



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-memoires-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>



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

Delphine LAFOND-MARCY
Anne VINCENT-CHARVET

LE GROUPE DE PARENTS D'ENFANTS QUI BEGAIENT :
Une approche par les sciences sociales

Maîtres de mémoire

Nicolas GUILHOT
Anne-Marie SIMON

Membres du Jury

JAUBERT Guillaume
LECLERC Caroline
PERDRIX Renaud

Date de Soutenance
27 juin 2013

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de
maïeutique - Lyon-Sud Charles
Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de
la Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. FARGE Alexis**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

IUFM
Directeur **M. MOUGNIOTTE Alain**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et
Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **M. COLLIGNON Claude**

POLYTECH LYON
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (ESCPE)
Directeur **M. PIGANULT Gérard**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

Observatoire Astronomique de
Lyon **M. GUIDERDONI Bruno**

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
BO Agnès

Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
GENTIL Claire
GUILLON Fanny

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité
BADIOU Stéphanie
BONNEL Corinne
CLERGET Corinne

REMERCIEMENTS

En tout premier lieu, nous tenons à remercier nos deux maîtres de mémoire : Anne-Marie Simon qui, par sa très grande connaissance et expérience du bégaiement, a su nous aider dans l'orientation de notre recherche dès le départ ; Nicolas Guilhot pour son éclairage concernant les subtilités de la sociologie et ses retours structurants pour notre travail.

Nous remercions également toute l'équipe de sciences sociales pour la richesse intellectuelle des séminaires et l'encadrement offert.

Merci à Agnès Witko pour sa réactivité à chacun de nos mails et son efficacité.

Merci aux orthophonistes qui nous ont reçues, d'avoir partagé avec nous la passion de leur métier et la richesse de leur expérience et d'avoir accepté de nous ouvrir les portes de leur pratique.

Merci aux quatre couples de parents d'avoir accepté notre présence aux séances de groupe ; merci aussi à eux pour leur disponibilité et leur sincérité lors de nos entretiens.

Merci à nos familles, maris, parents et enfants pour leur présence patiente, leur confiance en nous, et leur soutien durant cette besogneuse et longue entreprise que représente le mémoire, et au-delà, durant ces quatre années d'études en orthophonie qui nous ont amplement accaparées !

Enfin, nous nous remercions mutuellement pour le plaisir que nous avons eu à travailler ensemble sur ce projet très enrichissant, et qui a fait naître en nous l'envie de prolonger l'aventure dans un projet professionnel commun...

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE.....	8
I. LES REPRESENTATIONS DE LA MALADIE ET DES THERAPIES MEDICALES	9
1. <i>Les modèles : concepts sociologiques et références théoriques du bégaiement.....</i>	<i>10</i>
2. <i>Spécificités de la maladie chronique.....</i>	<i>12</i>
II. LA RELATION THERAPEUTIQUE	13
1. <i>La question des représentations.....</i>	<i>13</i>
2. <i>Postures et actions</i>	<i>15</i>
3. <i>La négociation.....</i>	<i>17</i>
III. LE GROUPE : LIEN AUX AIDANTS ET LIEU D'INTERACTION.....	18
1. <i>Le lien aux aidants</i>	<i>18</i>
2. <i>Un lieu d'interaction.....</i>	<i>19</i>
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	23
I. PROBLEMATIQUE	24
II. HYPOTHESES	25
1. <i>Hypothèse 1.....</i>	<i>25</i>
2. <i>Hypothèse 2.....</i>	<i>25</i>
3. <i>Hypothèse 3.....</i>	<i>25</i>
PARTIE EXPERIMENTALE	26
I. L'EVOLUTION DE NOTRE POSTURE EPISTEMOLOGIQUE	27
1. <i>Une approche clinique quantitative peu adaptée à notre objet d'étude.....</i>	<i>27</i>
2. <i>L'ethnométhodologie : une posture épistémologique enrichissante</i>	<i>28</i>
3. <i>Le choix d'une méthodologie interactionniste</i>	<i>29</i>
II. PROTOCOLE	32
1. <i>La population : le choix d'une étude microsociologique</i>	<i>32</i>
2. <i>L'observation participante.....</i>	<i>33</i>
3. <i>L'entretien semi-dirigé.....</i>	<i>35</i>
III. UN POSITIONNEMENT EVOLUTIF	37
1. <i>Une posture évolutive au sein du groupe : la question de la réflexivité.....</i>	<i>37</i>
2. <i>Un statut diversement perçu.....</i>	<i>38</i>
3. <i>Influence de l'entretien sur les phénomènes observés</i>	<i>39</i>
PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	41
I. LA RELATION THERAPEUTIQUE INDIRECTE : DE LA DEMANDE DE CO-THERAPIE A LA NEGOCIATION DU SOIN	42
1. <i>Des professionnelles à l'initiative de la co-thérapie.....</i>	<i>42</i>
2. <i>Au cœur d'un conflit de perspectives</i>	<i>44</i>
3. <i>Entre adhésion et résistances, la place de la négociation dans la relation thérapeutique indirecte.....</i>	<i>49</i>
II. LE GROUPE DE PARENTS, ENTRE RELATIONS DE PAIRS ET RELATION THERAPEUTIQUE INDIRECTE ...	55
1. <i>Un groupe de parole et de rencontre entre pairs.....</i>	<i>56</i>
2. <i>Un lieu de représentation et d'interaction sociale.....</i>	<i>59</i>
3. <i>Un dispositif ortho-centré</i>	<i>63</i>
III. LE GROUPE, REVELATEUR ET ACTEUR DE LA TRAJECTOIRE DE SOIN.....	66
1. <i>Le groupe, lieu d'expression des trajectoires de soin</i>	<i>66</i>
2. <i>Un dispositif qui accompagne la trajectoire de soin, comme une réponse à la problématique du temps 70</i>	<i>70</i>
3. <i>Et toujours en perspective, l'issue de la trajectoire de soin.....</i>	<i>74</i>
CONCLUSION.....	77

BIBLIOGRAPHIE	78
ANNEXES.....	82
LISTE DES ANNEXES	83
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE EXPLORATOIRE A DESTINATION DES ORTHOPHONISTES METTANT EN PLACE DES GROUPES DE PARENTS.....	84
1. <i>Modèle du questionnaire communiqué aux orthophonistes</i>	84
2. <i>Résultats des 13 questionnaires (février 2012)</i>	85
ANNEXE II : REPARTITION DE LA QUANTITE DE PAROLE DANS LES GROUPES 4 ET 5	87
ANNEXE III : ANALYSE DE L'INITIATION DES THEMES ET DES REGISTRES DU DISCOURS DANS LES GROUPES 4 ET 5	88
1. <i>Groupe 4</i>	88
2. <i>Groupe 5</i>	89
ANNEXE IV : SOCIOGRAMMES DES GROUPES 4 ET 5	90
1. <i>Explication de la démarche quantitative et des symboles adoptés.....</i>	90
2. <i>Groupe 4</i>	93
3. <i>Groupe 5</i>	95
.....	96
ANNEXE V : GRILLES D'ENTRETIEN.....	97
1. <i>Grille d'entretien détaillée à l'intention des parents</i>	97
2. <i>Grille d'entretien détaillée à l'intention des orthophonistes.....</i>	98
.....	98
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	99
TABLE DES MATIERES	100

INTRODUCTION

Notre projet de mémoire est né d'un double intérêt qui s'est développé au cours de notre cursus de formation : le bégaiement d'une part en tant que pathologie, découverte tout d'abord en stage, et d'autre part l'accompagnement familial comme modalité de prise en charge. Le groupe de parents d'enfants qui bégaiement est apparu comme un dispositif réunissant nos deux thématiques de prédilection. Cette pratique novatrice est encore peu répandue dans le soin orthophonique, comme en témoigne l'enquête préliminaire que nous avons réalisée auprès des orthophonistes adhérant à l'Association Parole Bégaiement. Ces groupes de parents étant peu étudiés encore, nous avons décidé de suivre le projet d'un cabinet d'orthophonie qui organisait son premier groupe.

Notre intention première d'une approche clinique de notre sujet s'est progressivement révélée inadaptée et trop limitative. D'une part, en effet, l'approche quantitative ne permettait pas de rendre compte de la complexité du terrain ; d'autre part, il n'était pas possible d'isoler l'effet du groupe de parents sur l'évolution du bégaiement de l'enfant. Aussi avons-nous opté pour une démarche sociologique mieux à même d'appréhender un tel dispositif. La recherche de validation d'un processus en termes d'efficacité clinique a donc laissé place au désir de compréhension des enjeux et des intrications que ce dispositif recouvrait.

Nous avons ainsi suivi ce premier groupe composé de quatre couples et deux orthophonistes pendant un an. Nous avons complété nos observations directes du dispositif par la réalisation d'un ou deux entretiens semi-dirigés avec chacun de ces participants. Ce choix méthodologique a donné naissance à un matériau particulièrement riche. Nous tenterons d'en extraire des logiques de sens afin de comprendre comment s'articulent dans ce groupe relation au thérapeute et relation aux pairs, en lien avec la trajectoire de soins.

Pour répondre à ce questionnement, nous avons investigué des concepts sociologiques concernant les représentations de la maladie, la relation thérapeutique, l'interactionnisme. Nous les présenterons tout d'abord avant d'énoncer la problématique soulevée par notre sujet et les hypothèses que nous avançons. Puis nous aborderons nos choix méthodologiques et leurs implications sur la population étudiée comme sur nous-mêmes. Enfin, nous présenterons nos résultats et nous les discuterons en mettant en lien les éléments d'analyse et la théorie exposée précédemment.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

En abordant notre objet de recherche, nous avons déterminé plusieurs axes de réflexion qui nous semblaient pouvoir étayer nos raisonnements et structurer notre analyse. Des points d'ancrage théoriques se sont progressivement dessinés, en fonction de nos questions de recherche. S'interroger sur la prise en charge d'un trouble complexe comme le bégaiement nécessite tout d'abord d'appréhender la question des représentations de la maladie et de la thérapeutique. C'est ce que nous ferons dans la première partie de cet exposé. Nous nous intéresserons ensuite à la relation thérapeutique, envisagée comme un point d'appui intéressant pour aborder la relation qui intéresse notre étude. Enfin, il s'agira de questionner les dimensions inhérentes au groupe de parents. D'une part, et comme une réflexion préliminaire, nous chercherons à déterminer quelles problématiques sous-tendent la relation parents/orthophonistes. D'autre part, nous aborderons le groupe comme un lieu d'interaction, invoquant à cet effet les apports du courant sociologique interactionniste.

I. Les représentations de la maladie et des thérapies médicales

Avant d'évoquer les cadres généraux de représentations de la santé proposés par les sociologues, il nous paraît intéressant, pour bien comprendre notre sujet, de développer brièvement les représentations professionnelles orthophoniques de la symptomatologie du bégaiement. Les auteurs orthophonistes décrivent un trouble de la fluence verbale caractérisé par des répétitions, des prolongations de sons et des blocages. Les symptômes sont cycliques, ce qui entraîne souvent une inquiétude et une première consultation retardées. Mais il s'agit aussi, voire surtout, d'un trouble global de la communication puisqu'il ne se manifeste que dans l'interaction. « *L'enfant qui parle seul ne bégaye pas* » (Serrano in Van Hout et Estienne, 2002, p.48). De plus, des symptômes secondaires, comportements spécifiques comme l'effort pendant la phonation, les tics, les syncinésies, la perte du contact visuel, les anomalies respiratoires, s'associent aux dysfluences et les entretiennent. Cela signe l'entrée dans le cercle vicieux du bégaiement. Alors, la spontanéité de l'échange disparaît, le trouble devient l'objet de toute l'attention du locuteur, des attitudes de rupture avec l'interlocuteur, de repli et d'évitement apparaissent ainsi qu'un retentissement émotionnel sous forme d'anxiété, de perte de confiance en soi, de frustration... Si le repérage de ces symptômes fait en général l'objet d'un consensus chez les parents et les professionnels, il n'en est pas de même à propos de l'étiologie de la maladie et de la thérapeutique à envisager. Ainsi, dans le processus de soins réunissant soignant et soigné, chacun aborde la pathologie à travers les représentations qu'il s'est construit au cours de son parcours personnel ou professionnel. C'est donc dans ce cadre que les parents d'un enfant qui bégaye et l'orthophoniste se rencontrent et appréhendent le bégaiement, de manière commune ou divergente.

Laplangine, en 1989, définit la représentation comme « *la rencontre d'une expérience individuelle et de modèles sociaux dans un mode d'appréhension particulier du réel : celui de « l'image-croyance* » ». En cela il la différencie de la théorie ou du concept, emprunts de rationalité ; au contraire, la représentation se charge d'une « *tonalité affective* » irrationnelle. Il précise en outre que cette représentation « *devient pour ceux qui y adhèrent, la réalité elle-même* ». Ainsi par exemple, « *la représentation de la santé nous permet de penser cette dernière tout en nous empêchant simultanément de voir ce que précisément d'autres représentations éclairent* » (p 298). Laplangine a modélisé ces

différentes représentations de la maladie et de la guérison à travers plusieurs couples ou triades antagonistes. Nous avons choisi de développer certains de ces modèles afin d'éclairer notre recherche.

1. Les modèles : concepts sociologiques et références théoriques du bégaiement

1.1. Modèles étiologiques

Le premier modèle, défini par Laplantine en 1989, est le modèle biomédical. « *Il commande une médecine qui peut être qualifiée de médecine des spécificités : isoler des spécificités étiologiques, différencier des tableaux symptomatologiques, administrer des spécialités chimiothérapiques qui, par leurs propriétés spécifiques, combattent frontalement les causalités pathogènes et feront disparaître les symptômes.* » (p.303). Chez Laplantine, un second modèle, psychologique, met l'accent sur « *le caractère intrapsychique du conflit responsable du symptôme [...] C'est l'individu lui-même, qui, par la personnalité qui lui est propre, sécrète ses propres maladies.* » (p. 303-304). Enfin, dans le troisième modèle, dit relationnel, la maladie est pensée en termes de « *déséquilibre avec le milieu* », de « *déséquilibre social* » (p. 304).

Selon un second couple de modèle, Laplantine oppose la maladie dans ses représentations exogènes et endogènes. le premier modèle, exogène, très largement dominant dans la société occidentale, considère que la maladie « *est un accident dû à l'action d'un élément étranger (réel ou symbolique) au malade qui, du dehors vient s'abattre sur ce dernier* » (1986, p.76). « *C'est une entité exogène pénétrée par effraction dans le corps d'un individu qui n'y est pour rien* » (1989, p.301). Le modèle endogène, marginal et tout à l'opposé du précédent, place, lui, la maladie « *du côté de l'individu* » ; « *elle vient ou, plutôt, elle part de l'intérieur même du sujet* » (1986, p. 90). A cette approche correspond une compréhension fonctionnaliste de la maladie. Cette dernière adopte ainsi « *une fonction valorisée ou tout au moins signifiante qui doit être décryptée* ». Dans cette conception, « *la maladie n'est pas le contraire de la santé car il n'existe pas de maladie en soi, pas plus d'ailleurs que de santé en soi.* » (1989, p. 301-302). Deux grandes variantes déclinent ce modèle endogène : « *une variante somatique et plus précisément génétique [...] rejetant l'étiologie sur les ascendants du malade* » et une variante psychologique, mettant l'accent, soit « *sur la dynamique de la personnalité avec sa composante inconsciente* » dans une approche psychanalytique, soit sur « *un mécanisme lié à l'apprentissage des comportements* » dans une représentation behaviouriste (1986, p.100-101). Laplantine précise qu'une difficulté de taille persiste dans l'acceptation de ce modèle: « *la reconnaissance qu'une partie de soi-même, voire son individualité propre, soit susceptible à ce point de se nuire* » (1986, p.105). Enfin Laplantine nuance l'opposition qu'il a lui-même définie : « *la causalité originelle pourra être réputée exogène ou endogène selon que l'on considère préférentiellement la réaction de l'organisme ou l'agent d'excitation ou d'infection* ». Il est alors presque « *impossible, scientifiquement, de dénouer la pluralité des facteurs* ». Et pour les malades aussi, « *la maladie peut-être simultanément pensée dans les deux registres* » (1986, p.106-107).

Dans le cadre du bégaiement, les orthophonistes abordent d'ailleurs le trouble à travers une grille multifactorielle. En 1997, Monfrais-Pfauwadel parle ainsi de la

« multifactorialité du bégaiement aux frontières du somatique, du psychisme, du comportemental ». Simon en 1999, définit trois types de facteurs. Elle évoque tout d'abord des facteurs prédisposants, neuro-physiologiques, linguistiques ou psychologiques, constitutifs de l'individu, que nous pouvons certainement rapprocher du modèle endogène, dans une acception soit biomédicale, soit psychologique. Toutefois, précisons qu'ils ne sont pas envisagés comme causes du trouble mais plutôt comme facteurs de risque. Le deuxième groupe réunit les facteurs déclenchants, événements ou éléments dans la vie de l'enfant, qui permettent au trouble de s'exprimer. Parmi eux, de nombreux auteurs pointent le modèle de parole parental, la pression temporelle et éducative. Ainsi, le modèle « Capacités/demandes » développé par Starkweather en 1990 est fréquemment mis en avant dans l'analyse du contexte d'apparition du trouble. Il met en évidence un éventuel décalage entre ce que l'enfant est capable de produire, de faire ou de penser, et les attentes réelles ou supposées de son entourage, un décalage important pouvant favoriser l'apparition d'un bégaiement. Enfin, le troisième groupe de facteurs regroupe ceux qui chronicisent le trouble. Certaines réactions de l'entourage face au bégaiement de l'enfant (conseils, indifférence, agacement...) en font partie. Les deux derniers groupes de facteurs relèvent plutôt des modèles exogène, psychologique et relationnel. Selon une perspective assez parallèle, Van Hout et Estienne, en 2002, proposent un modèle tridimensionnel et interdépendant, réunissant une dimension objective (génétique, terrain), subjective (composante émotionnelle et affective) et intersubjective (composante relationnelle). Nous constatons ainsi à quel point l'intrication de facteurs est communément admise comme cadre de référence par les thérapeutes du bégaiement.

1.2. Modèles thérapeutiques

En 1986, Laplantine propose une analyse sociologique de la thérapie médicale à travers différents modèles dont nous ne retiendrons ici que le couple antagoniste suivant. Le premier modèle, dominant, est le modèle allopathique. « *Il vise à juguler les symptômes par les contraires.* » Les thérapies sont « *actives* », « *extrêmement efficaces* » mais aussi « *d'une extrême brutalité* ». « *A la représentation de la maladie comme entité pathogène, spécifique et ennemie, pénétrée par effraction dans le corps du malade, elles répondent par un acte de contre-agression* ». Ce modèle thérapeutique s'inscrit dans le cadre biomédical précédemment exposé. Le second modèle, marginal, est le modèle homéopathique, à rapprocher de la vaccination, de la cure psychanalytique ou encore de l'antipsychiatrie. Il s'agit cette fois « *d'aider la nature à se défendre par les semblables, en intensifiant la réaction du malade* » en utilisant « *le mal contre le mal, le plus contre le plus, le moins contre le moins* », afin de « *renforcer le potentiel de défense du sujet* ».

Concernant le bégaiement, Simon relate que l'optique parentale la plus répandue en début de prise en charge orthophonique d'un enfant est la suivante : « *vous êtes spécialiste, je vous amène mon enfant, à vous de réparer cette parole qui ne va pas bien* » (1999, p.80). Cette représentation du soin s'inscrit dans les modèles biomédical, exogène et allopathique. Du côté des orthophonistes, à une étiologie reconnue multifactorielle répond « *un travail thérapeutique global* », en appui sur une « *palette de techniques* » et « *un protocole différent pour chaque personne* » (Monfrais-Pfauwadel 1997). Estienne en 2002, rejetant les approches psychanalytiques qu'elle juge peu convaincantes, privilégie les modèles de la psychologie humaniste et cognitivo-comportementale. Ces approches « *se centrent davantage sur le comment que sur le pourquoi [...] relèvent la valeur*

positive du symptôme [...]croient dans les ressources positives de chacun [...]visent l'autonomie et la responsabilité du sujet qui devient l'artisan de son évolution », et « intègrent parfaitement les dimensions physiques (corporelles), mentales, affectives et spirituelles ». Cette approche thérapeutique du bégaiement n'est certes pas la seule mais elle semble très largement dominante aujourd'hui au sein de l'enseignement en orthophonie, des pratiques cliniques et des associations relatives au bégaiement. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude de terrain.

2. Spécificités de la maladie chronique

Parfois le bégaiement dure, résiste, s'installe : on parle alors de chronicisation du trouble. Or si les maladies chroniques relèvent de réalités diverses, elles partagent deux traits communs essentiels : la durée et la gestion de la maladie. Baszanger écrit en 1986, que « *lorsqu'on parle de maladie chronique (ou de longue durée), on parle en mois ou en année* » et que « *à l'aboutissement que constitue la guérison se substitue la gestion de la chronicité quotidienne* ».

2.1. L'incertitude ou le bouleversement des représentations

Pour le malade atteint d'une pathologie chronique, l'incertitude occupe « *une place centrale, au cœur de la maladie et de sa gestion* » (Carricaburu et al. 2004, p.110) : incertitude quant aux causes de la maladie et sur le sens à lui donner, quant à l'ingérence des symptômes et la succession des phases, quant aux répercussions sur la vie sociale. Cette incertitude génère une double difficulté : « *une crise de l'expérience pour le malade et un problème de légitimité pour le modèle clinique* » (Baszanger, 1986, p. 16). Face à ces questions sans réponses simples, les patients développent des théories profanes cohabitant avec le discours médical, « *pour expliquer ce que la médecine n'arrive pas encore à rationaliser* » (Carricaburu et al. 2004, p.110). Tandis que « *l'objectif du travail médical n'est plus de traiter au sens de guérir mais de gérer la maladie, c'est-à-dire de limiter son développement et de contrôler du mieux possible les troubles qu'elle provoque* » (Baszanger, 1986, p.17).

2.2. Une réalité sociale à réinventer

Baszanger pointe en 1986, « *l'impact désorganisateur* » de la maladie chronique :

« L'univers médical n'est lui-même pour les malades qu'un sous-ensemble de la maladie chronique : dans leur travail de gestion, les malades doivent aller au-delà d'un travail de soins médicalement défini. Il leur faut aussi gérer les conséquences de leur maladie sur leur organisation de vie, leur rapport avec les autres et jusqu'à un certain point leur rapport avec eux-mêmes. » (p.22)

Cette gestion « *marque la transformation, dans la durée, de l'événement social maladie et cela pour tous les acteurs [...] au delà du monde médical, dans toutes les sphères de la vie sociale pour une période de temps indéterminée.* » (p.4)

2.3. La notion de trajectoire

En référence à ces maladies de longue durée, Strauss a développé en 1963 la notion de trajectoire. Il s'agit d'un concept dynamique, s'intéressant non seulement au développement physiologique de la maladie mais à toute l'organisation du travail déployée autour d'elle, par le personnel soignant, mais aussi par le malade et par ses proches. Cette trajectoire peut être soit routinière et calquée sur le schéma mental du soignant, à savoir sa « *représentation imaginaire de la succession d'événements et d'actions à prévoir* » (p.162), soit plus complexe et jugée « *problématique* ». Dans ce dernier cas de figure, « *l'image stéréotypée du médecin élaborant à lui seul des protocoles thérapeutiques et veillant à ce qu'ils soient convenablement menés à bien* » (p.166-167) ne correspond plus à la réalité. Des éléments inattendus interfèrent et perturbent l'articulation du soin dans son déroulement temporel ; ces éléments peuvent être liés à la pathologie, mais également résulter d'actions des soignants ou des patients eux-mêmes.

