qui ont abouti à la publication d'articles dans des revues internationales. La richesse de notre travail a été la complémentarité de nos approches, clinique et scientifique, chacun essayant de comprendre davantage le domaine de l'autre et de s'en imprégner pour mener des études qui puissent apporter tant sur un niveau théorique, scientifique que pratique. Le but de nos recherches est de caractériser aussi précisément que possible l'organisation complexe du langage, son acquisition, son fonctionnement normal et pathologique ainsi que son implémentation cérébrale. Les champs couverts vont des processus de bas niveau, comme le traitement orthographique et phonologique dans la perception des mots écrits ou parlés aux mécanismes impliqués dans la production de la parole.

### **Retour sur les bancs de la fac**

Sous les encouragements de mes partenaires je me suis inscrite avec le Dr Pech-Georgel au master en psychologie afin d'envisager un doctorat de Sciences humaines et sociales, mention Psychologie – spécialité « Psychologie

et psychophysiologie de la cognition ». Quatre années d'études après 18 ans de pratique, études que je suivais tout en continuant mon travail. Après le master je me suis lancée dans la rédaction d'une thèse avec pour sujet les dysphasies. J'ai eu la chance de faire de la recherche tout en continuant mes consultations et mes rééducations. J'ai pu ainsi « vivre » la dysphasie tant sur un plan théorique que pratique, au plus près du patient. Explorer une pathologie sur tous les fronts est une expérience riche et permet aussi d'évaluer si nos choix stratégiques de remédiation sont pertinents ou non.

En 2008 j'ai soutenu ma thèse...

La recherche et ce doctorat m'ont davantage permis d'aborder l'orthophonie sous plusieurs facettes et surtout de pratiquer mon métier en diverses approches. Je ne pouvais pas concevoir de ne faire que de la rééducation ou que de l'évaluation alors mon temps s'est partagé en « pratique », « consultation », « recherche », « suivi de formation » mais j'ai aussi répondu à des demandes de formations que j'ai pu dispenser, à des demandes d'enseignements, de conférences; j'ai alors découvert que l'orthophonie c'était aussi le partage et les échanges de connaissances qui nous font tous évoluer, grandir et apporter de nouvelles pierres au grand édifice qu'est l'orthophonie qui ne sera jamais un édifice figé et finalisé tant il y a encore à découvrir, à enrichir, à construire.

L'expérience de partage je l'ai vécue très tôt, puisque dès ma première année d'exercice j'ai été maître de stage et enseignante : cette « responsabilité » a aussi été un moteur pour toujours me tenir au courant, en suivant de près les formations, en lisant les articles ou ouvrages sur mes thèmes de prédilection. L'orthophonie ne peut pas être perçue comme un diplôme que l'on acquiert et avec lequel on pourra exercer toute sa vie durant, sans remise à niveau. Il me paraît inconcevable de travailler dans son bureau sans jamais faire de formation, sans lire de revues spécialisées, sans se former aux nouveaux tests, sans participer à des journées d'enseignements, de congrès... et pourtant certains praticiens fonctionnent avec leurs acquis sans s'ouvrir à l'actualisation de notre profession.

## Conclusion

Cette soif de suivre l'actualité, de partager avec divers professionnels les connaissances et les pratiques afin de faire évoluer nos démarches, nos évaluations et nos suivis, j'ai pu y répondre en acceptant d'intervenir dans des colloques, formations, enseignements post-universitaires mais aussi en organisant divers congrès et formations.

Des techniques il en existe plusieurs et nous nous devons d'en connaître plusieurs afin de pouvoir répondre au mieux aux différentes situations auxquelles nous pouvons être confronté(e)s...

Une des grandes évolutions au fil des années est que l'orthophonie s'est adossée à d'autres disciplines pour évaluer et prendre en charge les troubles du langage oral et les pathologies du langage écrit.

En effet, l'étude de ces troubles est un domaine à la fois en pleine expansion, et multidisciplinaire. L'interdisciplinarité est une démarche de plus en plus incontournable. Du point de vue clinique, l'expérience de ces dernières années tend à favoriser une pratique d'équipe, où chaque discipline joue un rôle spécifique, et où l'échange entre les professionnels de différentes formations est considéré non seulement comme un enrichissement pour chacun d'entre eux, mais aussi comme une nécessité pour une prise en charge cohérente de l'enfant. Du point de vue théorique, aussi, il apparaît de plus en plus crucial de faire la synthèse des différentes voies de recherches proposées.

Pour bien pratiquer nous devons avoir de solides bases théoriques mais ces bases évoluent avec les recherches, alors il nous faut nous tenir au courant des dernières publications, des derniers résultats d'études, des divers matériels ou tests sur le marché; il faut avoir un esprit ouvert à la connaissance, toujours en évolution, aux outils qui d'actualité aujourd'hui ne le seront peut-être plus dans un proche avenir. Nous devons donc accepter que ce que nous savons aujourd'hui est relatif par rapport à ce que nous saurons demain, qu'il reste encore beaucoup à apprendre et que notre pratique d'aujourd'hui ne sera peut-être pas la même que celle de demain, comme elle n'est pas la même que dans le passé, mais c'est aussi tout ce qui fait la richesse de notre profession!