Dans la prise en charge orthophonique précoce du jeune enfant qui bégaye, c'est l'idée de prévention de la chronicité qui s'impose (Simon, 1999), en provoquant une modification de l'environnement. Mais parfois cela reste inopérant et la trajectoire du bégaiement devient complexe. L'idée de guérison cède alors progressivement la place à celle de gestion du trouble. Van Hout et Estienne vont plus loin en écrivant : « *le terme de guérison nous semble inadéquat car le bégaiement ne constitue pas une maladie [...] Il n'y a donc pas lieu de guérir mais d'apprendre à choisir sa façon de parler* » (2002, p.220). C'est la représentation d'un trouble endogène qui guide alors les thérapeutes vers une démarche d'accompagnement du patient dans la gestion de son bégaiement au quotidien.

II. La relation thérapeutique

Il est vrai que notre sujet de recherche ne s'intéresse pas à proprement parler à la relation thérapeutique puisque l'interlocuteur du professionnel n'est pas, dans notre étude, le patient lui-même mais ses parents. Cependant, les modèles d'analyse développés à ce sujet nous semblent une référence nécessaire pour approcher l'interaction qui est au cœur de notre étude. Dans le cadre de travaux réalisés en sciences sociales, plusieurs auteurs se sont penchés sur cette question. Compte tenu de la pathologie qui retient notre intérêt, nous avons choisi de développer plus particulièrement sur les modèles de relation thérapeutique qui répondent aux problématiques soulevées par la maladie chronique.

1. La question des représentations

Dans la première partie, nous avons développé les modèles étiologiques et thérapeutiques proposées par Laplantine. Ici, nous nous intéresserons à la façon dont profanes et professionnels appréhendent la question de la maladie et du soin. Nous verrons comment la confrontation de ces représentations détermine la nature de la relation thérapeutique.

1.1. Représentations professionnelles

Pour Freidson, la représentation professionnelle de la maladie et de la thérapie est fonction des catégories du savoir spécialisé. Grâce à sa formation initiale, maîtrisée par la profession, le médecin structure ses représentations. Il perçoit ainsi le malade et ses besoins à travers le filtre de ses nosologies savantes. Pour Freidson, la maîtrise de ce savoir ésotérique, « *inaccessible aux profanes* », fait du médecin un expert. Et si un conflit surgit, « *la compétence d'expert du médecin reste son dernier recours dans l'interaction générale* » (1984, p.135). C'est-à-dire que le médecin peut toujours imposer la décision finale lors d'une négociation, en évoquant son expertise professionnelle. Il convient néanmoins de préciser que si l'expertise repose sur le savoir professionnel, elle est également fonction de la relation que le professionnel entretient avec ce savoir, de la façon dont il le met en actes dans sa pratique (p.330). Ainsi, l'expertise n'est pas seulement un savoir encyclopédique, elle est également un savoir-faire et un savoir-être résultant de l'expérience.

1.2. Représentations profanes

Il est difficile de définir la représentation profane de la maladie comme appartenant à un système de références homogène et unique. Plusieurs études montrent notamment qu'elle diffère beaucoup selon le milieu d'appartenance du patient. C'est à la fois le discours sur la maladie qui varie, en référence à l'hétérogénéité des systèmes de représentations, mais également l'inclination des individus à aller consulter. Néanmoins, toutes les études s'accordent sur le fait que le monde profane appréhende la maladie de façon plus « *globale* » que les professionnels (Demailly, 2008, p.322), en se centrant davantage sur ce qu'elle bouleverse dans le rapport à l'environnement social. Dans la pensée de Freidson, la notion d'expertise est directement liée à la maîtrise d'un savoir spécialisé. Cela en fait donc un attribut professionnel. Mais Demailly souligne que l'asymétrie d'information qui existait autrefois dans la relation thérapeutique est considérablement remise en cause depuis l'avènement d'internet : cet outil « *est un facteur de porosité des univers sociaux* ». De fait, les patients ont désormais accès facilement aux savoirs professionnels en tant que tels mais aussi aux savoirs d'expériences profanes relayés par les sites d'associations d'utilisateurs. Pour l'auteur, les profanes accroissent ainsi leur expertise (2008, p.324).

1.3. Le conflit de perspective

« *La manière la plus féconde d'envisager la relation thérapeutique est celle qui reflète le conflit et non pas celle d'un modèle consensuel.* » (Adam et Herzlich, 1994, p.117)

Pour Freidson, un « *conflit de perspectives* » est latent à des degrés divers dans toute relation thérapeutique. Pour aborder cette question, il souligne la nécessité d'appréhender les représentations profanes et professionnelles comme intégrant des logiques de sens plus globales :

« A une conception de la maladie participe implicitement une culture ou un système de connaissances et de significations données. [...] La

caractéristique essentielle de n'importe quelle culture est sa compatibilité avec la médecine moderne. [...] A l'intérieur des sociétés modernes, les variables empiriques du statut économique-social – tout spécialement l'éducation – semblent être les indicateurs les plus utiles de cette compatibilité. » (Freidson, 1984, p.286)

Ainsi, le degré de proximité entre le monde référentiel du profane et celui du thérapeute fait varier le rapport médecin / patient. Reprenant les modèles de Szasz et Hollander (1956), Freidson considère que « *la configuration d'interaction activité-passivité a plus de chances de se rencontrer lorsque la culture profane diffère beaucoup de la culture des professionnels et lorsque le statut du profane est très bas, comparé à celui du professionnel.* » Dans cette situation, le patient est passif, soumis à l'autorité du médecin qui est, quant à lui, pleinement actif. « *Quand [les écarts de culture] sont moins importants, on a des chances de trouver le schéma guidance-coopération.* » Dans cette configuration, le patient en souffrance « *cherche de l'aide et il est prêt à coopérer avec bonne volonté* », en confiance face à l'autorité du médecin (Szasz et Hollander, 1956, p.586-567). Enfin, « *si la culture profane et le statut du patient sont l'un et l'autre très semblables à ceux du professionnel, on utilisera probablement souvent le schéma de participation mutuelle.* » On demande alors aux patients de prendre part au soin et les deux parties doivent accepter le statut de collaborateur. « *Le médecin ne prétend pas savoir exactement ce qui vaut mieux pour le patient. L'essence de la relation thérapeutique est justement de le rechercher.* » (Szasz et Hollander, 1956, p.589)

Demailly, dans son étude sur le monde de la psychiatrie, s'intéresse par ailleurs à l'usage des termes dans le dialogue entre professionnels et profanes, comme révélateur des différences de représentation. Elle observe que les patients cherchent souvent à « *s'approprier les catégories ésotériques* » des professionnels tout en conservant un « *sentiment d'étrangeté* » à leur égard. Ainsi, il subsiste toujours « *des problèmes de langue délicats, sources de malentendus toujours possibles.* » Parfois, lorsque le patient est confronté à un discours scientifique trop abstrait, il peut avoir tendance à « *se réfugier derrière ses propres croyances populaires de la maladie avec souvent des conséquences sérieuses sur le traitement.* » (2008, p.323)

2. Postures et actions

2.1. Des médecins en proie aux divergences culturelles

« Le système médical, comme tant d'autres systèmes professionnels, part de l'idée que le profane est incapable d'évaluer la nature de son problème personnel et la manière adéquate de la traiter : c'est ce qui justifie que la profession impose ses propres conceptions. » (Freidson, 1984, p. 306)

Freidson montre que le praticien peut adopter toutes sortes de tactiques pour tenter de mener au mieux sa thérapeutique malgré les représentations divergentes. Il peut choisir de « *se limiter à une clientèle cultivée* » afin de s'assurer d'un système référentiel le plus partagé possible. Il peut également « *se consacrer à l'éducation ou à la socialisation à long terme de sa clientèle, en essayant de lui inculquer ses conceptions de la maladie et*

du traitement. » Carricaburu et Menoret définissent l'«*éducation des patients* » comme « *un enseignement formel* » de la part des professionnels. Il « *néglige le plus souvent les compétences des profanes* » et porte sur « *les aspects technologiques et procéduraux de la gestion de la maladie et non sur les aspects biographiques, psychologiques et surtout sociaux* » (2004, p.85). Si le médecin considère que cet objectif ne peut être atteint, par manque de capacité ou de motivation du patient, il peut aussi chercher à « *étendre sa pratique* » jusqu'au domicile en s'y rendant lui-même ou en y envoyant des soignants. Enfin, le médecin peut demander « *la coopération des personnes de l'entourage du patient. Cet entourage devient alors une entreprise thérapeutique guidée par les conceptions professionnelles de la maladie et de son traitement.* » (Freidson, 1984, p.307-308) Dans tous les cas, pour Freidson, cette volonté d'agir sur les représentations profanes fait du médecin un « *entrepreneur moral* ». En effet, son objectif est de faire prévaloir certaines significations sociales au sujet des maladies. (Freidson, 1984, p.254 à 257)

Dans le cadre de la prise en charge du bégaiement, un des objectifs explicites des orthophonistes est de déconstruire les représentations profanes au sujet du trouble, ce que les professionnels nomment «*croyances*». En 2009, Aumont-Boucand affirme en effet que «*les parents et les enfants ont souvent des croyances irrationnelles concernant le bégaiement.*» (p.59) Les orthophonistes cherchent donc à susciter chez les intéressés « *un processus de modification de leurs croyances, de leurs pensées et de leurs émotions.* » (p.276)

2.2. Le positionnement des patients

Puisque le travail de santé s'applique à du « *matériau humain* », Strauss considère que le patient peut soit participer au travail déployé autour de la maladie, soit réagir et affecter le travail en question.

La première option fait du patient un acteur du soin compliant, c'est-à-dire prenant part à la ligne thérapeutique adoptée par les soignants. Strauss conçoit sociologiquement la participation des patients à leurs propres soins comme un travail, même si son statut est toutefois fréquemment subordonné à celui des professionnels. En effet, le travail initié par les malades eux-mêmes est souvent invisible ou pour le moins inavoué. Il se heurte à la question de la légitimité : considéré par les soignants soit comme illégitime, soit comme légitime mais sans réelle reconnaissance. Pour Strauss pourtant, « *identifier clairement la contribution des patients à leurs soins comme faisant partie intégrante de la division et de l'organisation du travail médical aboutirait à atténuer les tensions et les conflits, les divergences de point de vue.* » (Strauss In Carricaburu et al. 2004, p.83)

La seconde option est définie par Carricaburu et al. en 2004 par le terme de « *non compliance* ». Il s'oppose à la compliance ou adaptation du malade à sa pathologie et aux soins. Pour les soignants, la non-compliance est la « *preuve d'une personnalité non coopérante* », « *une incapacité à comprendre les instructions médicales* », « *une réponse irrationnelle* ». Pourtant du côté du patient, il ne s'agit pas d'une « *attitude délibérément en opposition* » mais d'une « *recherche d'autonomie* ». Il s'agit donc plutôt d'une forme d'expression du *conflit de perspective* entre médecin et malade. Ainsi par exemple, les malades préfèrent souvent « *une logique de contrôle des symptômes à une logique de contrôle de la maladie* » défendue par les médecins. (p.102) Or, dans les maladies

chroniques, de fait, cette logique-là prévaut. Le travail médical peut ainsi être « *mis en difficulté* » (Baszanger, 1986, p.11), le patient étant par nécessité « *au cœur* » (p.12) de ce travail puisque « *la gestion quotidienne de sa maladie se fait autant sinon plus sur des critères sociaux que médicaux* » (p.18). L'opposition des logiques peut parfois « *conduire le malade à modifier tout ou partie d'un traitement de même que cela peut le conduire à chercher d'autres solutions qui seront utilisées simultanément ou alternativement.* » (p.19)

Il est à noter, comme le souligne Demailly, que dans le cas de maladies chroniques, les postures des patients ne sont jamais immuables.

« Les personnes qui racontent leur vie et leurs interactions avec les professionnels ne se situent pas, une fois pour toutes dans une seule tactique ou stratégie, mais au long de leur parcours, elles ont oscillé dans leurs façons de penser les problèmes, de les gérer et/ou de les combattre. » (2008, p.311)

3. La négociation

La nature et l'évolution de la relation thérapeutique au cours de la trajectoire de soins s'inscrit dans un processus de négociation. La dimension temporelle est essentielle pour l'appréhender.

Les sociologues ont observé ce processus de négociation de manière très répandue dans les organisations. En 1963, Strauss écrit au sujet de l'hôpital, en particulier psychiatrique, que tout au long de la maladie, « *la négociation, la persuasion, la discussion et l'enseignement sont les moyens principaux pour atteindre une articulation maximum* » (Strauss In Baszanger 1992, p. 242) entre les différents acteurs du soin. Mais pour lui, la négociation se distingue entre tous comme le « *phénomène caractéristique du monde contemporain* » (p.246), « *phénomène majeur de la vie humaine* » (p.253). Strauss considère donc qu'elle agit comme le mode de régulation des relations sociales au sein de l'hôpital. Il crée alors l'expression d'« *ordre négocié* ». Deux caractéristiques majeures se dégagent de ce type d'interaction autour du soin : d'une part, l'objectif à atteindre n'est pas prédéterminé mais se définit dans la négociation avec le patient et les autres acteurs du soin, d'autre part, cet ordre négocié n'est en rien immuable, il est sans cesse renégocié en fonction d'événements et de changements contextuels. Baszanger précise en 1986 que « *ces recompositions négociées continues doivent le plus souvent être initiées par le patient-acteur car il se trouve à l'interaction des différentes sphères de la vie sociale* », tout particulièrement dans la maladie chronique, ainsi que nous l'avons abordé précédemment. Notons en outre que la négociation se distingue clairement de l'accord : c'est lorsque l'accord commence à se rompre qu'il laisse place à la négociation. Ainsi, « *la négociation implique toujours une certaine tension entre les parties, faute de quoi elles ne seraient pas en train de négocier.* » (Strauss In Baszanger 1992, p.253)

Enfin, un certain nombre d'éléments sont susceptibles d'influencer le contexte de la négociation : le nombre de négociateurs et leur expérience de la négociation, le rythme des négociations, le relatif équilibre des pouvoirs des parties, la nature des enjeux, la visibilité rendant la négociation publique ou privée, le nombre, la complexité et la légitimité des questions négociées, les options ou alternatives à la négociation, etc...

III. Le groupe : lien aux aidants et lieu d'interaction

Nous venons de mettre en lumière ce qui, dans les études traitant de la relation thérapeutique, pouvait intéresser notre sujet. A présent, il convient de replacer les problématiques soulevées par la relation profane / professionnel dans le cadre du groupe de parents. Car la particularité de ce dispositif est qu'il met en présence des orthophonistes et plusieurs parents, mais en l'absence d'enfants. Ainsi, de notre point de vue, cette pratique pourrait être abordée à partir de deux questions distinctes qu'il convient d'investiguer avant de problématiser notre sujet de recherche. D'une part, elle répond à la question du lien aux aidants. D'autre part, en mettant en présence plusieurs parents en position de pairs, elle pose l'interaction comme objet d'analyse central.

1. Le lien aux aidants

1.1. Entre aide aux aidants et relation thérapeutique indirecte ?

Dans le monde paramédical et plus particulièrement dans le cadre de la prise en charge de maladies au long cours, la question des « aidants » ou « aidants naturels » se fait de plus en plus prégnante. Quel que soit le domaine de prise en charge et la terminologie adoptée, il nous semble que l'on pourrait appréhender cette question du lien entre professionnels du soin et aidants selon deux objectifs bien distincts du point de vue des professionnels. La notion « d'aide aux aidants », d'une part, renverrait surtout à l'idée d'un soin apporté aux aidants eux-mêmes, d'un accompagnement proposé au regard de la situation difficile qu'ils éprouvent. D'autre part, le lien aux aidants pourrait permettre aux professionnels de rendre le parent acteur du soin, co-thérapeute. C'est tout l'enjeu de la « thérapie indirecte ». Cette deuxième façon d'appréhender la relation professionnels / aidants fait davantage écho au travail des profanes au sens où Strauss le développe dans son étude sur la division du travail à l'hôpital. Pourrait-on, dans ce cas, appréhender la relation soignant/aidant comme une « relation thérapeutique indirecte » ?

Dans le cadre de notre travail exploratoire, nous avons cherché à savoir quels étaient les objectifs poursuivis par les orthophonistes qui mettent en place des groupes de parents. En plus des informations contenues dans les ouvrages de professionnels, nous avons adressé un bref questionnaire à 13 orthophonistes membres de l'Association Parole Bégaiement qui ont déclaré proposer des groupes de parents. Les informations ainsi synthétisées ont témoigné des objectifs multiples du dispositif. Tous les professionnels s'accordent à dire que le groupe a pour but de proposer un soutien entre parents par le partage d'une expérience commune. Quant aux objectifs de thérapie indirecte, on observe qu'ils sont multiples et largement partagés par l'ensemble des professionnels sollicités (voir Annexe I). Le groupe de parents d'enfants qui bégaiement semble donc être, du point de vue des orthophonistes, à la fois un lieu de soutien pour les intéressés et un outil thérapeutique.

1.2. Un exemple de relation médecins/parents dans le cadre de consultations pédiatriques

En 2007, Mougel-Cojocar a publié une étude portant sur la relation entre médecin et parents dans le cadre de consultations d'hépatologie pédiatrique. Les résultats de cette étude soulèvent les enjeux d'une relation entre un professionnel soignant et des parents d'enfants jeunes. On verra d'ailleurs combien cette relation relève par de nombreux aspects d'une relation thérapeutique indirecte. Dans le cadre de cette recherche, les enfants pris en charge étaient tous porteurs de pathologies du foie à caractère chronique. L'objectif de ce travail était de s'interroger sur le positionnement des parents dans l'interaction, en fonction de ce qui était attendu d'eux et de ce qu'ils en percevaient. L'auteur met en évidence que la consultation suppose une participation active des parents. Ils jouent un rôle clé dans « *l'économie de la consultation* » et les professionnels attendent cette contribution. D'une part, ils participent au travail médical « *que ce soit dans la collecte d'informations nécessaires à l'élaboration des choix thérapeutiques* », « *lors de l'examen* » en jouant le rôle d'auxiliaire ou dans la « *compréhension des prescriptions médicales* ». Ils jouent par exemple un rôle essentiel lors de l'anamnèse, mettent en mots les symptômes de l'enfant et sont « *la mémoire de la trajectoire de la maladie* ». D'autre part, ils sont « *soumis à une évaluation plus ou moins serrée des pédiatres dans l'exercice de leur rôle de parents*. » Cette « *surveillance des éducations parentales* » ne prend pas toujours la forme d'une « *coercition douce* » mais peut aussi s'opérer dans une certaine « *violence symbolique* » (p.149). En effet, le professionnel peut parfois émettre un jugement négatif sur le comportement du parent, en sa présence, et l'enjoindre à modifier son attitude. Les parents sont également invités à adopter les gestes du médecin, à enrichir leurs « *compétences médicales* ». « *Le transfert de tâches est opéré sur le mode de l'évidence, sans négociation apparente* », les médecins étant assurés qu'il existe un accord sur le but poursuivi. Par la suite, dans un objectif de « *normalisation de la trajectoire* » c'est-à-dire faire en sorte que l'enfant puisse mener une vie aussi normale que possible un rôle de surveillance est délégué explicitement aux parents. L'auteur note que les parents qui ne partagent pas ce positionnement professionnel « *sont rapidement perçus comme non-compliants* » (p. 158).

Au-delà de leur position d' « *accompagnants* », les parents en viennent donc à occuper une place de « *coproducteurs de service médical* » (p.160). L'étude questionne la liberté des parents à s'engager dans le travail attendu : « *un certain nombre d'indices incitent à penser que [celui-ci] est pour une large part délégué par les pédiatres, prescriptif et contraignant* » (p.150). Lors de ces consultations, les pédiatres endossent ainsi un rôle de « *contrôleur social* ».

2. Un lieu d'interaction

La relation aux aidants dont nous venons d'interroger la nature prend effet d'une façon toute particulière dans le cadre du groupe de parents. Dans notre étude, le groupe suivi était constitué de deux orthophonistes et de quatre couples de parents d'enfants qui bégayaient. Ce groupe se réunissait tous les deux mois environ et les parents présents n'étaient pas toujours les mêmes à chaque rencontre. Le groupe nous est donc apparu comme un lieu privilégié d'échanges, mettant en jeu non seulement une relation thérapeutique indirecte mais également une relation entre pairs. En vue de l'analyse, il

nous paraissait donc nécessaire de faire appel à des concepts permettant de décrire les interactions. Dans cette perspective, nous avons choisi de nous référer au courant sociologique interactionniste dont nous allons développer ici certains concepts-clé. Ce courant place en effet l'interaction au centre de son analyse des faits sociaux. Il considère que le monde social n'est pas préexistant, en lien avec une quelconque structure externe ou des caractéristiques psychologiques propres à l'individu, mais qu'il se négocie sans cesse dans l'interaction.

2.1. Self, rôles, faces et interaction

Dans les années 1970, Goffman a développé des concepts utiles pour l'analyse d'un groupe. Il envisage en effet le monde social comme une « *dramaturgie sociale* ». Selon lui, le soi ou « *self* » est fragmenté en autant de groupes auxquels participe l'individu. L'acteur est capable d'endosser une succession de « *rôles* » différents selon les publics et les moments, et la manière de tenir un même rôle peut également varier en fonction des contextes. « *Un homme a autant de moi sociaux qu'il y a d'individus à le connaître et à se faire de lui une idée.* » (Goffman, cité par Le Breton, 2004, p. 78). Quoi qu'il en soit, le mobile de l'acteur est toujours de se comporter d'une manière raisonnable et cohérente. L'interaction est donc une « *improvisation cadrée des rôles* ». Et le rôle prime toujours sur une identité établie une fois pour toute.

Dans l'interaction, chacun est en « *représentation* » et utilise une « *façade* » afin de définir son personnage social et de le proposer aux autres interlocuteurs. Chacun ne possède pas à lui tout seul le contrôle de son identité. Il faut qu'il y ait une attention mutuelle, une reconnaissance statutaire de la part des autres membres de l'interaction, ce que Goffman nomme la « *déférence* ».

Pour ne pas créer de malaise, l'espace personnel de chacun doit être respecté. En effet, le souci de préserver la face antérieure de l'autre et la sienne est fondateur de l'échange. Mais la face peut être entamée lorsqu'il y a rupture du cadre. On peut parfois perdre la face, soit dans une situation inconfortable provoquée volontairement par les autres, soit à cause de ses propres gaffes, actes manqués, lapsus... Il existe des esquives sociales pour se soustraire à cette honte: la politesse, la discrétion, l'indifférence, le fait de se retirer de la communication avant l'épreuve. Mais il existe aussi des « *échanges réparateurs* » qui permettent de sortir de l'embarras mutuel.

Au cours de l'interaction, l'acteur peut perdre son autonomie si son existence devient régie par les autres qui le condamnent alors à un rôle dont il n'est pas maître. C'est ce que l'on nomme « *l'imposition de statut* ». La résistance à cette situation est difficile à mettre en œuvre pour qui y est soumis car elle renvoie à une problématique identitaire. Il peut exister un dilemme par exemple entre une appartenance de classe et une pression extérieure par laquelle l'acteur se sent poussé à « trahir » son groupe d'appartenance.

2.2. Relation aux pairs : miroir et stigmat

Si les problématiques de rôle et de face semblent essentielles à appréhender, il faut ici les replacer dans le contexte particulier d'un groupe de parents d'enfants qui bégaiant, avec interactions qui se jouent en partie entre pairs, individus réunis par une

expérience commune. Quelques orthophonistes ont publié au sujet de leur expérience du groupe thérapeutique de parents d'enfant qui bégaye. Ainsi, Aumont-Boucand évoque « *le partage d'une problématique commune* » entre identification aux autres et spécificités. L'un des objectifs des orthophonistes, nous l'avons évoqué, est de modifier les croyances, les pensées et les émotions attachées au bégaiement. Dans le groupe, « *chaque participant renvoie aux autres, par un effet de miroir, l'image de sa façon d'être* » et « *le jeu des identifications conduit chacun à s'interroger sur son propre fonctionnement* » (2009, p. 276).

Par ailleurs, ce type de groupe renvoie également à la notion de stigmat. Goffman, à l'origine de ce concept en 1963, écrit : « certaines maladies chroniques comme certains handicaps disqualifient les personnes qui en sont atteintes, celles-ci faisant l'objet d'une stigmatisation » (p.111). Il définit ainsi la personne stigmatisée :

« C'est un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires possède une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontrent et nous détourner de lui, détruisant ainsi les droits qu'il a vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs. »

Il distingue les attributs discréditables, plus ou moins invisibles de ceux effectivement discrédités car s'imposant d'eux-mêmes. Le bégaiement, difficilement dissimulable, du moins chez l'enfant jeune, fait partie du deuxième groupe. La question cruciale est alors sa gestion dans la vie sociale. Et lorsqu'il concerne un jeune enfant, cette gestion peut être largement portée par les parents. Goffman parle de transfert de la stigmatisation en leur direction. Le groupe de parents se poserait alors comme un groupe de pairs, porteurs d'un stigmat indirect. Goffman évoque d'ailleurs les proches d'un individu stigmatisé sous le terme d'initiés, c'est-à-dire les « *individus que la structure sociale lie à une personne affligée d'un stigmat, relation telle que, sous certains rapports, la société vient à les traiter tous deux comme s'ils n'étaient qu'un. Ils sont obligés de prendre sur eux une partie du discrédit qui frappe la personne stigmatisée qui leur est proche* » (p.43). Ces proches, confrontés au poids du tabou social, peuvent aussi avoir recours à des faux-semblants. Concernant les stigmates discrédités, ils peuvent prendre la forme de « *couvertures* », soit un ensemble d'efforts fournis pour empêcher le stigmat de trop s'imposer.

2.3. Identité et changement

Dans l'expérience d'un groupe de pairs, l'existence de processus identificatoires implique très probablement des effets chez les individus qui les vivent. Nous pouvons ainsi supposer que l'identité de chaque participant entre en interaction avec celles des autres dans une certaine dynamique propice au changement. En 1997, Queiroz et Ziolkowski affirment que l'individu se socialise grâce à un processus continu d'identification depuis l'enfance. Mais une fois socialisé, l'individu n'en devient pas imperméable pour autant et « *toute interaction fait partie d'un processus de création continuée du soi* » (p.41). Ainsi, « *aucune analyse pertinente du soi ne saurait être produite séparément d'une analyse des interactions avec les partenaires* » (p.45).

« Les sociologues supposent ou affirment généralement que plus l'environnement social est stable, plus la stabilité du comportement de la personne est probable » (Strauss, 1989, p.148). En revanche, des bouleversements environnementaux génèrent une situation de crise face à laquelle l'individu se voit contraint à réagir par le changement. Or, face à l'apparition d'un bégaiement chez leur jeune enfant, c'est bien une situation de crise que doivent affronter les parents. Et ce sont les thérapeutes qui initient voire exigent ce changement chez eux : *« le conseil doit être clair : le trouble de leur enfant appelle des dispositions particulières, pour six mois au moins »* (Simon, 1999, p.92). Et *« certains changements sont plus faciles à amorcer dans un groupe de pairs. »* (Aumont-Boucand citée dans Etienne, 2009, p.275).

Pour autant, Strauss n'associe pas le changement à un morcellement de l'identité de l'individu. Dans la majorité des cas, l'individu s'emploie en effet à intégrer ses changements de comportement ou les événements *« aberrants »* de sa vie dans un ensemble plus large avec une signification générale homogène, une continuité, une unité. Simon, en évoquant les axes de changement nécessaires dans l'environnement du jeune enfant qui bégaié, évoque une élaboration singulière pour chaque enfant, chaque famille. C'est cette singularité qui permet à chaque parent de préserver son identité au-delà du changement attendu.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I. Problématique

Le groupe de parents d'enfants qui bégaiement est un dispositif de soin assez novateur en France, principalement mis en place par les orthophonistes adeptes des prises en charge cognitivo-comportementalistes. Il rejoint une dynamique déjà bien présente dans le monde du soin, qui vise à aborder le trouble dans sa problématique environnementale et à investir davantage le lien aux aidants.

Pour le sujet qui nous intéresse, le lien aux aidants semble fortement relever de ce que nous choisissons de nommer une « relation thérapeutique indirecte ». Par la connaissance du terrain et le partage du savoir professionnel orthophonique, nous savons a priori qu'il est demandé aux parents de devenir co-producteurs du soin, et ce dans une proportion significative. Dans le cadre de notre étude microsociologique, nous avons cherché à savoir comment cette demande prend effet, comment elle est reçue par les parents et quelles représentations sous-tendent les différents positionnements profanes et professionnels. Nous avons voulu analyser la complexité d'une interaction parent/orthophoniste articulée autour d'une problématique de division du travail de soin. Et nous voulions savoir dans quelles mesures les relations étudiées dans notre travail pouvaient être assimilées, ou différenciées les unes des autres.

D'autre part, nous nous questionnions sur ce qui était vécu de cette relation thérapeutique indirecte dans le groupe de parents. Était-elle l'objet principal des attentes des participants ? Quel était son visage dans un dispositif semblant davantage centré sur le partage entre pairs ? Nous voulions entre autres connaître les dynamiques privilégiées dans les interactions et celles demeurant minoritaires.

Enfin, la dimension temporelle nous semblait importante à interroger dans le cadre d'un trouble cyclique. A travers une année passée sur notre terrain de recherche, nous voulions comprendre comment ce dispositif groupal s'articulait avec l'ensemble de la trajectoire de soin. Avait-il un impact sur le cours de la trajectoire, notamment au regard des changements attendus ?

Ces questionnements nous ont conduites à organiser notre travail autour de la problématique suivante :

Dans un groupe de parents d'enfants qui bégaiement, comment s'articulent relations thérapeutiques indirectes et relations de pairs, au sein d'une trajectoire de soin longue ?

II. Hypothèses

Dans un travail de sciences sociales, les hypothèses ne sont pas nécessairement posées a priori et peuvent être le fruit de l'analyse. Concernant notre travail, nous avons en effet adopté une posture épistémologique basée sur une démarche inductive (nous aurons l'occasion de développer ce point ultérieurement, cf. chapitre III), qui se différencie nettement d'une approche hypothético-déductive. Ainsi, l'enjeu de notre recherche n'a pas été de valider ou d'invalidier des hypothèses initiales, mais d'affiner progressivement la lecture des faits sociaux afin d'aboutir à des hypothèses les plus probables possibles. Ces dernières se sont construites peu à peu par la confrontation au terrain, devenant in fine le fruit de notre recherche. Dans ce contexte, il nous semblait maladroit de proposer ici la formulation finale de nos hypothèses, c'est-à-dire nos résultats, comme des hypothèses de départ. Nous avons donc plutôt choisi de restituer nos réflexions initiales, alors que nous abordions notre terrain, et de reformuler le plus fidèlement possible nos premières intuitions de recherche. Nous les avons organisées en trois hypothèses, que nous proposons ci-dessous. Ces pistes ont orienté notre approche du terrain et ont été remodelées de manière quasi-permanente par celle-ci, jusqu'à nos hypothèses finales.

1. Hypothèse 1

La relation thérapeutique indirecte dans le soin du jeune enfant qui bégaye est marquée par une demande de co-thérapie de la part des professionnels. Cette dernière passe par une transmission d'un savoir professionnel et provoque chez les parents un phénomène d'acculturation, c'est-à-dire d'intégration de nouvelles références propres à la culture orthophonique.

2. Hypothèse 2

La relation de pairs est centrale dans le groupe, et dominante par rapport à la relation thérapeutique indirecte. Elle se manifeste par une prépondérance des interactions entre parents basées sur des échanges d'expérience.

3. Hypothèse 3

Le groupe est un dispositif qui influence la trajectoire de soin. Il favorise le phénomène d'acculturation et modifie les représentations et les comportements parentaux. Il entraîne des réorganisations successives de la division du travail de soin.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTALE

I. L'évolution de notre posture épistémologique

Le mémoire que nous présentons ici est parti d'un intérêt fort pour notre objet d'étude. Mais l'approche méthodologique que nous voulions adopter a fait l'objet d'un cheminement, en lien avec la découverte progressive de notre terrain. Ainsi, alors que nous avions initialement envisagé une approche clinique, nous nous sommes peu à peu intéressées à l'ethnométhodologie avant d'opter pour la démarche des sociologues interactionnistes.

1. Une approche clinique quantitative peu adaptée à notre objet d'étude

Lorsque nous avons débuté notre projet de mémoire, notre motivation portait sur une étude précise de ce que pouvaient vivre les parents d'enfants qui bégayaient au cours des séances de groupe proposées par les orthophonistes. Nous voulions analyser de quelle manière ce type de dispositif pouvait aider les parents dans la prise en charge de leurs enfants. Pour répondre à ces questionnements nous avions initialement envisagé une expérimentation de nature clinique. En lien avec notre future pratique, nous aurions aimé objectiver les effets produits par ce type de d'accompagnement familial sur le cheminement des parents. Alors que notre connaissance de la pratique des groupes de parents en France s'enrichissait, nous avons pris conscience de la réalité complexe de notre terrain de recherche. D'une part en effet, ce travail thérapeutique prend des formes variables d'une région à l'autre, d'un praticien à l'autre, malgré une adhésion commune à la prise en charge cognitivo-comportementale. Nous ne pouvions donc envisager clairement une approche « quantitative » qui aurait pris l'aspect d'une enquête par questionnaire cherchant à toucher une population importante. De fait, on ne peut comparer tels quels des discours de personnes ayant participé à des dispositifs de natures différentes. Parallèlement, nous avons bien sûr noté la grande diversité des situations du côté de l'enfant et de sa famille, qu'il s'agisse de la situation familiale ou du point d'avancement dans la prise en charge, de la forme et de la sévérité du bégaiement, du rapport au handicap, des représentations familiales, etc. Or, ces éléments nous semblaient importants et nous ne voulions pas masquer les spécificités de chaque situation sous une analyse au cadre trop réducteur. D'autre part, si nous avions voulu mesurer les apports de la participation au groupe dans l'évolution des parents, il nous aurait fallu isoler l'effet « groupe ». Or il est impossible de faire objectivement la part des choses entre ce qui est déterminé par la prise en charge individuelle, la participation au groupe, l'évolution du trouble de l'enfant indépendamment du soin apporté, etc. Enfin, la question du lien entre ce que nous pouvions observer dans le groupe et les données recueillies par le biais des questionnaires n'était pas évidente à résoudre.

Dès lors, nous avons fait le choix de ne pas opter pour une étude quantitative qui nous aurait donné l'illusion d'expliquer objectivement des faits bien trop complexes. Volontairement, nous avons décidé de réduire le nombre de sujets afin de réaliser une analyse systémique et détaillée, mettant en lumière ce qui se joue au cours des différentes rencontres d'un groupe de parents. Et devant l'impossibilité à pouvoir mesurer des effets et à généraliser des résultats, nous nous sommes intéressées aux sciences sociales qui nous semblaient proposer des méthodologies davantage centrées sur une description des phénomènes sociaux.

2. L'ethnométhodologie : une posture épistémologique enrichissante

Rapidement, nous nous sommes intéressées à l'approche ethnométhodologique qui nous semblait de prime abord bien appropriée à l'étude d'un micro-système social.

2.1. Décrire les pratiques sociales et donner la parole aux acteurs

L'ethnométhodologie préfère la description du monde à son interprétation. Elle cherche à mettre en lumière les logiques de sens qui maintiennent l'ordre social. C'est une microsociologie, qui veut s'ancrer dans le contexte particulier offert par le terrain de recherche. L'objet de cette science est de mettre à jour « *le processus d'élaboration des raisonnements et des règles mises en jeu lors de situations d'interaction* » (Le Breton, 2004, p.143). Ses partisans sont donc tout naturellement portés à s'intéresser aux capacités d'interprétation des acteurs eux-mêmes. En effet, il ne s'agit pas de comprendre le monde comme un objet que l'on analyserait de façon distanciée, mais bien de mettre en évidence les méthodes profanes de construction de la vie sociale, telles qu'elles sont décrites et vécues par les acteurs eux-mêmes.

Garfinkel montre qu'en s'intéressant au « *raisonnement sociologique pratique* » (1952, p.114), l'ethnométhodologie s'éloigne explicitement de la position de Durkheim qui nous invitait à nous dégager du *sens commun* et à envisager les phénomènes sociaux avec *extériorité*.

« L'homme ne peut pas vivre au milieu des choses sans s'en faire des idées [...]. Seulement, parce que ces idées sont plus près de nous et plus à notre portée que les réalités auxquelles elles correspondent, nous tendons naturellement à les substituer à ces dernières [...]. Au lieu d'observer des choses, de les décrire, de les comparer, nous nous contentons alors de prendre conscience de nos idées, de les analyser, de les combiner. Au lieu d'une science de réalités, nous ne faisons plus qu'une analyse idéologique. [...] Il est clair que cette méthode ne saurait donner des résultats objectifs. » (Durkheim, 1895, p. 115-116)

Durkheim soutient ainsi que « *les phénomènes sociaux sont des choses et qu'ils doivent être traités comme des choses* » (1895, p.130). Il faut donc les considérer en eux-mêmes, en les « *détachant des sujets conscients qui se les représentent; il faut les étudier du dehors comme des choses extérieures* » (1895, p.131).

Concernant ces deux postures, l'ethnométhodologie se démarque clairement de la logique durkheimienne. En effet, cette discipline met l'accent sur la construction des faits sociaux en contexte. Ceux-ci ne sont donc plus des “*choses*” mais des “*actualisations sociales*”. D'autre part, la sociologie ne se positionne plus en concurrence des logiques développées par le sens commun, mais au contraire, elle s'y intéresse et les accompagne. Garfinkel se plaisait à reprendre la formule de Schütz: « *Nous sommes tous des sociologues à l'état pratique* » (1984, VII). Et Latour et Woolgar d'ajouter : « *L'ethnométhodologie veut vidanger la sociologie de tout son métalangage et prendre l'acteur et sa pratique comme le seul sociologue compétent.* » (1996, p.17). De Luze reproche même à certains chercheurs de se prendre pour des « *espions de Dieu* » (1997, p.19), lorsqu'ils prétendent savoir mieux que les acteurs eux-mêmes ce qu'ils sont et ce qu'ils font. Il est vrai que

nous voulions nous-mêmes éviter certaines de ces dérives, et, en ce sens, nous percevions la posture éthnométhodologique comme un garde-fou à l'illusion de l'objectivité.

2.2. L'indifférence épistémologique

L'éthnométhodologie revendique ainsi une posture d'*indifférence épistémologique*, corollaire de l'approche descriptive. Le but des recherches menées n'est pas de porter des jugements de valeur ou de se positionner quant à la pertinence des procédures de sens commun, mais bien d'en décrire les propriétés. En ce sens, cette démarche pourrait se rapprocher d'une certaine forme de phénoménologie.

Or, dans le cadre de notre étude, même si nous souhaitions davantage décrire des phénomènes qu'en mesurer les effets, ce dernier positionnement d'indifférence épistémologique ne nous convenait pas tout à fait. En effet, nous avions à cœur de ne pas nous limiter à rendre compte des logiques de sens développées par les acteurs eux-mêmes. De fait, il nous paraissait intéressant d'élaborer une analyse distanciée des situations observées et des discours recueillis. Nous nous sommes donc intéressées à l'approche méthodologique des interactionnistes qui, tout en partageant certaines visées éthnométhodologiques, s'en distingue sous plusieurs aspects.

3. Le choix d'une méthodologie interactionniste

3.1. Recherche qualitative et objectivité

Les interactionnistes tout comme les partisans de l'éthnométhodologie se placent catégoriquement dans une posture qualitatifiste. Ils dénoncent les démarches quantitatives qui cherchent à « *vérifier la pertinence d'un modèle, non à rendre compte de la complexité du monde* » (Le Breton, 2004, p.169). En effet, les outils de recherche quantitative comme l'enquête par questionnaire, répondent directement à une démarche de décontextualisation, alors même que, pour les interactionnistes, c'est justement le contexte qui commande les significations. Cicourel soutient que « *les règles de la vie quotidienne sont incalculables, dans le sens des mesures conventionnelles à cause de l'écart entre leurs descriptions idéales et leur caractère pratique* » (1964, p.209). La posture scientifique ne peut donc être celle d'une objectivité venant expliquer des données appréhendées comme des choses. Elle doit s'attacher à comprendre les significations mises en oeuvre, en situation, par les différentes parties en présence. Les interactionnistes affirment ainsi l'illusion de l'objectivité dans toute recherche sociologique. Le Breton soutient que « *se vouloir objectif n'est souvent, sinon toujours, qu'une autre manière de tenter de faire passer en contrebande, à son insu, une subjectivité personnelle* » (2004, p.167). La question du positionnement épistémologique est donc ainsi posée : les résultats obtenus n'ont pas valeur de vérité, elles ne sont toujours que des hypothèses construites selon la subjectivité d'un chercheur.

La question de la généralisation reste également très prégnante, alors même que la recherche qualitative est en général menée sur des espaces circonscrits qui offrent « *un ensemble fini et cohérent d'interactions* » (Arborio et Fournier, 1999, p.14). Peut-on dès lors généraliser les résultats obtenus à d'autres structures sociales en certains points comparables ? En réalité, là n'est pas l'objectif. L'enjeu est bien d'analyser en profondeur

les pratiques sociales au sein du terrain de recherche, et le cas échéant, d'en dégager des problématiques généralisables à d'autres terrains.

3.2. Une nécessaire distanciation

Les interactionnistes insistent sur la démarche de distanciation nécessaire au travail du chercheur. A travers cela, ils se distinguent de l'approche des ethnologues. Becker souligne en effet que l'on ne peut se réduire à mettre en lumière le sens commun. Le chercheur doit au préalable s'interroger sur toutes les idées préconçues dont le milieu est empreint :

« Chaque sujet que nous abordons a déjà été étudié par une foule de gens ayant une multitude d'idées personnelles sur la question, et est en outre le domaine de gens qui habitent réellement ce monde, qui ont leur propre idée sur lui, ainsi que sur le sens qu'il faut donner aux objets et aux événements qu'on y observe. Ces experts par profession ou par appartenance à un groupe donné jouissent en général d'un monopole sur "leur" sujet, qui ne souffre aucun examen ni aucune remise en question. Les nouveaux venus sur un sujet donné peuvent facilement se laisser aller à adopter telles quelles les idées conventionnelles et les prémisses des travaux de leurs prédécesseurs. » (Becker, 2002, p.30)

L'auteur insiste ainsi sur la nécessaire distanciation du chercheur face à ces préjugés. De la même façon, les chercheurs interactionnistes appellent à la méfiance dans le choix des termes utilisés. En effet, ces derniers sont souvent interprétatifs et portent en eux une vision du monde qui peut altérer le travail d'analyse.

Malgré ce souci de distanciation, de nombreux auteurs interactionnistes considèrent qu'il peut être intéressant pour le chercheur de faire appel à sa propre expérience. Cela peut permettre de vérifier la « valeur » des analyses sociologiques. Becker l'exprime de la façon suivante : « *Les gens qu'étudient les sociologues ont souvent des difficultés à se reconnaître eux-mêmes ou à retrouver leurs activités dans les compte-rendu des recherches sociologiques qui leurs sont consacrées. Nous devrions nous en inquiéter davantage que nous le faisons.* » (1985, p.215) Dans le cadre de notre propre recherche, nous avons pu effectivement remarquer que l'expérience parentale de l'une de nous constituait un point de repère intéressant auquel nous pouvions confronter nos hypothèses au sujet du vécu des parents.

3.3. Une démarche inductive basée sur l'observation participante et les entretiens semi-directifs

Dans leurs recherches, les interactionnistes ne procèdent pas selon une démarche hypothético-déductive. Plutôt que de déduire l'analyse d'une série d'hypothèses préétablies, l'enjeu est de construire celles-ci au fil de l'observation de terrain et des entretiens. Le chercheur ne vient pas vérifier des hypothèses mais a pour objet d'en établir de plausibles au fil du temps, en se confrontant à son terrain de recherche, en allant au-devant des acteurs et en essayant de les comprendre. Il oscille donc en permanence entre une théorie provisoire et le terrain qui permet son ajustement. Ainsi, « *l'interprétation*

n'est pas donnée a priori, elle se construit par induction à travers l'épreuve du terrain » (Le Breton, 2004, p.172).

En termes de méthodologie, les interactionnistes privilégient des outils de recueil de données de type qualitatif, en lien avec la posture que nous avons décrite plus haut. Cela implique *« le contact, la relation immédiate avec les acteurs: entretien, étude de cas, usage de lettres, de journaux intimes, documents publics, histoires de vie, observation participante surtout »* (Le Breton, 2004, p.172-173). Compte-tenu de la nature de notre objet d'étude, l'analyse des interactions semblait être une étape incontournable pour mener à bien notre recherche. En ce sens, la méthodologie interactionniste répondait bien à nos attentes :

« Méthodologiquement, la pratique de l'analyse relationnelle implique d'en passer par l'observation participante ou l'observation in situ [...]. Corollairement, l'entretien est un complément indispensable de l'observation pour en lever les ambiguïtés, les malentendus, recueillir le sens que l'acteur donne à son action, son vécu et ses prises de position. » (Demailly, 2008, p. 113)

L'observation participante d'une part signe donc la démarche interactionniste. En effet, puisque les interactionnistes perçoivent les faits sociaux non comme des choses mais comme des réalités sociales toujours en construction, il leur est essentiel de s'intégrer au terrain pour pouvoir l'analyser méticuleusement. Le chercheur adopte alors une double posture : il doit à la fois connaître de l'intérieur, s'intégrer au terrain de recherche mais aussi conserver une distance critique.

« L'observation vise à connaître le fonctionnement ordinaire d'un milieu social au cours d'une longue durée, sans préjuger de la nature de ce qui peut se produire. Elle suit pas à pas les actes en train de se produire et est susceptible de rendre compte des étapes qui marquent les activités sociales. » (Peretz, 1998, p.26)

La pratique des entretiens en complément de l'observation du terrain permet de recueillir les discours des acteurs sur leurs propres pratiques. Blanchet souligne qu'il faut se garder de considérer les discours recueillis comme *« existant en soi »*. Pour lui, *« ils sont à l'évidence un construit de la situation d'entretien, réponse à une interrogation diffuse dans une situation duelle; chacun par sa présence co-construit à chaque instant le discours »* (1998, p.88). Là encore, il s'agit d'analyser le matériau avec distanciation.

Précisons enfin que dans une méthodologie mettant en jeu observation et entretiens, le chercheur se doit de prendre en considération l'impact de sa présence sur les données qu'il recueille. *« Il devrait être maintenant évident qu'il n'est pas de processus de production de données qui n'interfère avec l'évènement qu'il est conçu pour saisir. »* (Trognon, 1998, p.13) Les données obtenues résultent toujours d'une co-construction.

Au terme de notre cheminement épistémologique, nous avons donc choisi d'adopter la démarche expérimentale proposée par les interactionnistes. Elle répondait bien en effet à notre volonté de décrire les phénomènes sociaux sans chercher à démontrer des phénomènes de cause à effet, et avec un souci de distanciation face aux discours produits par les acteurs eux-mêmes.

II. Protocole

Le protocole mis en place et décrit ici est le résultat d'un compromis entre celui que nous avions idéalement pensé et les contraintes de la réalité du terrain en termes de choix de population et de recueils des données.

1. La population : le choix d'une étude microsociologique

1.1. Un choix éclairé par la réalité du terrain

Le terrain de notre recherche s'est imposé à nous de manière progressive. Dans un premier temps, à la suite d'un stage avec l'une des orthophonistes du cabinet, très largement à l'origine de notre projet, nous avons assisté à un premier groupe de parents d'enfants qui bégayaient. Cette séance était tout à la fois inaugurale pour ce cabinet, ce groupe de parents et pour nous-mêmes. Nous l'abordions donc dans un esprit exploratoire. Les parents de quatre enfants étaient réunis. Puis à l'issue d'un second groupe, deux mois plus tard, nous avons pu organiser un entretien exploratoire avec l'une des familles présentes.

A l'issue de cette première phase, nous espérions vivement qu'un nouveau groupe voit le jour, dans ce même cabinet ou ailleurs, afin de pouvoir aborder une nouvelle population pour notre recherche elle-même. Mais cette perspective a été remise en question par une double réalité. Tout d'abord, la pratique orthophonique des groupes de parents dans la prise en charge du bégaiement reste novatrice et par là relativement peu répandue. Une nouvelle recherche de groupe promettait d'être infructueuse dans les délais impartis. Par ailleurs, la confiance nécessaire à établir entre les parents et nous, particulièrement dans un contexte touchant à l'intimité et à la souffrance, se trouvait ici en cours d'élaboration et facilitée par notre présence dès l'inauguration du groupe.

Parallèlement, notre intention d'étudier plusieurs groupes dans différents cabinets, en plus de se heurter aux deux écueils précédents, nous est apparu, à ce stade, comme incompatible avec un travail rigoureux. « *Le terrain consiste donc en un nombre limité de lieux, de personnes, d'actions, d'événements. Si cette situation a une stabilité ou une récurrence, l'observation peut s'approfondir, s'affiner avec le temps et la répétition.* » « *Le terrain retenu ne doit pas être trop grand.* » (Arborio & Fournier, 1999, p. 26) Nous avons donc poursuivi notre travail de recherche dans ce cadre inaugural, pour une approche très ouvertement micro-sociologique.

1.2. Présentation des participants

Le groupe étudié est constitué des parents de quatre enfants âgés de 5 à 6 ans, et de deux orthophonistes : Muriel et Nathalie. Au début du protocole, Romain, Benjamin et Alexis étaient scolarisés en grande section de maternelle et Corentin au CP. En fin de protocole, ils étaient tous passés dans la classe supérieure. Les quatre enfants sont tous les patients de la même thérapeute, Muriel, les familles contactées par la seconde n'ayant pas répondu favorablement au projet. C'est donc Muriel qui anime les groupes, Nathalie occupant une place moins définie de fait :

« C'est pas mon groupe et je me considère comme, heu...comme quoi ? C'est une bonne question...co-thérapeute à distance quoi ! (rires) [...] je suis ni observatrice ni trop passive mais pour moi c'est évident que vu qu'on prépare pas le groupe ensemble, c'est pas moi qui anime. »
(Nathalie)

Le recrutement a été soumis à certains critères définis ainsi par l'orthophoniste : bonne alliance thérapeutique, capacités d'élaboration et de réflexion supposées des parents, compatibilité des profils. De fait, tous les parents appartiennent à des catégories socio-professionnelles moyennes à supérieures. La présence conjointe des deux parents n'étant pas rendue obligatoire, les pères et mères ont donc le plus souvent participé alternativement aux séances. Un seul couple est venu ensemble trois fois. Cette alternance a transformé le cadre initial de groupe fermé, constitué des parents de quatre enfants, en groupe ouvert à composition variable. Les deux orthophonistes et nous-mêmes avons par contre systématiquement été présentes ensemble. Nous présentons ci-contre les parents présents lors des différents groupes (Tableau 1).

De manière à rendre anonymes nos données, nous avons changé les prénoms des enfants et des orthophonistes. Dans notre partie d'analyse, en lien avec les citations présentées, nous avons adopté un code par initiale pour chacun des sept parents : P pour père et M pour mère suivi de l'initiale de l'enfant. Pour les deux orthophonistes et nous-mêmes, nous avons choisi d'utiliser l'initiale du prénom (Tableau 2).

2. L'observation participante

2.1. Modalités

Les séances de groupe se sont déroulées au cabinet d'orthophonie. Les participants étaient disposés en cercle au sein duquel nous étions intégrées. Pendant l'ensemble des cinq séances, nous nous sommes tenues en position d'observation silencieuse, en dehors du "mot de la fin" que nous évoquerons plus loin. De façon générale, les séances étaient toujours introduites par une question inaugurale de l'orthophoniste, souvent relative à l'actualité de l'enfant et de sa parole. Puis suivait un tour de parole au cours duquel chaque parent s'exprimait. Puis, les échanges se poursuivaient librement entre les participants.

D'un point de vue relationnel, les premières séances de groupe ont été marquées par la nécessité de nous faire accepter en tant qu'observatrices. Cela a eu certaines implications méthodologiques. Notre introduction dans ce groupe à titre exploratoire ne nous a pas conduites à proposer un enregistrement dès le début. De plus, les protagonistes étant déjà aux prises avec une difficile expression de leur souffrance et une confrontation à des personnes inconnues, il nous semblait peu délicat d'y adjoindre le malaise provoqué par la présence d'un enregistreur et la peur du jugement qui l'accompagne. Pour les mêmes raisons, il nous semblait tout aussi compliqué de prendre des notes in situ, alors même que nous étions tout au plus dix personnes dans la même pièce exiguë et que nous faisions physiquement partie du cercle. Cette absence de données audio a laissé place à un certain vide, vide que nous avons cherché à combler par des notes prises a posteriori. Mais elles ne pouvaient à elles seules rendre compte de la richesse des échanges, au cœur d'un

dispositif où la parole est le premier moyen et le premier objet de rencontre. Les séances 4 et 5 ont été, en revanche, enregistrées. Toutefois, nous avons eu une difficulté technique puisque notre enregistreur s'est malheureusement interrompu au cours du quatrième groupe, nous privant des vingt dernières minutes de la séance.

2.2. Intégration dans le groupe

Nathalie a joué un rôle intégrateur, en particulier auprès de Muriel pour faire accepter notre présence dans le groupe. Nous avons dès la première séance, présenté notre travail de mémoire d'orthophonie et notre intérêt pour le bégaiement, en nous limitant toutefois à une observation passive sans autre demande. « *L'observation directe consiste à être le témoin des comportements sociaux des individus ou de groupes dans les lieux-mêmes de leurs activités ou de leurs résidences sans en modifier le déroulement ordinaire.* » (Peretz, 1998, p. 14) C'est dans un deuxième temps, quand notre choix de terrain s'est arrêté sur ce groupe, que nous avons entrepris d'explicitier notre intention de rencontrer chacune des familles en dehors du groupe, et avons sollicité leur autorisation d'enregistrer les séances. Peretz écrit : « *Le chercheur doit présenter son projet aux différents interlocuteurs pour s'assurer de leur accord dans un premier temps, pour s'assurer de leur collaboration dans un second.* » (Arborio & Fournier, 1999, p. 34) Nous nous sommes également engagées à rendre toutes les données recueillies anonymes et à respecter la confidentialité des propos. Malgré ces précautions, nous avons constaté a posteriori que l'alternance des participants au sein de chaque couple de parents a eu comme conséquence quelques « ratés » communicationnels quant à notre protocole. Nous avons parfois omis de présenter à nouveau notre démarche ou de solliciter à nouveau les autorisations d'enregistrer au début de chaque groupe, oubliant que tous n'étaient pas présents lors de la séance précédente.

Par ailleurs, le groupe s'étant constitué avec nous, notre intégration a très certainement été facilitée de ce fait. Progressivement tous, orthophonistes et parents se sont habitués à notre présence. Toutefois, « *il est illusoire de croire que, lorsqu'on observe, tout se passe comme si on n'était pas là* ». Ainsi, on lit parfois que « *les enquêtés oublient la présence de l'observateur. Ce qu'ils oublient, c'est sa présence en qualité d'observateur. C'est à cette condition que peut être observé l'ensemble des pratiques du groupe même les plus clandestines.* » (Arborio & Fournier, 1999, p. 86) Nous avons également supposé un renforcement de notre légitimité et de la relation de confiance au gré des rencontres individuelles réalisées au cours de l'année. De fait, notre présence a été diversement commentée :

« *Je pense pas du tout que votre présence ait gêné les parents [...] surtout que vous étiez là dès le premier groupe, donc vous avez fait partie, complètement partie du groupe.* » N

« *Et peut-être que le fait que vous soyez là, ça a pu renforcer leur engagement vis-à-vis du groupe.* » M

« *Quand y a observation, forcément ça perturbe un petit peu le groupe mais on vous oublie assez vite, ou quand on a envie de vous solliciter, ne serait-ce que par une phrase ou du regard parce qu'on a été en interaction avec vous, on le fait, mais librement, on se rappelle que vous êtes là et vous parlez ou vous intervenez avec le regard ou une attitude. vous êtes quand même très présentes et on peut pas avoir une présence et ne pas avoir d'influence sur ce qui est dit.* » PR

2.3. Durée de l'observation

Notre période d'observation a duré presque un an, de janvier à novembre 2012. « *Le temps d'observation doit être assez long pour que le réel ait le temps de se présenter sous une figure diversifiée.* » (Arborio & Fournier, 1999, p.31) Toutefois, notre étude ne donne à voir qu'une fenêtre temporelle de l'histoire de ce groupe puisqu'il s'est prolongé au-delà de notre participation. Pour Arborio et Fournier, « *la temporalité du déroulement de l'enquête est fonction de celle du terrain retenu* » (1999, p.34). Les contraintes inhérentes au cadre de notre recherche nous ont contraintes à cet arrêt anticipé. Tout nous laisse penser que de nombreux événements marquants au regard de notre problématique ont pu se produire au cours des séances suivantes. A cet égard, il aurait été certainement intéressant de poursuivre nos observations jusqu'à la fin du dispositif, afin d'analyser le processus dans son intégralité. D'autre part, le positionnement de cette fenêtre temporelle d'observation dans l'histoire du groupe n'est pas anodin. En effet, notre observation a concerné le début de la vie du groupe. Il nous semble probable que les données auraient été différentes si nous avions débuté notre observation alors que le groupe s'était déjà réuni plusieurs fois. Nous avons donc en quelque sorte mené notre étude à un instant *t* de la trajectoire du dispositif. Il s'agira de prendre cela en considération lors de notre analyse.

2.4. Méthodes d'analyse

Nous avons choisi de procéder à une analyse quantitative des groupes 4 et 5 enregistrés, de manière à rendre plus objectifs un certain nombre d'éléments pressentis subjectivement. Notre analyse s'est attachée tout d'abord à la quantité de parole de chacun, quantifiée en terme de lignes dans les corpus retranscrits (voir Annexe II). Cet indicateur nous semblait plus pertinent que le temps, car il était davantage corrélé à la quantité réelle de mots prononcés. Nous avons aussi cherché à savoir qui initiait le plus souvent les thèmes et dans quel registre, affectif ou conceptuel, particulier ou général (voir Annexe III). Enfin, nous avons construit des sociogrammes présentant la circulation de la parole entre les participants (voir Annexe IV). Parallèlement, nous avons analysé qualitativement le contenu des interventions, en confrontation avec les discours individuels recueillis lors des entretiens.

3. L'entretien semi-dirigé

3.1. Un cadre nécessairement souple

Nous avons fait le choix de compléter l'observation des séances de groupe par un recueil de données auprès de chacun des participants. Notre démarche, exposée à l'issue du groupe 2, a été plus ou moins chaleureusement accueillie selon les familles, ce qui a conduit à des modalités d'entretien parfois différentes. Les parents d'Alexis ont spontanément et immédiatement proposé une date de rendez-vous. Nous avons senti beaucoup de réticences chez la mère de Benjamin. Un court entretien téléphonique a d'abord eu lieu. Mais ce n'est qu'à la fin de notre période de terrain que, peut-être encouragée par la relation créée avec d'autres familles, une véritable rencontre a pu

s'organiser. Les parents de Romain, le père particulièrement, se sont montrés très coopérants. Quant aux parents de Corentin, divers contre-temps ont conduit à l'annulation de plusieurs rendez-vous. Une seule rencontre a donc eu lieu avec cette famille, avec la mère puis le père par téléphone en audioconférence pour un entretien toutefois véritablement productif. Ces différences ont eu un impact sur la quantité d'information recueillie ainsi que sur la nature de la relation que nous avons pu nouer avec les intéressés, en entretien et en séance de groupe. La nécessaire souplesse dont il nous a fallu faire preuve implique également que nous n'avons pu rencontrer toutes les familles au même moment. Cela signifie que la dimension temporelle est, là encore, à prendre en compte. Ainsi, pour chaque couple de parents, la rencontre s'est produite à un instant *t* de la trajectoire de soin. Nous pouvons admettre que les discours recueillis auraient été autres quelques mois avant ou quelques mois après, et cela, non seulement en raison du temps qui les séparait du début de la prise en charge mais également en lien avec la manifestation du bégaiement de l'enfant à l'instant *t*, donnée tout à fait pertinente lorsqu'on sait que le bégaiement évolue de manière cyclique. Nous présentons ci-contre la manière dont se sont articulées observation des groupes et réalisation d'entretiens, au moyen d'une frise chronologique (Figure 1). Nous présentons également un tableau reprenant les dates et les circonstances dans lesquelles ont été réalisés les entretiens (Tableau 3). Excepté les entretiens téléphoniques plus brefs, tous nos entretiens ont duré entre une heure et une heure et demie. Ils ont été enregistrés puis retranscrits.

3.2. De l'entretien exploratoire à l'élaboration d'un guide

Les deux premiers entretiens, menés avec les parents d'Alexis et de Romain, ont été introduits par la question inaugurale suivante : « *Pouvez-vous nous raconter comment s'est passée la prise en charge de votre enfant depuis le début de son bégaiement ?* » Les entretiens se sont ensuite déroulés librement « *sans références à des questions directes* » (Blanchet & Gotman, 1992, p.39). Le contenu de ces entretiens exploratoires, nos lectures ainsi qu'une connaissance plus précise du terrain nous ont progressivement permis de construire notre objet d'étude et d'élaborer un guide pour les entretiens suivants. La question inaugurale était alors la suivante : « *Qu'est-ce qui a déterminé votre participation à ce groupe ?* » Toutefois, quelques entretiens ont débuté par une prise de parole spontanée de la part des parents que nous n'avons pas interrompue. Pour chacun des thèmes que nous souhaitions aborder, nous avons de même élaboré une question ouverte, suscitant un discours soit assertif, soit narratif (voir Annexe 5). Pour les orthophonistes, un seul entretien a été mené avec chacune d'entre elles, à l'aide d'un guide d'entretien spécifique. Blanchet & al., insistent sur la démarche participative impliquée par l'entretien semi-dirigé et par là sur la nécessaire « *flexibilité de l'outil* » (p.18). Cela demande à l'enquêteur de « *se placer mentalement dans un contexte de découverte* » (p.18). « *L'entretien est rencontre* ». « *Il s'agit d'un processus interlocutoire, et non pas simplement d'un prélèvement d'informations.* » (p.19) Il vise « *la production d'un discours linéaire sur un thème donné* » (p.17).

Ainsi, l'ajustement à l'interlocuteur est une des exigences de la démarche d'entretien. Nous avons pu en expérimenter la difficulté. Certains entretiens se sont déroulés de façon fluide et naturelle, les thèmes étant abordés sans transition brutale mais au gré du cheminement de pensée de l'enquêté. Nous avons pu, dans ces circonstances, expérimenter l'efficacité de la reformulation. D'autres fois, par contre, le discours se construisait avec plus de difficulté, tournant incessamment autour d'une même problématique. Nos relances se sont avérées alors moins habiles et la fluidité de l'échange

s'en est trouvée altérée. Toutefois, l'éloignement du discours de l'interviewé des thèmes que nous avons envisagés nous est apparu comme un élément porteur de sens, peut-être de résistance.

3.3. Analyse des corpus

Corpus individuels et corpus de groupe ont été soumis à une analyse croisée dans un objectif de complémentarité mais aussi de confrontation. Pour chacun des parents, nous avons tout d'abord procédé à une analyse verticale afin d'appréhender la cohérence des profils. Puis l'analyse thématique a mis en évidence les différentes expressions d'un même thème d'un corpus à l'autre. Cette démarche transversale nous a permis de dégager les éléments signifiants de notre recherche. Enfin, l'analyse du contenu de corpus (phrases, lexique, non-dits...) a révélé les logiques de sens à l'intérieur des discours, nous offrant des clés de compréhension et des éléments de réponses à nos hypothèses.

III. Un positionnement évolutif

1. Une posture évolutive au sein du groupe : la question de la réflexivité

Arborio & Fournier mettent en garde contre un certain type d'écueil : une *« familiarité trop grande avec le milieu étudié, antérieure à l'enquête, constitue un avantage évident pour entrer sur le terrain »* mais parfois, elle *« se paie d'une perte de distance présentée comme nécessaire »* (1999, p.88). Futures orthophonistes d'une part et mère de famille d'autre part pour l'une d'entre nous, une auto-analyse, au cours de notre travail de terrain, nous a paru nécessaire afin d'éviter *« de faire valoir notre jugement préconçu ou nos sentiments »*. A l'opposé, il faut souligner qu'une mise à distance excessive n'est pas non plus favorable au travail sociologique.

Pour nous, la juste distance s'est construite dans le temps, par étapes. Lors des trois premières séances, l'orthophoniste animant le groupe, nous a invitées à participer au « mot de la fin » ; nous avons donc à cette occasion livré trois fois un commentaire concernant la séance à laquelle nous venions d'assister. Cette posture participante, pas toujours aisée à trouver, nous a paru avec le recul illustrer de manière assez évidente l'évolution sensible de notre ressenti face au groupe. La première séance nous a particulièrement marquées émotionnellement, nous plaçant spontanément en situation d'empathie avec les familles présentes. Puis les cours dispensés en bégaiement à l'école d'orthophonie nous ont conduites à une posture plus professionnelle lors de la séance suivante, avec un ressenti très nettement orienté vers l'admiration pour la pratique clinique à laquelle nous assistions. Enfin, ces deux premiers stades assimilés, nous avons pu dès la troisième séance nous engager dans une juste distanciation par rapport à notre objet d'étude, capables dès lors d'y poser un regard analytique. Puis lors de la lecture des corpus par la suite, un travail de réflexivité, c'est-à-dire de prise de conscience de nos propres filtres, parental, étudiant, social, éducatif, etc... a été nécessaire pour mener à bien notre analyse.

2. Un statut diversement perçu

Au groupe, nous nous sommes présentées comme des étudiantes en orthophonie, réalisant un mémoire en sciences sociales sur le groupe de parents d'enfants qui bégaièrent. Puis, à chacun en entretien individuel, nous avons précisé notre positionnement, à savoir distancié de la posture professionnelle puisque nous ne cherchions pas à valider une pratique clinique mais à appréhender le fonctionnement du groupe et à travers lui, la relation thérapeutique. Pourtant, nous n'avons pas pu échapper au statut d'orthophoniste dans la représentation de la plupart des participants, parents comme thérapeute :

« Moi, je vous ai pris telles que des professionnelles, même si j'ai bien compris, vous êtes en train d'apprendre le métier, ce métier-là. Je me suis dit, bon voilà, y a quatre enfants et y a quatre professionnels autour. » PC

« On était autant d'orthophonistes que de parents concernés par le bégaiement. » M

Le père d'Alexis, à plusieurs reprises durant l'entretien, utilise un "vous" nous incluant ainsi dans le groupe des orthophonistes : *« On se retrouve entre personnes concernées par le problème. Voilà, puis vous avez votre rôle, vous orthophonistes [...] Je pense qu'elles ont, vous avez sûrement besoin du ressenti des parents sur certaines situations. »*

Les parents de Romain, quant à eux, nous ont appréhendées comme des stagiaires, bien que nous n'ayons jamais prononcé ce mot nous-mêmes puisqu'il ne correspondait en rien à notre statut dans le groupe. Le père de Romain a employé ce mot à plusieurs reprises en entretien et en groupe. Les deux parents n'ont pourtant pas associé la même représentation à ce terme. Voici ce qu'ils en disent, lorsqu'on évoque notre présence dans le dispositif groupal :

« Alors très honnêtement, ça nous a pas gênés. En revanche, ça renforce le fait qu'on teste une méthode quoi, moi je vous cache pas [...] je pense qu'à un moment donné, c'est bien de lever, d'ouvrir les verrous là parce qu'enfin, moi personnellement, je suis un peu resté bloquée là-dessus quand même. » MR

« Alors on n'a pas compris les mêmes choses parce que moi, je vous avais perçues comme étant des personnes qui avaient fait la démarche volontaire de venir [...] que vous étiez pas imposées par Muriel. » PR

Nous avons rétabli la réalité de notre démarche et le contexte dans lequel nous avons abordé ce terrain de recherche. Ce malentendu nous a renvoyé, une fois de plus, à la géométrie variable du groupe, et aux informations retransmises et forcément filtrées entre conjoints. Nous pouvons en effet supposer ici que le père de Romain, présent au premier groupe, a évoqué auprès de sa femme la présence de deux stagiaires. Celle-ci s'est alors représenté une étude réalisée à la demande de l'orthophoniste. Nous constatons malheureusement ici l'impact d'un tel quiproquo sur la relation de confiance entre parent et thérapeute. Par ailleurs, nos caractéristiques personnelles, tout en étant des sources de subjectivité à contrôler, ont aussi joué un rôle plutôt facilitateur dans les relations que nous avons pu établir avec les parents. *« Cette subjectivité du chercheur est aussi marquée par des caractéristiques plus générales comme son sexe, son âge, son origine ethnique, sa trajectoire sociale, sa formation disciplinaire... »* (Arborio et Fournier, 1999, p. 40). Par exemple, le statut de parent de l'une de nous, déjà évoqué plus haut, a pu créer un sentiment d'intercompréhension. Voici un exemple où la mère de Corentin,

évoquant des difficultés très concrètes à mettre en place les changements dans sa vie quotidienne, nous interpelle :

« MC : ouais des fois, je fais des choses, enfin, je suis en train de faire à manger, je leur parle, enfin je sais pas si vous avez des enfants.

D : oui

MC : combien ?

D : deux

MC : oui, enfin bon, vous savez ce que c'est. »

De plus, la différence d'âge entre nous a peut-être contribué à rendre notre binôme équilibré aux yeux des parents. Mead, ethnologue, cité dans Arborio et Fournier, écrit d'ailleurs à ce sujet qu' « *une équipe formée par un couple ou bien une équipe dont les membres, de même sexe ou non, ont une grande différence d'âge, travaille mieux qu'une équipe de deux hommes ou de deux femmes du même âge* » (p.41).

3. Influence de l'entretien sur les phénomènes observés

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les sociologues soulignent l'influence inévitable du chercheur sur l'objet de leur étude, que ce soit par l'observation directe ou la technique d'entretien. Dans le cadre de notre recherche, nous avons observé combien notre présence avait pu, pour une famille au moins, les parents de Romain, impacté les comportements, au-delà de ce à quoi nous pouvions nous attendre. Cela a concerné plusieurs épisodes.

D'une part, lors du second entretien, alors que la mère de Romain exposait ses doutes quant au bienfondé des modalités de prise en charge orthophonique de son enfant, nous avons provoqué l'échange suivant :

« D: Est-ce que vous pensez que vous allez vous autoriser à soumettre des choses de vos attentes, enfin tout ce que vous venez de nous exprimer ?

MR: Où ça ? Au groupe ? Alors, oui, au groupe c'est un peu délicat parce que... ce que l'on ressent c'est pas forcément ce que ressentent... En revanche, en parler directement avec l'orthophoniste, oui pourquoi pas.... »

Et lors du groupe suivant, elle a exprimé à l'orthophoniste, devant les autres parents, ses questionnements quant aux modalités de prise en charge. Nous ne pouvons nous empêcher de nous demander si cette mère serait intervenue de la même façon si nous ne lui avions pas soumis cette question lors de l'entretien et si nous n'avions pas ensuite été présentes au groupe en tant qu'observatrices. D'autre part, lors de ce même entretien, le père de Romain nous avait exprimé combien le fait d'échanger avec nous leur permettait de prendre conscience de leurs propres pensées et ressentis : « *On peut dire un grand merci d'être venues, parce que sans votre venue, on n'aurait pas mis les mots encore... sur tout ça.* » Avant le dernier groupe, il a de nouveau formulé, alors que nous entrions ensemble dans le cabinet, combien notre premier entretien avait provoqué un changement identifiable dans leur façon d'investir la prise en charge. Tout de suite après, il a fait part de ce vécu durant la séance de groupe :

« Et on se posait réellement la question de savoir si on travaillait dans le bon axe, y compris accompagnés par vous-même [...]. Et ces questions on se les ait posées individuellement et c'est seulement le jour où on a rencontré donc les deux stagiaires qui sont ici présentes qu'on a été je dirais presque en mesure de les verbaliser, de les confronter avec douceur [...]. On a su les dire avec douceur ce jour-là et on a pu réfléchir plus fortement à ce que vivait Romain, à ce que nous faisions et à comment nous voulions que les choses évoluent avec vous-même. »

En réalité, il semble que cet exemple illustre ce qui peut se dérouler à l'insu du chercheur dans toute recherche sociologique mettant en jeu l'utilisation du récit d'expérience. En effet, c'est l'outil narratif qui réunit le praticien et le chercheur ; dans un cas, le récit d'expérience est utilisé comme moyen d'action thérapeutique, dans l'autre, comme moyen de récolte de données. Sur le plan thérapeutique, Miron montre que « *la narration, par son acceptation de l'autre, de l'expérience qu'il a vécue et du sens qu'il lui donne, a un effet d'empowerment qui est accentué lorsque le narrateur est dans une situation où il éprouve des difficultés personnelles* » (2003, p.45). D'autre part, il précise que le chercheur participe à son niveau à l'action thérapeutique, par l'observation participante et les entretiens individuels:

« La présence des chercheurs dans les groupes de paroles peut avoir un effet positif sur les parents. En plus d'écouter les parents, d'être présents à leurs récits et à leurs réflexions, le fait de demander aux parents de raconter leur expérience et de partager leur réflexion afin de mieux comprendre les processus de l'intervention et ses produits a un effet formateur, structurant. Ils ont le sentiment que "leur expérience est importante". La présence des chercheurs fait partie d'un processus d'empowerment. » (2003, p.48)

Soulignons que le processus engagé par les parents de Romain s'est produit en l'absence de toute intentionnalité de notre part. D'une part, c'est bien parce que nous nous intéressions aux processus, aux dynamiques d'interaction et de changement que nous avons pu observer notre influence sur celles-ci. Et plus encore, c'est parce que notre protocole alliait observation et entretiens que nous avons pu témoigner des effets de l'un sur l'autre. Enfin, et comme nous l'avons rapporté plus haut, même si nous nous efforcions d'adopter une posture de « chercheurs », les statuts de « stagiaires » ou de « futures professionnelles » nous étaient sans cesse renvoyés. Difficile alors de ne pas faire germer en nous l'idée d'une quelconque action thérapeutique, fusse-t-elle inconsciente ou tout au moins inavouée.

Chapitre IV

PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

I. La relation thérapeutique indirecte : de la demande de co-thérapie à la négociation du soin

1. Des professionnelles à l'initiative de la co-thérapie

Au sein de notre partie théorique, nous avons souligné que dans le monde orthophonique, la représentation prédominante au sujet de la prise en charge du jeune enfant qui bégaye pose comme objectif principal la nécessaire implication des parents dans le travail thérapeutique. Les deux orthophonistes que nous avons suivies dans notre étude sont adeptes de cette démarche. Les relations thérapeutiques sont donc fortement marquées par cette volonté des professionnelles de rendre les parents co-thérapeutes. L'objet de notre analyse n'est pas tant d'aborder l'ensemble des attitudes ou des comportements que les orthophonistes attendent des parents, mais bien d'analyser par quels procédés elles cherchent à favoriser une forme d'« acculturation ». En effet, le rôle attendu des parents ne se résume pas en une simple mise en application des prescriptions du professionnel, sans partage nécessaire du savoir médical, comme dans le cas d'un traitement médicamenteux à administrer. Bien plus, il leur est demandé de supprimer ou de modifier certaines attitudes parentales et d'acquérir des compétences professionnelles, que ce soit dans la façon d'analyser et de comprendre le trouble ou dans la manière d'y répondre avec des techniques précises. Ainsi, l'enjeu est de faire accéder les parents à la culture professionnelle et aux représentations du trouble et de la thérapeutique qui y sont attachées. C'est bien en ce sens que nous souhaitons parler d'« acculturation ».

1.1. Une volonté explicite de rendre les parents co-thérapeutes

Tout au long de la prise en charge, les orthophonistes annoncent aux parents le rôle qu'ils vont avoir à tenir au cours du soin. Ainsi, la demande de co-thérapie n'est en rien implicite. Elle est clairement exprimée dès le premier rendez-vous, en présence de l'enfant, puis est réitérée par la suite, autant de fois que cela semble nécessaire au professionnel. Concernant les séances individuelles, l'orthophoniste nous rapporte qu'elle n'a de cesse de rappeler aux parents la part du travail qu'ils ont à accomplir, parlant des *« adaptations de l'environnement »*, du *« renforcement »*, *« à tous les groupes »*, *« à toutes les séances »*.

Cette attente du travail des parents est même formalisée dans certains cas à l'aide d'outils. Le programme Lidcombe par exemple a été proposé à une des familles que nous avons suivies. Ce programme comportementaliste insiste de façon très claire sur le travail des parents puisque c'est bien celui-ci qui est cadré par l'outil. En effet, ce sont les attitudes parentales qui sont mises en évidence, notamment à travers le contrôle du ratio renforcements positifs/ mise en évidence des dysfluences. L'orthophoniste a pu proposer également d'autres types de supports, des tableaux ou des grilles à remplir, toujours pour formaliser le travail à accomplir de la part des parents. Dans ce cadre, ces derniers sont amenés à se positionner sur les habiletés qu'ils ont acquises ou qu'ils ont à acquérir. Par là-même, ils autoévaluent la façon dont ils répondent à la demande de co-thérapie. Ces moyens marquent une forme d'injonction de la part des professionnels. Et parfois, cette injonction est encore plus fortement exprimée, les professionnelles prenant le parti d'y

« aller un peu à la carotte. C'est pas vraiment la carotte, mais en posant des conditions : soit vous rentrez dans le truc, soit on arrête » M

1.2. Une diversité de procédés au service de la transmission du savoir professionnel

Dans l'interaction avec les parents, les orthophonistes ne manquent pas de transmettre les représentations professionnelles du trouble et de sa thérapeutique, leurs savoir-faire et la terminologie qui y est associée. Plusieurs procédés sont utilisés pour remplir cet objectif. La relation thérapeutique indirecte est ponctuée par des temps d'exposé de la part des professionnelles, assimilables à un enseignement théorique. La transmission du savoir se fait à la fois dans le cadre des séances individuelles et au sein des groupes. Ces apports « théoriques » concernent plusieurs axes.

L'orthophoniste expose d'une part la façon dont le trouble est compris et décrit par les professionnels, dans son étiologie et dans son évolution. Muriel nous rapporte qu'elle n'hésite pas à faire part aux parents de la difficulté à établir un pronostic pour le bégaiement de leur enfant, qu'elle est *« cash »*, n'ayant *« pas du tout envie de mettre des fausses idées dans la tête des parents. »* Dès le début, elle expose que *« la durée de vie d'un bégaiement c'est entre un jour et toute une vie »*. Et elle annonce aux parents :

« Moi avec l'enfant que j'ai vu pendant une heure et quart, je ne peux pas vous dire, sachant qu'en plus y'a des enfants qui bégaiement énormément et qui ne bégayeront plus c'est sûr du jour au lendemain, suite à une rééducation, et y'a des enfants qui pourront avoir un bégaiement relativement léger mais tout le temps. » (entretien)

Si elle ne veut rien cacher aux parents de son savoir professionnel, l'orthophoniste précise qu'elle choisit le moment opportun pour délivrer les informations : *« On peut guérir du bégaiement tout en continuant à bégayer. On dit pas ça le premier jour où on voit les parents »*.

Au cours des séances de groupe, le sujet est également largement abordé. Les exemples que nous pourrions évoquer sont nombreux mais plusieurs épisodes nous semblent particulièrement symptomatiques de ce positionnement d'enseignant face aux parents. La première séance de groupe notamment, a débuté par un exposé de Muriel au sujet du bégaiement. En tant qu'étudiantes en orthophonie, nous n'avons pu nous empêcher de comparer les propos tenus avec l'enseignement qui nous était dispensé dans le même temps à l'université. Même si les idées étaient plus succinctement exprimées, cet exposé avait tout d'un enseignement de professionnel à professionnel en formation. Quelques mois plus tard, lors du troisième groupe, alors que le tour de parole initial venait de commencer, Muriel a interrompu la discussion, disant qu'avant de poursuivre, elle proposait de *« se mettre d'accord »* sur une grille de lecture commune pour pouvoir parler des enfants. Elle a alors explicité ce qui, du point de vue orthophoniste, était essentiel et pertinent pour mener l'analyse. Cette intervention ne s'est pas faite dans un échange mais sous la forme d'un exposé. Ainsi, implicitement, *« se mettre d'accord »* signifiait inviter les parents à adopter les représentations professionnelles au sujet de la description du trouble.

Par ailleurs, Muriel insiste sur l'importance du travail à engager de la part des parents. Elle en explique les principes et les enjeux, toujours en fonction de son référentiel

professionnel. Tous les parents témoignent des apports concrets, des conseils donnés par l'orthophoniste pour les pousser au changement. Le père de Corentin souligne par exemple que l'orthophoniste leur « *apprend des choses* », sur « *la technique* », et pour savoir « *comment se comporter* ». La mère de Benjamin remarque quant à elle que « *dès le départ* », Muriel a voulu les « *associer au soin* » : « *Et elle nous donne des conseils pour que justement on soit nous aussi actifs de notre côté* ».

Muriel utilise également d'autres relais pour transmettre le savoir professionnel. Plusieurs parents ont fait mention de documents papier, communicables à l'entourage de l'enfant. D'autre part, lors d'un groupe, Muriel a invité les parents à se rendre sur le site de l'Association Parole Bégaiement. Cette invitation poursuit le même objectif puisque, bien que l'association fasse une large place aux patients et à leurs proches, elle est fortement investie par les professionnels qui occupent d'ailleurs plusieurs postes dans le Bureau. Le discours qui y est développé véhicule donc en partie les représentations professionnelles du trouble et de la thérapie.

Le principe de modélisation auprès des parents est par ailleurs largement utilisé par la professionnelle dans le cadre de la prise en charge de ces enfants qui bégaiement. Il consiste à donner l'exemple verbalement ou par le comportement, afin de proposer des modèles dont les parents puissent s'emparer. Ainsi, les parents mentionnent souvent par exemple l'utilisation de la caméra au cours des séances individuelles. Cet outil permet à l'orthophoniste de rendre compte aux parents de ce qui a été travaillé durant la première partie de séance avec l'enfant. Par l'intermédiaire du film, elle modélise assez directement son savoir-faire et son savoir-être professionnels auprès des parents. Au cours des groupes également, on remarque que l'orthophoniste utilise volontiers cette modélisation en insérant du discours adressé à l'enfant dans ces propos. En voici un exemple :

« Des mots positifs. Ben je te félicite pour tes mots ou t'as bien conduit ta parole [...] aux petits moi je leur dis souvent bravo pour tes mots, ils sont un peu grands vos enfants mais voilà, bravo pour ta parole ou ben dis donc qu'est-ce que tu t'exprimes bien. Voilà. » (groupe 5)

Tous ces procédés sont autant d'éléments mis en place par les orthophonistes pour partager et transmettre leur expertise. Ainsi, la volonté des orthophonistes de rendre les parents co-thérapeutes est caractérisée par la recherche d'acculturation qui l'accompagne.

2. Au cœur d'un conflit de perspectives

La demande de co-thérapie que nous venons de décrire émerge dans une relation thérapeutique où les écarts de représentation et de perspective sont manifestes. C'est bien pour cette raison que les professionnelles cherchent à provoquer un phénomène d'acculturation chez les profanes. Ces divergences concernent à la fois les représentations du bégaiement et de sa thérapie mais aussi la façon d'appréhender le rapport profane/professionnel et le rôle de chacun dans le soin. Ainsi, avant d'analyser la manière dont les aidants se positionnent face à cette demande de partage d'expertise, il nous paraît essentiel de décrire plus précisément le conflit qui sous-tend la relation thérapeutique indirecte. En préambule de notre exposé, il convient de préciser que ce conflit ne peut s'appréhender selon un modèle unique. Si les points de dissension sont souvent identiques, les positionnements profanes de chaque couple, voire de chaque parent

peuvent se différencier. D'autre part, il est essentiel de rappeler que les entretiens et les observations ont eu lieu après plus d'un an de prise en charge, et se sont échelonnés sur une période de douze mois. Les représentations parentales initiales sont donc difficiles à mettre à jour. En effet, le discours recueilli est déjà fortement empreint des représentations professionnelles. Nous avons donc cherché à évaluer les points de conflits « subsidiaires », exprimés de façon plus ou moins directe.

2.1. Les représentations du trouble

2.1.1. L'étiologie ou la cause du bégaiement toujours en question

Comme nous l'avons vu, les orthophonistes abordent le trouble et son étiologie selon une grille multifactorielle. Dans les discours des deux professionnelles de notre étude, nous avons retrouvé ce même ancrage théorique, qui met en avant les aspects endogènes du trouble et les facteurs exogènes favorisant son déclenchement et sa chronicisation.

La question de la cause du bégaiement est très prégnante chez les parents et est souvent mêlée à la question de la culpabilité. Beaucoup témoignent que le premier réflexe est souvent de rechercher un atavisme. Cette démarche signe une vision endogène du trouble. Tous ont par ailleurs identifié des éléments déclencheurs du trouble, dans une perspective exogène. Ces représentations sont donc en adéquation avec celles des professionnelles mais il subsiste des points de divergence chez certains parents. Les parents d'Alexis nous rapportent par exemple leur première explication à l'apparition du bégaiement, en lien avec un fort sentiment de culpabilité :

« PA : On se sent un peu fautifs. [...] « Tiens, il bégaié mais pourtant, qu'est-ce qu'on a fait qui a pu déclencher ça ? Est-ce qu'à un moment, on a été trop exigeants vis-à-vis de lui, ou je sais pas. » C'est tout ce genre de questions qu'on se pose. Parce que bon...on s'était déjà posé la question avec son grand frère, mais son grand frère, ça s'est corrigé très, très, vite. [...] Alors on s'est dit : mince, c'est le deuxième, et puis lui c'était vraiment (sifflement). Donc ouais, on se sent un peu fautifs en tant que parents, on se dit : « on a loupé quelque chose. »

MA : Mais est-ce que c'est de notre faute ou pas, ça c'est la grande question.

PA : Alors on est rassuré quand même. »

La dernière phrase du père laisse penser que cette première compréhension de l'étiologie du trouble a été supplantée par les représentations professionnelles. Mais on remarquera dans d'autres propos que la première idée reste en fait toujours présente dans son esprit : *« Je suis quelqu'un de quand même assez exigeant, donc ça peut se ressentir dans le...Ah, j'ai beaucoup lâché la bride sur certaines choses. [...] On se rend compte que, en étant comme ça, c'est un enfant qui bégaié. »*

Les parents de Corentin, quant à eux, n'adoptent pas un positionnement univoque. La mère de l'enfant, marquée par sa formation en naturopathie, est celle dont les représentations entrent le plus en conflit avec la culture professionnelle. Elle fait très souvent référence au savoir qu'elle acquiert mais qui n'est pas celui des orthophonistes.

« Ce que Corentin exprime aujourd'hui, donc le bégaiement, c'est lui qui le matérialise si on peut dire, sous cette forme-là, mais ça peut être des choses qu'on traîne depuis des générations. Ça s'appelle la transgénérationnelle. [...] Qu'est-ce qui fait qu'il bégaié. Donc voilà, ça peut être dans mon histoire, ce qui s'est passé dans mon histoire, ça peut être dans l'histoire de mon mari, dans l'histoire des grands-parents, des ancêtres, enfin, c'est une recherche qui est longue. »

Pour cette mère, le trouble est clairement perçu comme résultant de facteurs exogènes. Dans son discours, le père n'envisage pas les choses de cette façon et semble privilégier l'explication endogène du trouble alliée à la présence de facteurs exogènes de chronicisation.

2.1.2. Le caractère cyclique du trouble comme objet de syncrétisme

Les professionnelles définissent le bégaiement comme un trouble cyclique. Si cette caractéristique est très régulièrement mentionnée par les parents au cours des entretiens, on note qu'elle vient se heurter en permanence au désir de guérison :

« C'est-à-dire qu'y a des hauts et des bas alors c'est vrai. Quand il bégaié peu du coup on a l'impression que c'est positif, on va vers le...enfin comment expliquer, c'est assez cyclique donc du coup. » MA

« Moi je suis convaincue que y'a moyen de résorber tout ça parce que effectivement y'a des périodes, y'a des moments où il parle très très bien. » MR

Ces deux extraits d'entretiens soulignent que, s'ils ont intégré intellectuellement le caractère cyclique du trouble, les parents conservent une compréhension singulière de cette notion. Il leur est difficile de concevoir que l'existence du trouble et son importance ne sont pas directement corrélées aux symptômes perceptibles.

Par ailleurs, les parents n'ont de cesse de chercher les raisons des fluctuations du bégaiement. Dans leurs récits, on mesure combien ils reprennent l'analyse des professionnels, invoquant le stress, l'anxiété, l'excitation, la fatigue etc. comme facteurs favorisants. Mais il subsiste toujours des zones de conflit qui transparaissent dans les discours. Car si certaines représentations professionnelles sont intégralement partagées et maîtrisées par les parents, d'autres sont appréhendées avec une compréhension partielle. Elles font alors l'objet d'un phénomène de syncrétisme.

2.2. Le vécu de la pathologie, lieu d'un conflit de perspectives

2.2.1. La problématique du quotidien : perception élargie du trouble et singularité des situations

La problématique décrite par les parents au sujet du trouble est toujours bien plus large que le seul fait du bégaiement car elle s'inscrit dans la complexité du quotidien. Ils évoquent abondamment les difficultés liées au cadre éducatif, à la maturité de l'enfant et à son caractère, à la place dans la fratrie... Pour les professionnelles, ces problématiques ne

sont pas évincées mais le fait de les traiter est davantage perçu comme un moyen. Pour les parents, c'est souvent un objectif à part entière. Dans leurs discours, en sous-texte, on perçoit qu'ils mettent parfois en doute la capacité d'ajustement du professionnel à la globalité et à la singularité de chaque situation. Pour eux, un professionnel prenant en charge une multitude de patients ne peut pas vraiment être au plus près des besoins de chaque famille. Cette idée revient continuellement dans les propos des parents de Romain, de Corentin et d'Alexis, avec le sentiment que la problématique de leur famille ou de leur enfant n'a pas été bien cernée.

Quant à cette problématique de globalité, il nous a semblé intéressant de développer davantage le positionnement de la mère de Corentin. Elle met au jour sa représentation de la pratique thérapeutique orthophonique. Comme nous l'avons décrit dans la partie théorique, les orthophonistes n'envisagent pas leur thérapeutique selon une approche allopathique. Or, on se rend compte que cette mère assimile le soin orthophonique à l'allopathie, en opposition au référentiel de sa formation, et qu'elle reproche donc aux soignants de ne pas adopter une prise en charge holistique :

« MC : Et donc on va en fait travailler sur la personne dans sa globalité, comme la naturopathie, c'est-à-dire que pour nous, un symptôme veut rien dire, ce qu'il faut voir, c'est la personne, l'ensemble de la personne. [...] Il faut une approche globale.

D : Et tel que le soin est proposé en orthophonie, est-ce que vous avez l'impression qu'il y a quand même cette dimension de globalité qui est prise en compte?

MC : Non, parce que y a pas cette dimension de globalité, Muriel en fait un petit peu quand même, elle nous demande quand même comment est l'enfant, c'est-à-dire comment est l'enfant dans sa manière d'être, dans sa manière de vivre, donc c'est quand même bien un peu la globalité vous voyez ? Elle pose cette question mais après pour moi, on est vraiment que sur du... C'est comme si y avait un bobo et qu'on mette un pansement quoi. »

Force est de constater que les parents peuvent donc parfois se faire une représentation à travers leur propre filtre du positionnement du professionnel. Or, ce point de conflit au sujet de la thérapie est un des éléments-clé pour comprendre la relation thérapeutique indirecte, car il justifie de nombreuses remises en cause du soin par les parents.

2.2.2. Le vécu de la souffrance

La position des parents est marquée par un vécu de souffrance que ne partage pas le professionnel, ou de manière distanciée. Cette souffrance est souvent exprimée par les parents sous la forme d'une identification à la souffrance de l'enfant ou d'une attention accrue portée à son vécu social. Plus que de savoir comment se manifeste le bégaiement en classe, la plus grande préoccupation des parents est de connaître l'étendue et la nature des relations d'amitié créées. Et il est toujours extrêmement douloureux pour eux de relater un épisode de moqueries ou de constater que l'enfant joue seul dans la cour.

En lien avec cette souffrance, les parents sont très préoccupés par l'avenir de leur enfant. Au cours des récits, beaucoup ont évoqué des exemples heureux ou malheureux de personnes adultes bègues qu'ils côtoient dans leur entourage. Et ils expriment facilement leur crainte à l'idée que leur enfant puisse souffrir de ce trouble dans leur vie future.

De leur côté, les professionnels cherchent sans cesse à ancrer les parents dans le présent, rappelant que la première préoccupation doit être celle de l'état actuel de l'enfant.

Tous ces éléments constitutifs du conflit de perspective, entraînent souvent une appréhension différente du soin chez les parents et chez les orthophonistes.

2.3. Quelle thérapeutique ?

2.3.1. Un conflit dans la hiérarchisation des objectifs de soin

Dans la prise en charge du jeune enfant qui bégaye, les orthophonistes considèrent que le levier de soin principal est l'investissement des parents et les changements de l'environnement qu'ils peuvent provoquer. Tous les parents, sauf la mère de Benjamin, hiérarchisent autrement les objectifs de soin. La mère de Corentin, en lien avec sa représentation du trouble très exogène, veut obtenir la guérison en recherchant la cause et en l'éradiquant. Les parents de Romain et d'Alexis sont quant à eux dans une même recherche de ce qu'ils nomment « technique » ou « outils ». Selon eux, le soin doit se traduire par un apport direct de l'orthophoniste à l'enfant, le travail effectué en accompagnement parental demeurant nettement secondaire. On perçoit que cette approche de la thérapie est en lien avec une conception du « monde professionnel » qui entre en conflit avec ce que propose Muriel.

« MR : Et ça nous laisse perplexes, interrogatifs, on se dit il faut absolument qu'on l'aide quoi. Il faut qu'on l'aide. Et l'aider avec tout ce qu'on nous a appris jusqu'à maintenant, c'est-à-dire être attentionné, avoir des moments privilégiés, tout ça on le fait, on l'a mis en place, je pense qu'on est vraiment dans une relation d'amour avec Romain et privilégiée aussi. [...] Aujourd'hui tout ça est en place, mais je pense que voilà, c'est la technique là qui manque. La technique, les méthodes, les outils quoi. C'est un professionnel quoi ! C'est un professionnel ! »

En réalité, Muriel propose des outils. Mais ses propositions ne sont pas en accord avec la façon dont les parents se représentent la « technique ». Pour les parents, les « outils » doivent être efficaces, c'est-à-dire provoquer un changement perceptible chez l'enfant lorsqu'ils sont utilisés. D'autre part, ils doivent pouvoir être repris dans le quotidien et pouvoir s'adapter à la relation parent/enfant.

2.3.2. A chacun son rôle, mais quel rôle ?

Les orthophonistes attendent des parents un rôle de co-thérapeute, au quotidien. Mais les parents n'appréhendent pas tous la répartition du travail de soin de cette manière. En lien avec leur représentation de la thérapeutique, les parents de Romain sont clairement opposés à la répartition des rôles proposée par l'orthophoniste :

« PR : Mais de la même façon que ce que disait ma femme, j'ai véritablement aujourd'hui le sentiment qu'on peut pas jouer le rôle de professionnels. [...] Que ce soit fait par un professionnel, oui, c'est très

bien fait. Moi c'est pas ma vocation. [...] Nous ne ferons pas le travail de Muriel parce que Muriel le fait très bien et que notre position de parents ne nous permet pas de le faire correctement. [...] Ça doit être identifié à un travail de spécialiste. On fait d'autres choses avec papa et maman. [...]

MB : Parce qu'il faut savoir que, entre deux séances, ce sont quand même les parents entre guillemets qui accompagnent l'enfant et qui font le travail, d'accord ? »

La dernière citation montre que les parents de Romain sont dans l'attente d'une prestation paramédicale et que pour eux, c'est au professionnel d'accomplir le travail. La mère situe d'ailleurs son propos dans une problématique de « satisfaction client » que nous ne pouvons nous empêcher de mettre en lien avec sa culture professionnelle d'acheteuse :

« MR : C'est Muriel qui doit dire, voilà, aujourd'hui moi ma méthode, elle est approuvée, ça fait tant d'années que j'exerce, ça fait tant d'années que je l'ai mise en place. [...] Je suis effectivement spécialisée en bégaiement, [...] ça fait dix ans que j'utilise les mêmes méthodes, et qu'aujourd'hui j'ai un taux de succès qu'est de tant. »

Pour les parents de Corentin, comme pour les parents de Romain, le premier rôle des parents est de chercher et de trouver la bonne thérapeutique, le bon thérapeute.

Par ailleurs, à l'exception de la mère de Benjamin, tous les parents voudraient que leur enfant prenne une part plus active dans le soin, en lien avec l'acquisition souhaitée de techniques. Pour les parents de Romain, la prise en charge doit être structurée en laissant une large place au travail que l'enfant peut fournir grâce aux techniques apprises.

Le conflit de perspective entre professionnels et parents possède donc deux caractéristiques majeures. D'une part, il n'est pas immuable, les représentations profanes laissant souvent place aux représentations professionnelles chez les parents. C'est chez la mère de Benjamin que ce phénomène est le plus manifeste. D'autre part, les représentations professionnelles peuvent n'être que partiellement acquises laissant place à un phénomène de syncrétisme.

3. Entre adhésion et résistances, la place de la négociation dans la relation thérapeutique indirecte

L'adhésion au soin et la posture de co-thérapeute sont les attitudes parentales attendues par les orthophonistes. Mais chez les parents adhésion et résistance à cette demande coexistent dans des proportions et sous des formes d'expression extrêmement diverses. Les expressions de la compliance s'observent principalement par un changement comportemental mais également à travers l'usage des termes, une certaine appropriation du savoir professionnel qui, mêlée aux représentations profanes, donne lieu à une sorte de syncrétisme dans le langage parental. Les résistances, plus ou moins conscientes et volontaires, enracinées dans le conflit de perspectives, s'expriment sur le plan verbal et/ou comportemental, engageant ou non un processus de négociation. Nous verrons quelle forme prend cette négociation, sur quel point elle s'exprime, dans quel lieu et qui en est à l'initiative. Pour ce faire, il nous paraît pertinent de présenter une analyse

verticale à travers les profils parentaux, mieux à même de présenter les logiques internes qui articulent adhésion, résistance et négociation, révélant ainsi le « *mode d'engendrement singulier des processus* » (Blanchet et Gotmann, 1992, p. 92)

3.1. La mère de Benjamin : une adhésion mêlée de résistances comportementales, une négociation à l'initiative du thérapeute

La mère de Benjamin adhère ouvertement au soin. Ses propos, dans le groupe comme en entretien individuel en témoignent : « *Sa personnalité, sa façon de prendre en charge Benjamin me conviennent. [...] C'est vraiment super de vouloir nous associer, d'insister à ce point, de nous faire prendre conscience.* » On note même une certaine forme d'identification au rôle du thérapeute : « *Elle peut pas tout faire, elle, de son côté [...] faut que nous aussi on mette en pratique des choses et notre comportement doit aussi changer. [...] C'est pas évident pour un professionnel parce qu'il y a des parents qui ont leur idées et qui veulent pas en démordre.* » Nathalie observe d'ailleurs qu'« *elle répond à 200%* » aux sollicitations en séances de groupe. Pourtant, cette mère montre des difficultés dans le passage à l'action et par là une forte résistance au changement attendu. Elle l'exprime, tout à fait consciemment : « *C'est ça le plus dur, c'est de savoir qu'il faut le faire, que c'est important et de ne pas y arriver. Parfois c'est culpabilisant de dire, faut que je fasse comme ça et je l'ai pas fait.* » Dans ce contexte, la négociation est initiée par l'orthophoniste, qui nous le rapporte ainsi :

« La mère de Benjamin, elle dit : oh, la, la, je m'en veux, vous avez dit qu'il fallait renforcer, je le fais toujours pas, etc... Y a un moment, c'est horrible, enfin moi ça me fait de la peine pour elle d'assister pour la cinquième fois consécutive à une mère qui dit : j'arrive pas à renforcer positivement. Qu'est-ce qu'il faut faire ? [...] Donc de passer à quelque chose où on va dire : ben là, vous vous posez même pas la question, c'est tous les jours ou on arrête. [...] Au bout d'un moment, on est dans l'impasse, donc je lui renvoie ça : tiens, ça fait cinq fois que vous dites ça, qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que si on remplissait un tableau, ça vous aiderait ? Non, non, mais je vais y arriver. Et puis la fois d'après, elle l'a fait. [...] C'est pas évident de faire changer les gens. »

Le professionnel évoque ici ses difficultés personnelles à initier la co-thérapie et les moyens qu'elle utilise pour atteindre son objectif de soin : négociation verbale, proposition d'outils complémentaires pour accompagner le changement, mais aussi une certaine forme de coercition.

3.2. Le père d'Alexis : des objets de négociation ciblés

La négociation peut également s'engager à l'initiative de parents sur des éléments précis de divergences et dans un contexte global d'adhésion au soin. C'est le cas illustré par les parents d'Alexis. Ils nous ont exprimé leur confiance et « *la bonne communication* » établie avec la thérapeute qu'ils « *apprécient* » et ont fait le récit de ce qu'ils ont modifié sur sa demande : « *Elle nous a rassurés sur certaines choses, bon y a*

l'enfant mais y a aussi les parents, c'est lié [...] elle nous explique que, nous en tant que parents, on a des petites choses à faire, à mettre en place pour que Alexis progresse. Et ça fonctionne. » Ils sont donc compliants à la fois dans l'idée et dans les actes. Mais nous l'avons vu, le père de Alexis peut exprimer certains points de divergence concernant la thérapie engagée. Cela peut ponctuellement l'amener à amorcer une négociation. Il nous expose ainsi un échange avec l'orthophoniste : *« Quand je parle et que je dis à Muriel : mais est-ce que vous avez des techniques ? Parce que voilà, je suis très...quand ça marche pas, parce que voilà y a quelque chose de débranché et...est-ce qu'il y a des techniques qui font que, un jour, mon fils, il bégayera plus ? »* Il rapporte ensuite la réponse du professionnel : *« Pour l'instant, Alexis, non. Déjà voir comment il évolue. Déjà que l'enfant en prenne conscience, c'est déjà une bonne chose et qu'il arrive à se maîtriser par lui-même avant de l'aider moi je l'ai compris comme ça. [...] pas mettre la charrue avant les bœufs. »*

Nous pouvons comprendre ici que le thérapeute négocie en faisant intervenir le facteur temporel : elle ne refuse pas la requête mais la soumet à la maturité de l'enfant. Le père d'Alexis l'accepte vraisemblablement puisqu'il accorde sa confiance au thérapeute et intègre de ce fait les arguments avancés.

3.3. Les parents de Romain : négociation, incompréhension et point de rupture

Les parents de Romain, en revanche, présentent un profil globalement résistant. Leur non-compliance, en lien avec les points de conflits mis en lumière dans la partie précédente, s'exprime à la fois sur le plan verbal et comportemental. L'incompréhension de ce qui leur est demandé apparaît en outre comme un point d'ancrage à cette résistance. Lors du premier entretien réalisé avec le couple, un certain nombre de remises en question ont ainsi été verbalisées en notre présence. Trois jours plus tard, en séance de groupe, la mère de Romain expose ses critiques concernant la pertinence et l'efficacité de la co-thérapie :

« On s'est posé la question à savoir si on était les meilleurs interlocuteurs pour faire ce type d'exercices » et aussi *« Ce que vous dites, je l'entends mais quand même, je me dis qu'y a un gros trou dans la journée où on n'est pas là et qu'on peut pas les aider et que les outils, ils peuvent pas les mettre en œuvre tous seuls quoi. [...] Donc je me dis que notre apport à nous parents est très limité finalement »*

Muriel propose une autre interprétation, immédiatement réfutée :

« J : Et vous, vous êtes inquiète la journée quand vous êtes au travail et que vous savez que votre fils est à l'école et vous vous dites, tiens mais qu'est-ce qui se passe ?

MR : non, absolument pas, non »

L'échange a ensuite été réorienté à l'initiative de la mère de Romain, la poursuite d'un conflit sur un point aussi central que l'implication parentale n'étant sans doute pas ressentie comme envisageable à ce moment pour les deux parties dans le cadre du groupe. Lors de ce même entretien individuel, le cadre du soin avait également été remis en question : *« On se pose quand même un petit peu des questions au jour d'aujourd'hui parce qu'on se dit que ça fait quand même un an et on se demande si les séances*

espacées de trois semaines suffisent. [] Moi je pense qu'il est pas assez stimulé en fait sur le bégaiement. »

La mère de Romain aborde cette question en fin de séance de groupe. L'orthophoniste y répond ainsi :

« On peut en rediscuter ensemble, cela peut être renégocié. On peut repasser à une séance par semaine, on peut alterner séances avec Romain et séances avec les parents, on peut faire aussi trois semaines de suite des séances avec Romain et la semaine suivante une séance avec vous uniquement. Si vous pensez qu'il en a besoin, c'est que c'est juste. Il faut qu'on le fasse. »

Dans ce dernier cas, la négociation a facilement abouti. Nous pouvons comprendre que cette remise en question du cadre ne se réfère pas, contrairement aux apparences, à la dimension purement formelle du soin mais renvoie en réalité à une divergence de représentations du trouble, évoquée dans la partie précédente pour cette famille. Muriel répond pourtant très rapidement favorablement à cette requête. Nous pouvons supposer que pour le professionnel, l'enjeu de la négociation est ainsi perçu : d'une part la remise en cause des aspects fondamentaux de sa pratique n'est pas ouvertement engagée par cette requête et d'autre part un renforcement de l'alliance thérapeutique peut apparaître comme un bénéfice secondaire à une négociation aisée. Pourtant, cette séance de groupe a donné suite à une rupture momentanée de la prise en charge orthophonique de l'enfant. Les parents ont décliné les séances suivantes et n'ont repris contact que trois mois après. Cette information nous a été communiquée par les orthophonistes, les parents n'ayant jamais évoqué ce point durant nos deux entretiens. On peut assimiler cette rupture provisoire à une forme comportementale de résistance voire de négociation non-verbale. Puis la reprise du soin s'est engagée sur de nouvelles bases sans que quiconque ne l'ait négocié ouvertement. L'orthophoniste nous fait partager son ressenti et nous rapporte l'attitude qu'elle a adoptée :

« J'ai très souvent le sentiment de me faire un peu entourlouper.[...] donc moi, j'ai été assez claire avec eux : de dire, ben ça fait longtemps qu'on s'est pas vu quand même, donc là y a eu une fenêtre thérapeutique qui n'a pas forcément été décidée par moi, vous êtes d'accord ? [...] J'ai été assez ferme avec eux en disant : écoutez, voilà, pour le bégaiement, on a plusieurs options, on a tenté une option de soin, mais y en a d'autres. Mais par contre moi, mon cadre de travail, c'est ça. [...] On est rentré dans le programme Lidcombe avec Romain. Y avait une telle difficulté à rentrer dedans que je dis, il faut quelque chose d'un peu rigide pour qu'ils rentrent dedans et qu'on cesse de tergiverser quoi. »

Le père de Romain interprète ce changement ainsi :

« Je crois qu'elle a eu une prise de conscience par elle-même [...] je crois qu'elle a fait une recherche aussi, elle m'a avoué, elle m'a dit, elle a essayé de rendre un peu plus pragmatiques, pratiques les conseils qu'elle nous formulait [...] Donc soit elle s'est rendue compte par elle-même, soit elle a eu votre retour d'une façon ou d'une autre [...] en fait,

elle avait devancé à peu près toutes les demandes, y compris la régularité des rendez-vous. »

Nous avons évidemment démenti tout retour à l'orthophoniste et avons rappelé le caractère confidentiel de nos entretiens. En réalité, c'est le conflit sous-jacent qui a conduit la thérapeute aux ajustements. Mais le père de Romain semble se réjouir d'un nouveau choix thérapeutique qu'il pense avoir provoqué, favorisant enfin une adhésion entière de sa part.

3.4. Les parents de Corentin : résistances tenaces mais sans négociation

Le quatrième couple parental, les parents de Corentin, présente un positionnement encore différent : assez peu compliant mais sans recherche de négociation, avec une attitude très différente du père et de la mère au sein de ce même profil. Leur discours nous a toutefois laissé entrevoir des éléments de changement, témoignant d'une entrée partielle dans la co-thérapie.

Comme nous l'avons déjà dit, en appui sur sa récente formation de naturopathe, la mère de Corentin cherche la cause du bégaiement de son fils à travers des approches comme la kinésiologie, le décodage biologique, la recherche transgénérationnelle. Dans ce contexte, elle exprime son rapport à l'orthophonie ainsi : *« voilà, moi je suis vraiment dans autre chose. Je suis pas que dans l'aspect orthophonie. Il faut explorer toutes les pistes.[...]L'orthophonie, pour moi, c'est un outil mais c'est pas le seul. »*

L'extrait suivant illustre clairement la place qu'elle accorde au soin orthophonique :

« A : et du coup, vous vous dites que vous voulez quand même garder ce pied dans l'orthophonie pour ce que ça apporte.

MC : oui, parce que Corentin, ça lui plait. Donc à partir du moment où ça lui plait, moi ça me plait. Il est content, il a son petit moment à lui. Il saute une demi-journée d'école mais je m'en fous parce que de toute façon, il a largement les capacités pour, voilà. Et puis ça me va bien parce que lui, il est content. Donc, et puis il aime bien Muriel. Voilà, c'est intéressant pour ça.

D : si jamais il avait plus envie d'y aller ?

MC : eh ben on arrêterait. »

Quant au père de Corentin, il évoque un épisode particulier qui a marqué sa relation avec l'orthophoniste :

« C'était au tout début où on allait chez Muriel, Corentin était un enfant précoce, sur son comportement et à l'école. [...] Malheureusement, j'ai été le seul à défendre le fait que Corentin, il fallait qu'il saute une classe. [...] Avec le recul, je me dis que j'avais raison. [...] La difficulté quand vous avez un seul thérapeute en face de vous, il passe comme un professionnel mais malheureusement, moi, je pense qu'au final, c'est le parent qui juge parce que c'est lui qui juge parce que c'est lui qui le voit tous les jours comment il est, quoi. »

Il exprime ainsi ses regrets d'avoir suivi l'avis défavorable de l'orthophoniste, concernant le passage anticipé de Corentin en classe supérieure et l'impact de cet épisode sur la co-

thérapie et la relation : *« J'ai toujours pris après derrière les, comment dire, les informations et les conseils avec une part réaliste, en disant, bon j'en prends, j'en laisse. J'ai pas tout pris pour argent comptant. »*

Muriel, de son côté, évoque leurs résistances :

« Ils restent quand même un peu bloqués dans des positions figées. Elle, elle veut absolument savoir pourquoi, ce qui n'est pas nulle comme recherche, vraiment je ne juge pas, simplement, c'est parfois peut-être des recherches qui peuvent faire écran à des choses qu'on peut faire dans l'instant avec l'enfant.[...] Et puis lui qui est plus dans l'idée : le bégaiement, c'est pas important, moi, je me fais du souci pour l'adolescence de mon enfant, le cadre, l'autorité, je veux qu'il soit heureux. »

Dans un tel contexte, deux types d'interrogations émergent : d'une part, comment la relation peut-elle s'affranchir de toute forme de négociation, sinon de conflit et d'autre part pourquoi le soin se poursuit-il. C'est la relative ambivalence des discours qui apporte quelques éléments de réponses. En effet, si la posture alternative de cette famille est clairement affichée et la co-thérapie très librement investie, le discours exprime aussi une forme d'adhésion et de confiance dans le travail professionnel engagé :

« Pour moi aujourd'hui, le travail fait avec Muriel, c'est très bien parce que pour nous en tant que parents, ça nous apprend à pas avoir des mauvais réflexes qu'on pourrait avoir avec l'enfant. [...] Je dis, c'est vrai que Muriel, elle m'apporte quand même des choses. » MC

« Y a eu plein de bons côtés. Corentin est quelqu'un qui est pas du tout facile à prendre parce qu'il ne se livre pas. Et elle est une des rares à avoir réussi à lui instaurer de la confiance, à ouvrir, à discuter. Bon ça a pas été facile au début mais voilà, il est heureux d'y aller, donc le résultat est là, c'est bon. Ça, c'est le très bon côté des choses. » PC

Questionnée sur l'entrée dans le soin de cette famille, Muriel s'appuie sur leur assiduité :

« Je dirais pas des parents de Corentin qu'ils sont pas rentrés dans le soin. Ils sont rentrés dans le soin. Ils sont venus tous les deux assez régulièrement, ils sont venus au groupe tous les deux, enfin moi je trouve que c'est une façon de rentrer dans le soin. Après on peut pas prédéfinir le chemin qu'ils vont parcourir dans le changement, et là finalement ce qui se met à jour, c'est leur résistance, donc c'est normal, ils sont dans le soin. Ils sont dans le processus de changement, ils ont des résistances, voilà. »

Elle nous confie aussi au sujet de la mère de Corentin : *« En fait, je sens une grande connivence avec la maman en individuel, dans le sens où je pense qu'on se sent relativement proches, y a de l'affection commune, mutuelle. »*

L'ambivalence des propos de part et d'autre témoigne du difficile équilibre à construire entre la volonté d'établir une confiance mutuelle dans une relation interpersonnelle de qualité et l'interférence de résistances, nourries de perspectives et de représentations divergentes. La négociation peut y trouver sa place ou pas, comme c'est le cas ici.

3.5. Profils de pères : le poids de l'éducation comme justification aux résistances

Il faut enfin faire mention dans le discours de deux pères interrogés, les pères de Corentin et d'Alexis, d'une auto-analyse comportementale. En effet, tous deux justifient leurs résistances aux changements qui leur sont demandés par l'éducation qu'ils ont reçue.

Ainsi, le père de Corentin explique pourquoi il peine tant à renforcer positivement la fluence de son fils :

« Moi, j'ai jamais été, entre guillemets, énormément valorisé dans mon enfance et donc malheureusement, on reproduit son propre schéma. Donc pour moi l'effort et la réussite dans l'effort, c'est quelque chose de normal. Vous avez du mal après derrière à valoriser dans l'effort, vous comprenez. C'est pas naturel du coup. »

Le père d'Alexis, évoque les modifications entreprises en référence à son modèle paternel :

« Enfin, moi, malheureusement, j'ai pas été élevé comme ça donc, c'est un gros travail sur moi-même parce que moi, j'ai été élevé à la dure et malheureusement y a des choses qui restent, donc voilà quoi. Moi, mon père quand il me disait quelque chose, un fois, deux fois, la troisième fois, c'était un coup de pied au derrière, avec une baffe par-dessus le marché parce que j'allais pas assez vite. »

Ces deux pères évoquent ici leurs propres modèles éducatifs, ancrés dans leur histoire et sources d'automatismes très difficiles à défaire. Ils invoquent spontanément ce processus pour expliquer leurs difficultés actuelles. Or, les exigences de changement portent précisément sur des comportements éducatifs. On peut donc supposer que plus le modèle parental se trouve éloigné de ce qui est attendu, plus la co-thérapie est difficile à mettre en place.

II. Le groupe de parents, entre relations de pairs et relation thérapeutique indirecte

Le groupe qui a fait l'objet de notre recherche, était le premier pour les orthophonistes de ce cabinet. Dans le contexte de cette première expérience, ni le cadre ni les objectifs du groupe n'ont été définis précisément en direction des familles participantes puisqu'il s'agissait, selon Muriel « *d'un petit coup d'essai* ». De leur côté, les parents n'avaient pas d'attentes particulières et ont accepté d'y participer pour diverses raisons. Pour le père de Corentin par exemple, il s'agissait de « *connaître d'autres expériences [...] voir comment allaient réagir d'autres familles avec la même problématique [...] la curiosité* ». La mère de Corentin explique que « *ce qui fait qu'on a accepté, très honnêtement, au début, c'est parce qu'on voulait que notre fils s'en sorte. Donc on s'est dit qu'on allait suivre à la lettre tout ce qu'elle nous demande.* »

Dans ce contexte peu défini et forcément singulier, il nous semble intéressant de confronter nos observations de séances aux discours de chacun afin d'appréhender quels vécus et quelles projections se sont construits dans ce dispositif groupal.

1. Un groupe de parole et de rencontre entre pairs

1.1. Un lieu pour parler et se comprendre

Muriel définit la rencontre et la circulation de parole comme objectif principal du groupe :

« C'était quand même qu'ils se rencontrent [...] moi l'idée, c'est qu'ils partagent des choses entre eux [...] on est horizontal, c'est-à-dire que je suis pas plus importante qu'eux, moi j'apporte un étayage scientifique, pédagogique s'il le faut, mais eux, ils ont un savoir, ils ont un savoir autant que moi en fait. »

Nathalie évoque « *l'idée de la rencontre et de pas être seul face à ses difficultés* »
Tous les parents du groupe l'ont, de fait, vécus sous cet aspect :

« *Ca permet de voir qu'on est pas seul aussi, que ça n'arrive pas qu'à nous [...]* c'est réconfortant de savoir qu'on n'est pas seuls. » MB

« *Moi y a une chose que je trouve intéressante, c'est que déjà, ça nous permet de voir que d'autres parents ont la même problématique que nous.* » MC

« *Y a un échange d'expériences. On se dit, tiens, on n'est pas tous seuls* » PA

« *Quand vous vivez une situation difficile, les seules personnes qui arrivent à comprendre, c'est des personnes qui sont passées par là aussi.* » MR

De fait, lors des séances de groupe, un temps conséquent est occupé par le récit des expériences des parents où chacun relate son propre vécu en relation avec le point abordé.

De plus, dans le cadre d'une pathologie telle que le bégaiement, souvent source d'incompréhension sinon de tabou, les parents, inconsciemment porteurs de ce stigmate indirect, expriment le confort d'un échange entre pairs et d'une parole ainsi facilitée :

« *C'était un lieu d'expression [...] on n'était pas jugé* » PC

« *Je trouve que le groupe est simple [...] c'était des personnes avec lesquelles on est à l'aise. [...] quand quelqu'un commence à dire des choses personnelles, après enfin, c'est pas que ça nous pousse, mais on se sent en confiance et on se livre aussi.* » MB

« *Ça nous permet aussi un peu de se livrer [...] on a besoin en tant que parent, de temps en temps, de parler de ses difficultés, c'est quand même une souffrance pour nous parents. [...] il faut quand même être confronté au problème pour pouvoir se comprendre et en parler et puis échanger [...] on se comprend dans les difficultés au quotidien et dans les difficultés d'un enfant qui bégaye, ben au moins quand on parle, on n'est pas là avec*

des gens qui sont en train de vous regarder avec des gros yeux en disant : « c'est une maladie, c'est quoi le bégaiement ? Et comment ça se fait qu'il bégaye ? » PA

1.2. Des orthophonistes en position de pairs

Les orthophonistes se positionnent elles aussi ponctuellement comme pairs, mettant en avant leur expérience de parent en séance de groupe. Nathalie, plus particulièrement, a relaté son expérience personnelle de parent d'enfant qui bégaye. Aujourd'hui, son fils ne présente plus de symptômes :

« Et voilà donc moi, j'étais avec un petit garçon qui bégayait, qui a choisi un symptôme intéressant avec une maman orthophoniste qui soigne des enfants qui bégaiant. [...] c'était vraiment, avec du recul maintenant, vraiment extrêmement enrichissant de l'accompagner et de réfléchir à notre fonctionnement, à notre façon de communiquer [...] mais waouh, c'est dur hein, parce que ça bouscule tellement de choses au niveau de l'émotion, au niveau affectif. »

Elle fait passer le message du changement nécessaire, tout en se plaçant sur un terrain d'égalité affective avec les parents. Muriel souligne la force de cette expérience en introduisant son intervention ainsi :

« Et c'est pour ça aussi que ce qui, en tous cas moi, ce qui peut m'enlever un peu de légitimité, pas à toi Nathalie, moi j'ai pas eu d'enfant qui bégayait, donc j'ai pas eu à me confronter à cette blessure narcissique en tant que maman et orthophoniste, de pas savoir apporter des réponses. Toi, tu l'as vécu avec ton fils. »

En entretien individuel, tous les parents disent avoir apprécié ce témoignage, comme en témoigne par exemple le père de Romain : *« Son témoignage était riche. [...] finalement, le témoignage, je dirais de la situation qui s'arrange [...] elle l'a pas imposé, bon c'est une professionnelle, elle a cette capacité de délivrer une parole au bon moment. »* Toutefois, certains parents ont invoqué les divergences (moment de la prise en charge, âge de l'enfant, etc...) comme pour justifier une impossible identification à cette situation de bégaiement résolu :

« Je pense qu'elle a dû s'y prendre très, très tôt, en plus étant dedans. Donc elle a du tout de suite faire les réajustages possibles de manière à ce que ça se chronicise pas. » MC

« L'orthophoniste qui parlait de son fils qui avait été bègue un petit peu avant deux ans, est-ce qu'on peut dire bègue d'ailleurs ? » PR

Nathalie, elle-même, en a pris conscience : *« J'ai quand même le sentiment que mon expérience de maman, ils la mettent un peu de côté dans le sens où, ben il bégaye plus [...] c'était un tout petit, ils ont des grands maintenant qui ont six ans [...] là je raconte une expérience qui est quand même loin de la leur. »*

1.3. La nature du groupe : désaccord autour du terme de psychothérapie

Ce groupe de parole a également été vécu comme une forme de thérapie, le terme étant apparu dans le discours des trois pères participants :

« Moi je le prends quand même un peu comme une thérapie [...] on se vide, ouais, donc ça fait du bien. » PA 1

« Au début, j'avais un peu l'impression de me retrouver chez un psy [...] ça faisait un peu réunions d'anciens alcooliques anonymes ! » PA 2

« Il s'agissait d'une certaine façon d'une thérapie pour les parents, c'est-à-dire de savoir comment soigner notre mal à nous adapter ou à nous comprendre » PR

« Je voyais bien le système comme la psychothérapie de groupe [...] j'ai fait exprès d'ailleurs de parler de thérapie de groupe, parce que c'était carrément ça quoi, ce qu'on était en train de faire [...] Et des fois, en nommant les choses, c'est mieux [...] Si vous nommez pas les choses, en disant : ben voilà, ça s'apparente, au bout de quelques séances, ça s'apparente à une thérapie de groupe, vous avez quelque chose à retirer de l'expérience des autres mais après c'est à vous de faire votre propre réflexion là-dessus [...] les choses se passent pas [...] si vous le dites et que vous le nommez, on va dire directement, c'est beaucoup plus facile d'aller au point final pour les personnes et les parents. » PC

Nous pouvons observer une acception personnelle du terme de (psycho)thérapie chez chacun d'eux : lieu d'expression de sa souffrance pour le premier, rencontre de pairs pour avancer pour le second ou lieu de renforcement de la co-thérapie pour le dernier. La confrontation à nos observations de groupe nous fait admettre l'existence de ces réalités multiples dans le groupe. De son côté, Muriel s'est agacée de l'utilisation de ce terme par le père de Corentin en séance. Il s'agit là encore probablement d'une question de signifié différent associé au terme de psychothérapie. En effet, son discours montre que ses représentations de ce qui s'est vécu dans le groupe rejoignent celles des pères cités précédemment. Toutefois, le flou du cadre rend aussi sa définition très incertaine :

« Moi la dernière fois [...], je ne me suis pas autorisée à dire, à être dans mon travail, de reformuler : quand vous dites ça, vous voulez dire que, parce que dans le fonctionnement d'un groupe, heu... on n'est pas dans, je suis pas non plus le thérapeute du groupe, c'est-à-dire que c'est pas une thérapie familiale. Là, c'est un groupe de parole sur le principe de la parole libre et on est libre de parler mais on est libre de se taire aussi [...] et c'est ça qui est pas facile à doser parce qu'on n'est pas dans un cadre thérapeutique, dans le sens où ils viennent en thérapie en tant que parents. C'est un groupe de rencontre en fait, c'est un groupe de, c'est pas très bien défini quand même [...] c'est quand même un groupe d'essai, qui a quand même été déterminé par la première séance où j'ai senti le besoin qu'ils avaient de parler. Et c'est ce qui a fait que

j'ai certainement laissé la nature de ce groupe se faire autour de cette question de parler, d'échanger, de s'identifier, de se différencier. »

Nous pouvons supposer que le groupe fait l'objet de projections qui, dans leur diversité correspondent très certainement aux besoins et aux attentes de chacun vis à vis du dispositif.

1.4. La confrontation aux autres pour avancer

Enfin, plusieurs parents ont clairement exprimé ce que la rencontre de pairs leur avait apporté en termes de compréhension du bégaiement et d'axes de changement concrets :

« Moi c'est plus les échanges d'expériences, les situations où l'enfant bégaille, donc on retrouve beaucoup de similitudes, puis de voir aussi comment ça peut nous aider, ça peut nous amener des pistes, les petits rituels rassurants, le renforcement positif... » PA

« Moi j'avais une grosse difficulté au moment du départ à l'école où effectivement mes enfants, je les mettais sous pression pour partir. Donc je dis ça, j'expose ça au moment du groupe de parents, je me rends compte que la maman de Benjamin, elle dit la même chose, le papa de Alexis dit la même chose, et là je me dis, là y a un dénominateur commun quoi, là y a quelque chose qui va pas quoi. Et donc du coup, ça m'a permis de réfléchir. » MR

« Ça remet dans un contexte avec des frères, avec une famille, si vous voulez. Mais c'est plus facile pour tout le monde, des exemples qui parlent : dans ma famille c'est comme ça, que de dire : bon effectivement faut renforcer [...] Y aura toujours plus de conscience collective et de prise de conscience individuelle du fait du partage. » PC

Ce que les parents expriment ici, c'est la recherche de la preuve dans la confrontation des récits et des expériences de tous.

2. Un lieu de représentation et d'interaction sociale

Nous l'avons montré, le groupe de parents est un groupe de parole et par là même un lieu d'interaction sociale où chacun endosse un rôle, confronte ses représentations à celles des autres, contrôle ses propos afin de ménager sa face et celle de ses interlocuteurs, etc... Nous allons tenter d'identifier de quelle manière ces éléments fondamentaux de l'interaction se sont organisés durant les séances.

2.1. Des interactions parentales réduites et ciblées

Au niveau quantitatif, les interactions entre parents n'ont représenté que 20% du total de parole échangée en séance de groupe, soit une proportion relativement limitée. Le plus souvent, les échanges spontanés entre pairs ont été initiés lorsqu'un phénomène

d'identification s'est produit en direct et que le besoin de précision s'est fait sentir. C'est le cas dans cet exemple où la mère d'Alexis qui vient de relater la disparition du bégaiement chez son fils, s'inquiète de son possible retour en écoutant le récit de la mère de Benjamin :

« MB : Je veux dire, qu'on était tellement positifs, ça allait tellement mieux que le bégaiement avait quasiment disparu, que ce retour aussi brutal nous l'a fait vivre comme quelque chose de catastrophique. Mais il est vrai que Benjamin arrivait encore à s'exprimer, il en était pas... il en a jamais pleuré mais c'est vrai qu'y avait tellement eu un changement sans transition que...

MA : Ce changement, il a duré longtemps ? Le fait de plus bégayer pendant un certain nombre de mois ou je sais pas... »

Par ailleurs, quelques rares interactions ont concerné les conseils directs de parent à parent. Nous pouvons mentionner les parents de Corentin lors du groupe 3, conseillant la mère de Romain, en prise au désarroi devant les crises de son fils : « *il faut l'isoler* », « *il faut donner une punition, punir de télévision, par exemple* ».

2.2. Des rôles dans le groupe

En dépit de la faible proportion d'interactions inter parentales, certains processus se sont bel et bien mis en place. La confrontation des discours dans et hors du groupe nous ont permis de mettre en évidence les rôles endossés par chacun. Ainsi, certaines contradictions nous sont apparues comme les témoins d'une volonté de préservation de la face, d'une part pour soi-même, en évitant de s'exposer désavantageusement et d'autre part pour l'orthophoniste, en évitant autant que possible le conflit ouvert. En voici une illustration avec la mère de Benjamin qui nous décrit en entretien l'inefficacité des outils proposés :

« MR : Ben concrètement aujourd'hui quand il bégaye et qu'on lui dit, hou là là, aujourd'hui tes mots, ils s'accidentent, reste le chef de tes mots, etc...aujourd'hui il s'en fout quoi.

D : Ca fonctionne pas ça ? Vous avez l'impression que c'est...

MR : Ca fonctionne pas, non ! Aujourd'hui on lui dit, fais la pince, la pince de crabe pour rythmer tes mots [...] il me regarde d'un air de dire, c'est bon quoi, je suis plus un bébé.

A : Il vous exprime que ça l'aide pas et que...

MR : Voilà, voilà, exactement ! Exactement. »

En séance de groupe, trois jours plus tard, lorsque Muriel demande aux parents ce qui aide leur enfant quand il bégaye, la mère de Romain évoque la « *pince de crabe* »...

Ainsi, pour cette mère ici, comme pour la plupart des parents, le rôle du parent compliant semble très certainement être le plus confortable à tenir en séance, dans un lieu de représentation du soi. Il nous semble en outre pertinent de lier ce positionnement parental à une certaine imposition de statut opéré par Muriel. De fait, elle impose aux parents le statut de co-thérapeute lorsqu'elle leur demande en groupe « *qu'est-ce qui aide votre enfant ?* » ou bien en fin de séance : « *avec quoi repartez-vous ?* »

Le seul parent qui nous a semblé adopter une attitude inverse aux autres est le père de Corentin. En groupe, il s'est souvent caractérisé par un positionnement relativement rigide, avec une non-compliance revendiquée et des airs parfois « donneur de leçon ». Répondant lors de son tour de parole sur les outils à retenir à la fin du groupe 5 :

« M : Vous repartez avec quoi ?

PC : C'est une bonne question parce que je me projette pas sur comment on fait sur l'instant pour le bégaiement [...] je me projette plus dans : tiens, t'as passé un bon moment [...] donc je pense que j'avance bien comme ça puisque c'est la bonne stratégie, enfin pour moi, c'est la bonne stratégie. »

S'adressant aux autres parents et défendant la thèse de la psychothérapie de groupe :

« Et en fait, ce qui se passe, c'est qu'à chaque fois, vous l'avez peut-être pas remarqué, mais intuitivement vous l'avez fait, c'est que vous avez fait votre propre psychologie par rapport au problème que vous vouliez, parce que souvent votre problème, c'est ce que vous retransmettez à votre enfant. »

Durant l'entretien, qui s'est déroulé au téléphone, ce qui a peut-être été facilitateur, il nous a en revanche laissé accéder, avec une grande sensibilité, à ses doutes, ses questionnements, ses difficultés, mais aussi aux changements entrepris, autant d'éléments qui ne sont jamais apparus en séance de groupe.

De même, l'orthophoniste endosse en groupe son rôle de thérapeute ou d'animatrice du groupe, bienveillante et professionnelle. En entretien, en revanche, elle a laissé apparaître des signes d'agacement, de découragement ou de méfiance face à certains comportements.

Voici trois extraits concernant trois familles différentes :

« J'ai que leur parole pour juger mais j'ai le sentiment que c'est un peu foireux. »

« Et je crois que j'ai eu un petit moment de découragement en me disant : oui, ben en fait il en est encore là quoi. »

« Je pense qu'il existe encore certainement un petit décalage entre parfois des choses qu'ils disent et la réalité. »

2.3. La question centrale de la face

La question des rôles renvoie inmanquablement à celle de la face à préserver, la sienne comme celle des autres. A cet égard la première séance groupale est représentative de cet ajustement à trouver en présence d'autres. Cette première rencontre est restée présente dans les mémoires, distinctement des autres, en raison de sa forte charge émotionnelle :

« Je me souviens des larmes du père d'Alexis, je me souviens du père de Corentin qui évoquait sa propre adolescence et ses difficultés d'obésité. » M

« Je pensais pas que c'était possible de se mettre à nu tout de suite comme ça lors d'un premier groupe. Et finalement, il s'est passé plein de choses dans les groupes suivants, mais pas ça. C'est comme s'ils avaient pas trop anticipé le truc et qu'ils s'étaient fait rattraper par leurs émotions, et que la fois suivante, ils sont arrivés un peu plus blindés. »
N

En l'absence de cadre prédéfini lors de cette première séance, la prise de parole a été investie par les parents en fonction de leur besoin, de manière très personnelle. Ce qu'évoque Nathalie nous renvoie au concept de face, malmenée suite à une parole trop intime livrée devant des pairs certes, mais inconnus. De fait, lors des groupes suivants, les rôles se sont davantage figés dans le contrôle autour de la parole de l'orthophoniste. Nous l'aborderons ultérieurement.

Par ailleurs, un souci de préservation de leurs pairs amène parfois les parents à contrôler leur propos, dans un processus clairement identificatoire :

« Après moi, ce qui me gêne un peu, c'est que j'ai l'impression que mon fils est moins atteint que certains [...] c'est vrai que quand on commence les réunions et que les parents commencent à dire : ah, ben non le mien, il traverse une période difficile, machin... alors vous, vous êtes là : alors si je leur dis que le mien, il va bien... [...] je me mets à leur place quoi. » PA

De même, la mère de Benjamin évoque ce qu'elle a ressenti vis-à-vis de celle d'Alexis lors d'une interaction rapportée plus haut :

« J'étais hyper embêtée parce que justement la maman de Alexis qui justement était comme moi, enfin en septembre, et moi j'avais l'impression de tout casser [...] je voulais bien laisser passer quelqu'un d'autre pour qu'on oublie un peu, que ça fasse pas blanc-noir quoi, tout positif et moi tout négatif. »

2.4. Miroirs : identification et contre-identification

Enfin, la rencontre de pairs peut susciter des effets de miroir. Des processus identificatoires, voire contre-identificatoires peuvent se mettre en place entre certains participants au groupe.

La mère de Corentin, dont nous avons explicité la démarche singulière, n'entre pas dans ce processus :

« D : vous vous êtes reconnue dans certaines mamans ?

MC : non, non ! [...] Je dois être peut-être la seule »

En parallèle, ce qui s'est joué entre les pères d'Alexis et de Corentin nous semble particulièrement intéressant à cet égard. Rappelons ici l'émotion exprimée par le premier lors du groupe 1 et l'attitude généralement peu souple du second en séances de groupe. En revanche, tous deux ont exprimé le poids du modèle éducatif strict qu'ils ont reçu. Le père d'Alexis nous livre ce que l'attitude du père de Corentin en groupe a suscité en lui :

« Ca été un peu comme un déclic, alors pour moi, mais moi personnel, en disant, je pense que lui, il est pas dans la bonne approche du

problème et il faut surtout pas que je fasse comme lui alors que je faisais comme lui, c'est-à-dire que j'occultais un petit peu le problème [...] quand je l'entendais parler, je me voyais aussi un peu comme lui, c'est-à-dire que lui aussi, ça a l'air d'être un père assez...avec des règles bien établies, peut-être un peu trop et heu...ça m'a renvoyé un petit peu à ma façon de faire. Et je me suis dit : ben tiens, est-ce que c'est vraiment la bonne façon [...] c'est un élément déclencheur qui a fait que ben il va peut-être falloir que je travaille sur moi. »

De son côté, le père de Corentin a été profondément marqué par la première intervention du père de Alexis et en parle encore au groupe 5, soit presque un an plus tard, en s'adressant à la mère de Alexis, présente au groupe pour la première fois : « *Y a une question de maturité à ce niveau-là. Je l'ai surtout ressenti avec votre mari [...] j'avais mal pour lui et c'est là que je me suis dit au niveau de la psychologie, là il est en train de prendre une grande claque* » Il reprend en entretien individuel peu de temps après :

« Après je suis mal, j'en ai parlé la dernière fois, c'est effectivement de voir un papa qui, la première ou la deuxième fois, était à la limite de craquer et fondre en larmes. Parce qu'on voit qu'il, le problème bon, lui tient peut-être trop à cœur, évidemment on est tous mal quand notre enfant est en difficulté, mais de voir qu'il y a un gros problème sur lui, sur sa réflexion, ça, ça fait mal. Ça fait mal de voir jusqu'où ça peut aller quoi. Parce qu'il arrive pas à dépasser le cap, en disant j'ai un problème sur l'instant et j'arrive pas à dépasser ma propre pensée pour aider mon enfant [...] Ça fait mal de voir ça. »

Nous pouvons tenter une analyse de ces deux discours : l'identification et la contre-identification se sont produites réciproquement mais sur un mode bien différent. Le père d'Alexis a repéré en miroir chez l'autre ses propres rigidités et a ainsi identifié ses axes de changement. Le père de Corentin, lui, s'est effrayé de la perte de contrôle émotionnel de l'autre qu'il a peut-être assimilé à une menace potentielle pour lui-même au regard de son propre système de défense. Nous pouvons en effet observer qu'il ne parle jamais d'émotion ou de souffrance pour évoquer les réactions du père de Alexis mais de « *pensée* » et de « *psychologie* ». Tous les autres participants au groupe, par opposition, ont vécu l'épisode avec beaucoup d'empathie.

3. Un dispositif ortho-centré

Le groupe de parents que nous avons suivi, première expérience pour les thérapeutes, s'est assez nettement recentré autour de la parole professionnelle. Nous allons le montrer quantitativement puis analyser qualitativement de quelle manière l'orthophoniste contrôle le dispositif et comment chacun le vit.

3.1. Un déséquilibre quantitatif

En dépit de la volonté affichée de Muriel de faire de ce groupe un lieu de rencontres pour les parents, l'analyse quantitative des séances 4 et 5 enregistrées a permis de mettre en évidence une répartition de la parole déséquilibrée. Ainsi, Muriel occupe 45 à 50 % du

temps de parole, tandis que Nathalie ne propose que des interventions ponctuelles ne représentant pas plus de 5% du temps de séance. Quant aux parents, on remarque une différence entre les pères dont la parole occupe entre 15 à 20% du temps total et celle des mères qui oscillent entre 5 et 10% (voir Annexe II).

En outre, les interventions de l'orthophoniste sont parfois très longues, support au développement du savoir professionnel en direction des parents. A cet égard, Nathalie qualifie le groupe dans son évolution d' « *espace pour redire les choses que Muriel va dire en séances individuelles* » Pour ce qui concerne les parents, les interventions sont inscrites dans un registre plus égocentré de récits d'expériences. Là encore, des profils sexués se dessinent : les interventions des pères sont bien souvent plus longues que celles de mères, lesquelles, en revanche interviennent plus souvent.

Concernant la distribution des échanges, on remarque que Muriel s'adresse souvent au groupe entier pour généraliser mais aussi à chaque parent de manière assez équitable en quantité sur des points plus particuliers. Entre les parents en revanche, les interventions restent minoritaires, n'excédant pas 30% du total. Il est intéressant de noter que c'est à la mère d'Alexis, participant pour la première fois au groupe lors de la séance 5, que revient ce chiffre maximum d'interactions inter-parentales. Elle a en effet sollicité tous les parents présents, un peu comme si, découvrant le groupe, elle n'en avait pas encore intégré les codes de fonctionnement. Globalement, la parole circule donc bien davantage dans le sens orthophoniste/parent que parent/parent (voir Annexe IV). De la même manière, les thèmes sont à 40%, initiés par les orthophonistes et systématiquement le thème ou la question inaugurale. Le plus souvent, les parents relatent leur vécu sur le thème initié sous forme d'un échange avec Muriel, puis celle-ci reprend à la fin pour apporter une analyse professionnelle au contenu d'expérience (voir Annexe III).

3.2. Un besoin de contrôle dans un contexte novateur

Dans ce cadre-là, nous avons pu observer un certain contrôle exercé par Muriel sur le déroulement des séances, certainement alimenté par l'incertitude d'une première expérience et qui renvoie à l'imposition de statut évoquée précédemment. En premier lieu, la composition du groupe, considérée comme un critère fondamental de sa réussite, a fait l'objet d'une attention particulière : « *Y avait par exemple une famille que je voyais pas du tout dans le groupe parce qu'ils sont de trop petit niveau [...] ensuite y avait une autre famille où j'avais vraiment du mal en entretien à cadrer, je disais, en groupe, ça va pas le faire* » Nathalie partage cet avis : « *C'est vraiment important de sentir que ces familles peuvent s'y retrouver dans la rencontre, donc de pas associer n'importe quelles familles ensemble* » Nathalie raconte d'ailleurs : « *Je me souviens le premier groupe où Muriel était très mal à l'aise suite aux réactions du papa de Corentin [...] et je me souviens de cette inquiétude de Muriel : comment les autres parents vont vivre ça ?* » Cette préoccupation, que Muriel a continuellement gardée à l'esprit, a très certainement contribué au sentiment de facilité et de bienveillance ressenti par les parents. Sa gestion du groupe est particulièrement investie. Elle dit au sujet du groupe 5 dont elle n'est pas satisfaite :

« Faut vraiment sentir un peu les gens, faire un peu un pari [...] un groupe, ça peut être très inhibant, ça peut être la foire totale ... [...] et notamment, moi, j'ai eu un peu des difficultés, je trouve, au dernier groupe, pour canaliser le temps de parole et le flot de parole de papas en général. Faut quand même, c'est du job, hein ! [...] Oui, j'ai eu le

sentiment de quelque chose qui m'échappait un peu, et c'est normal mais de pas très bien gérer. »

Elle explique en outre avoir préparé et défini le contenu de chacune des séances mais avec souplesse et adaptabilité : *« Alors j'avais prédéfini avant que le groupe existe : tiens, je vais les faire bosser là-dessus, là-dessus, là-dessus. Il se trouve qu'ensuite, le groupe fait vivre des choses qui fait que je m'éloigne d'un espèce de cadre un peu figé que j'avais prévu mais c'est toujours comme ça. »*

Ce contrôle s'exprime en particulier à travers les termes employés en séance :

« Alors moi j'aimerais bien que vous preniez la parole chacun à votre tour [...] et dans la prise de parole que vous allez avoir pour parler de votre enfant, je rappelle un petit peu les règles : quand on essaie d'avoir un petit aperçu de la parole d'Alexis ou de Benjamin, c'est de pouvoir faire la distinction entre : ben y a le degré de bégaiement mais y a aussi comment votre enfant semble vivre avec ce bégaiement. »

A la mère de Benjamin qui ne souhaite pas intervenir si tôt dans le tour parole : *« Alors vous avez commencé, donc continuez, vous auriez parlé à un moment ou à un autre »*

Enfin, nous l'avons vu, Muriel, nous l'avons dit, modélise fréquemment en direction des parents les paroles à employer avec l'enfant.

3.3. Une réalité diversement perçue

Du côté des orthophonistes tout d'abord, ce déséquilibre a été différemment conscientisé. Nathalie définit le groupe comme un lieu permettant de *« multiplier les supports de soin, multiplier les moyens d'accès, les façons de transmettre. »*

Muriel, en revanche insiste sur la dimension de pairs facilitant la compréhension des parents : *« j'avais le sentiment que c'était peut-être plus facile d'aller saisir chez les autres des choses qu'ils feraient eux-mêmes et que ça paraissait plus faisable, plus proche de soi si ça vient d'une autre famille que si ça vient du thérapeute »*

Elle nous explique toutefois comment le format du groupe a pu être utilisé pour adresser un message indirect : *« Y a deux moments où moi j'ai eu l'impression de dire des choses à tout le monde mais j'avais vraiment envie que le père de Corentin m'écoute, c'était par rapport à l'autorité et c'était aussi, faire comme si de rien n'était. »*

Les propos des parents sont aussi ponctuellement renforcés afin de modéliser l'attitude recherchée en direction des autres, comme au père d'Alexis qui explique les changements entrepris dans son quotidien familial : *« Ouais, vous avez fait de sacrés aménagements, hein »*. Les entretiens individuels nous ont montré que si les parents ont perçu de manière relativement fine le caractère ortho-centré du groupe, dominé par la transmission des savoirs professionnels, ils n'en sont pas moins restés centrés sur leurs attentes lorsque nous les avons interrogés sur les intérêts de ce groupe pour eux. La parole du thérapeute a ainsi été diversement investie selon les profils.

La mère de Benjamin, très adhérente au soin, en parle ainsi : *« ça permet de répéter les choses et que ça rentre, d'assimiler et de plus mettre en pratique [...] y a quand même sans cesse des mises au point [...] son objectif c'est de nous aider et de nous donner les meilleurs conseils. »*

Le père d'Alexis explique en quoi le groupe, en plus d'être le lieu d'expression dont il a besoin, renforce sa relation avec le thérapeute, en apportant un éclairage sur le soin :

« Moi c'est ce qui m'a fait décider de participer au groupe, c'est d'avoir un peu plus de relation avec l'orthophoniste de mon fils [...] ça permet de comprendre et d'appréhender un petit peu le travail d'un orthophoniste »

Les parents de Corentin semblent l'avoir fait passer au second plan : *« je cherchais plus un retour d'expérience qu'une, comment dire, qu'une marche à suivre quelque part. » PC*

Les parents de Romain, au départ, se sont montrés peu sensibles à ce lieu de reformulation de la parole de l'orthophoniste : *« Muriel intervient pour nous redire les fondamentaux, les bases, etc..., ce qui est important, faut toujours qu'il y ait du rappel, faut toujours nous restimuler mais j'ai le sentiment qu'on tourne en rond là quand même. » MR* Puis la trajectoire effectuée par le père de Romain et sur laquelle nous reviendrons ultérieurement l'a amené finalement à diverger de son épouse sur ce point lors du second entretien. Il parle ainsi du groupe 5 : *« ça permettait de raccorder un peu ce que j'avais compris [...] des paroles techniques de Muriel parce que c'était très riche, j'ai trouvé [...] ses paroles étaient très précises. »*

Enfin quelques éléments permettent encore d'affiner le vécu parental de ce groupe. Premièrement, à l'issue du groupe 5, le père de Romain a proposé à celui de Corentin une rencontre hors groupe ; cette recherche d'échanges hors de la présence des thérapeutes suggère ici un groupe vécu dans sa dimension ortho-centrée au détriment d'une parole librement investie entre pairs. A l'opposé, plusieurs parents ont également évoqué une parole volontairement limitée : *« y a des choses qu'on ne dit pas [...] y a un peu de pudeur, je pense par rapport à d'autres parents » PA*, *« si j'ai quelque chose vraiment à dire à Muriel, je lui dirai en personne. » MC*, ce qui renvoie à la relation privilégiée construite avec le thérapeute, modifiée dans le groupe par la présence de pairs. Cela témoigne de l'équilibre délicat et de l'ambivalence, dans ce groupe non précisément défini, entre relation de pairs et relation thérapeutique indirecte.

III. Le groupe, révélateur et acteur de la trajectoire de soin

Nous avons cherché à décrire la dynamique du groupe de parents. A présent, il convient de replacer ce dispositif dans sa dimension temporelle et d'analyser comment il se situe vis-à-vis de la trajectoire de soin. Nous verrons que ce lieu met en évidence les évolutions des parents et la singularité des trajectoires de soin. Il est également vécu comme une réponse à la problématique du temps, très présente chez tous ces parents qui se situent face à un trouble cyclique et qui s'engagent dans des processus de changement. Parfois même, on peut observer l'impact du dispositif sur la trajectoire. Enfin, nous mettrons en lumière la question de la guérison qui, bien que centrale dans toute trajectoire de soin, demeure paradoxalement la grande absente des échanges au sein du groupe.

1. Le groupe, lieu d'expression des trajectoires de soin

1.1. Le groupe, témoin d'évolutions

La trajectoire de soin est directement liée à plusieurs phénomènes qui font très souvent l'objet d'échanges prolongés dans le cadre du groupe. D'une part, elle est fortement influencée par l'évolution du trouble lui-même, surtout par sa grande variabilité. Dans le groupe, les parents témoignent du caractère cyclique du bégaiement et de ce que cela modifie dans leur vécu:

« On voit aussi qu'il y a des stades où il ne bégaie pas du tout, c'était le cas au mois d'octobre. Et puis là il arrive les vacances de la Toussaint, du changement, hop on est reparti dans le bégaiement. Là c'est en train de se passer, ça fait trois semaines qu'on est retourné à l'école. Je pense que d'ici une semaine ou deux on l'entendra plus bégayer et puis on va remettre ça au mois de décembre pour les fêtes ! » (PC, groupe 5)

Ce dernier extrait montre combien l'aspect cyclique du trouble peut avoir un effet désorganisateur sur la façon dont les parents vivent la trajectoire et l'anticipent. On note également que la trajectoire des parents est marquée par les changements d'attitude de leur enfant. Entre le début et la fin de notre période de terrain, les parents ont souligné l'évolution de leur enfant devenant de plus en plus acteurs dans le soin. C'est le cas du père de Corentin durant le groupe 5 : *« En gagnant en maturité, il gagne en contrôle de lui-même, ça on le voit indéniablement, mois après mois, on voit qu'il gagne en contrôle. »*, ou encore du père de Romain lors de cette même séance :

« Romain s'en est fait un adversaire de taille et il est parti en guerre. C'est un va-t-en-guerre en ce moment. [...] Romain est très acteur dans les exercices pour travailler sa fluence et rien d'autre aujourd'hui. Ça curieusement, je m'y attendais pas. Donc ça a été quand même une belle découverte. » (PR, groupe 5)

D'autre part, le groupe est un lieu où sont exprimées les prises de conscience importantes ayant eu lieu hors du dispositif, les résolutions prises pour le soin. Et plus généralement, le groupe met en lumière la façon dont les parents évoluent dans le partage du savoir professionnel. Par exemple, la façon de donner des nouvelles de l'enfant était au départ très centrée sur le trouble lui-même. Progressivement, elle s'est muée en une analyse plus globale de l'état de l'enfant, sans même parfois que la question des dysfluences soit spontanément abordée par les protagonistes. Or, cette façon d'appréhender le trouble se réfère aux représentations professionnelles présentées dans notre partie théorique. Les groupes révèlent ainsi de manière sensible l'acculturation progressive de certains parents.

Enfin, le groupe est un lieu où l'on voit se cristalliser ou évoluer les relations thérapeutiques indirectes. Pour la majorité des familles, le visage de la relation thérapeutique n'a pas vraiment évolué. Chez les parents de Romain, en revanche, le groupe s'est fait le témoin d'une mutation progressive de la relation. Les premières fois, ni doutes ni remises en causes n'étaient formulés par les parents, pas plus qu'une nette adhésion. Au cours des troisième et quatrième séances, la maman de Romain manifestait parfois une remise en cause de la parole de Muriel, comme nous avons pu le souligner dans la partie traitant de la négociation. Puis, au cours de la dernière séance, le père de Romain a pu exprimer le bouleversement vécu dans la relation thérapeutique indirecte, en lien avec la confiance née de la compréhension récente du travail de l'orthophoniste :

« On était dans des grands questionnements, on avait mis une énergie folle à essayer de l'aider sans percevoir clairement le résultat de toute cette énergie. Et on se posait réellement la question de savoir si on travaillait dans le bon axe, y compris accompagnés par vous-même. [...] Le grand changement il est arrivé à la fois précédente où y a eu une énorme évolution où pour la première fois, j'ai compris ce que vous nous proposiez, pour être honnête. [...] J'étais pas content l'an dernier, je disais, mais comment, on arrive pas à lui donner l'outil à lui,

pourquoi il arrive pas à se l'approprier, pourquoi il a besoin de moi. [...] Cet outil un peu surfait, je trouvais surfait : tu entends, tes mots ils sont... J'avais envie de dire : arrêtez, nous ça nous correspond pas. Et non, en fait aujourd'hui je vais me positionner différemment. »

En réalité, pour la plupart des parents, le groupe a pu être témoin de tournants importants dans la trajectoire qui réorientent son cours ou tout du moins marquent un changement notable de sa dynamique. Pour trois des parents de notre étude, il a fallu passer une première phase centrée sur la recherche de maîtrise du cadre éducatif. C'était en quelque sorte un premier objectif défini par les parents eux-mêmes. La résolution de cette problématique a donc constitué un point charnière à partir duquel la trajectoire s'est vécue de manière plus sereine, avec un recentrage sur la problématique du bégaiement. Le père de Romain a pu quant à lui définir deux tournants dans la trajectoire écoulée : le premier a été provoqué par un entretien que nous avons mené avec eux. Le second est lié à la transformation de la relation thérapeutique provoquée par la mise en place d'une nouvelle dynamique de soin. Nous avons abordé cet épisode dans la partie précédente et montré qu'il avait été vécu de façon différente par les parents et par la professionnelle.

Ainsi, il semble que le groupe soit un révélateur important des trajectoires de soin et des tournants qu'elles comportent, témoin de l'évolution du trouble, des modifications comportementales des parents et de la relation thérapeutique.

1.2. Un lieu qui met en lumière la diversité des trajectoires

Si les groupes révèlent le cours des trajectoires de soin, on voit bien que celles-ci ne sont pas identiques. Ainsi, ce dispositif semble être un révélateur exceptionnel de la diversité des trajectoires de soin, en ce sens qu'il propose de les confronter et souligne donc leurs dissemblances. Le groupe souligne d'une part les divergences au sein même des couples. Et il révèle également des évolutions différentes entre familles.

Ce sont surtout les parents de Romain et de Corentin qui ont pu exprimer les divergences vécues au sein du couple :

« Ma femme et moi on n'est pas tout à fait en phase des fois sur les choses par rapport au bégaiement. Vous avez pu le constater. Déjà on n'était pas d'accord sur la manière de l'accepter et notre vision. On n'est toujours pas d'accord. [...] Des fois, c'est dur. Pourquoi ? Parce qu'elle, elle est toujours dans la recherche d'une cause ; moi j'ai passé ce stade, voilà je cherche plus la cause, je cherche juste qu'il soit bien au jour le jour. [...] Il me semblait, bon on va pas dire que y en a un qu'est plus avancé que l'autre mais comme on n'a pas la même approche, on n'a pas la même angoisse. » (PC, groupe 5)

« L'an dernier, c'était compliqué, nous avions des points de vue, nous avions les mêmes objectifs mais nous ne pensions pas y arriver de la même façon. [...] Ce qui se retrouve c'est que dans le couple, on n'a pas le même niveau d'interrogation et que un moment donné, peu importe quoi. Je me dis, moi j'ai pas de questions et elle m'a fait comprendre que je devais en avoir. J'ai dit : tu as raison et je continue à

dédramatiser et elle continuera à s'inquiéter, je la rassurerai, elle m'apportera.» (PR, groupe 5)

Concernant les parents de Romain, il est intéressant de noter que leurs divergences ont été exprimées devant la thérapeute uniquement en groupe. D'après les dires de Muriel, ils n'en laissaient rien paraître en prise en charge individuelle : « *Puis ce que je comprends c'est qu'ils disent qu'ils se parlaient pas à propos du soin, alors que moi c'était le père idéal, le couple idéal : ma femme on est tout le temps hyper d'accord avec ce qu'on fait avec nos enfants, etc...* »

D'autre part, le groupe manifeste de façon claire que les familles n'en sont pas toutes au même point dans le vécu de la trajectoire et particulièrement dans la façon de répondre aux changements demandés. Deux pères nous ont d'ailleurs soumis une lecture des groupes allant dans ce sens. Nous proposons ici de retranscrire l'analyse du père de Romain qui exprime assez longuement ce que d'autres ont pu nous confier plus succinctement :

« Ce qui était très marrant c'est surtout la dernière fois [...] C'était, on vivait un même film, un film de parents. [...] Et on sentait bien qu'il y avait des parents qu'avaient encore des choses à vivre importantes qu'ils n'avaient pas encore vécues ou des stades de compréhension qui ne s'étaient pas mis en place pour passer à autre chose. [...] Dès les premiers mots c'était flagrant un petit peu ce que vivait ou avait vécu ou n'avait pas encore vécu chacun des parents. Et les entrées fortes c'est comment s'entend le couple pour parler et agir sur le bégaiement. Ça c'était une entrée très forte. Ensuite c'était le stade d'évolution de l'enfant [...] ensuite c'était la disponibilité en fonction du métier que l'on a. [...] Et puis l'évolution individuelle, le regard, la position de l'égo de chacun, la position ou la façon de percevoir le regard de l'autre, la compréhension du travail de l'orthophoniste. » (entretien 2)

En effet, de nombreux échanges au sein du groupe manifestaient ces divergences sur la voie du changement. Nous en proposons ici un exemple :

« MB : Oui, ce que j'avais oublié de préciser, c'est que mon mari il rentre souvent tard. Donc il dîne avec nous mais souvent il arrive au milieu. Alors quand il arrive tout le monde veut lui parler, y'a de l'excitation. Puis après on se rend compte que c'est de plus en plus...
PA : Mais c'est difficile hein, enfin moi je sais que je fais un gros travail personnel. J'ai un boulot qui me prend beaucoup de temps et on en a discuté avec mon épouse, ben je préfère rentrer plus tôt le soir pour dîner en famille quitte à ramener du boulot le soir après une fois qu'ils sont couchés, bon... » (groupe 4)

2. Un dispositif qui accompagne la trajectoire de soin, comme une réponse à la problématique du temps

Le groupe est donc un lieu témoin des trajectoires de soin. Mais ce dispositif est aussi une réponse à la problématique du temps inhérente à la notion de trajectoire. Et dans certains cas, il provoque des changements perceptibles dans le cours de la trajectoire.

2.1. Donner un nouveau souffle au soin, lorsque le changement demande du temps

L'origine même du groupe trouve ses fondements dans une problématique temporelle. En effet, le dispositif a été mis en place pour des familles qui avaient débuté la prise en charge depuis plus d'un an. Les deux professionnelles cherchaient donc à relancer une dynamique, au cœur de trajectoires qui duraient depuis longtemps. C'est ce dont a témoigné Nathalie : *« C'est plutôt finalement des enfants qu'on voit depuis un certain temps, alors on se dit le groupe, ça va permettre de relancer une dynamique au soin et de compléter, d'apporter autre chose. »*, et de la même manière, Muriel :

« L'idée du groupe est quand même amenée aussi parce qu'à un moment moi, je me suis sentie un peu limitée dans ce que je pouvais proposer à ces enfants-là et que j'avais l'impression d'une petite perte d'énergie quelque part. [...] C'était des enfants d'une même tranche d'âge, qui avaient déjà un certain nombre d'heures de séances d'ortho dans les bottes, on avait déjà fait un certain nombre de choses avec les parents. [...] Est-ce qu'il faut pas créer un autre cadre pour faciliter l'intégration ? [...] Et puis parce que c'est vrai que quand des troubles avancent pas, moi ça me questionne vite. [...] Alors les parents peuvent s'essouffler aussi, les parents peuvent se questionner sur : c'est long. »

On voit bien que Muriel aborde la problématique du temps au regard des changements qu'elle attend des parents et, par voie de conséquence, des répercussions provoquées sur le bégaiement de l'enfant. En effet, elle observe que les changements mettent longtemps à prendre effet dans les familles et elle perçoit la plupart du temps les résistances que nous avons développées dans la première partie. Et c'est bien en partie de cette constatation que naît l'idée du groupe. Les orthophonistes ont exprimé cela plusieurs fois lors du dernier groupe, par exemple en réponse au père de Romain :

« PR : D'ailleurs, j'avais une question à vous poser à ce sujet : on constate qu'au bout d'un an, enfin selon la maturité de chacun d'entre nous, notre perception des choses, on évolue différemment, on perçoit des évidences qu'arrivent plus ou moins. Vous l'avez déjà vécu ça avec d'autres, vous l'aviez déjà perçu ça ou vous l'aviez anticipé notre façon de percevoir les choses ? [...] Moi par exemple, je suis passé un petit peu au travers de beaucoup de choses, je me dis pendant un an, à travers l'objectif des exercices que vous proposiez. Est-ce que vous vous attendez à ça ?

M : Y'a pas de façon typique d'entrer dans un soin, entre la compréhension intellectuelle et être prêt pour le faire, puis tout à coup comprendre autre chose. Y a des personnes qui rentrent véritablement dans le soin au bout d'un certain temps, d'autres qui étaient prêtes tout de suite et ça convenait tout de suite. [...] Non, y'a rien d'extraordinaire.

N : C'est même très banal. Parfois on se dit : qu'est-ce qu'on radote ! »
(groupe 5)

Et face aux remords de la mère de Benjamin :

« MB : Jouer et renforcer encore davantage la fluence... pourtant c'est pas faute de me l'avoir dit, mais c'est vrai qu'on a toujours les bonnes excuses mais on n'a pas le temps, on n'a pas le temps...

M : Oui, pour tout le monde, hein. Bienvenue au club, hein. On est tous très doués pour avoir les idées, savoir, raisonner, intellectualiser et puis la pratique, c'est toujours plus difficile.

N : C'est ce que vous disiez très justement tout à l'heure, c'est que y a un moment où on est prêt, où ça semble évident, voilà on est à maturité et on dit pourquoi j'ai pas fait ça plus tôt mais cette question-là elle est pas très intéressante, ce qui compte c'est maintenant et c'est parti. »
(groupe 4)

Au terme de près de deux ans de prise en charge individuelle et de un an de séances de groupe, tous les parents ont pu exprimer combien entrer dans le changement a demandé du temps. En réalité, c'est la question de l'identité qui est centrale. Car dans l'interaction avec les professionnelles et avec les pairs, les changements demandés viennent remettre en cause une partie de l'identité des parents en bousculant les structures éducatives établies. On voit donc émerger chez eux des résistances. Celles-ci s'estompent lorsque les parents parviennent à s'adapter et à intégrer leurs nouvelles socialisations, notamment professionnelle, dans un tout homogène. C'est chez les parents de Romain que cette lenteur à changer a été le plus fortement conscientisée et exprimée. Voilà ce qu'ils ont pu en dire :

« MR : A un moment donné faut plus penser ses idées et vivre ses idées que de se dire tiens c'est ça qui serait bon, je le fais pendant trois minutes, je le fais pendant trois jours, trois semaines, non, c'est vraiment de se dire, ben voilà c'est une démarche quoi. [...] On peut aller faire un jeu en disant ça fait du bien mais être en état de recevoir le bonheur qu'il y a à faire un jeu ensemble, et ben ça suppose un autre travail. [...] Voilà, il faut du temps je crois pour ça.

D : Ouais les changements ont besoin d'être maturés quoi.

MR : Complètement. » (entretien 2)

Lors du dernier groupe auquel nous étions présentes, le père de Romain a longuement parlé de la trajectoire vécue, relatant les différentes phases que nous avons développées plus haut. Cette évolution lui paraissait importante à partager. En entretien, il envisage comme une nécessité pour les orthophonistes, le fait de « *s'assurer ou d'avoir le juste retour de la compréhension des parents [...] pour éviter peut être que des parents perdent confiance ou cherchent douze mille solutions...* »

2.2. Un temps à part

Pour répondre à cette difficulté, à cette lenteur à changer, les orthophonistes proposent les groupes comme des parenthèses temporelles dans la trajectoire.

D'une part, c'est un temps sans l'enfant. Le père d'Alexis a souligné l'importance de cette configuration, disant : « *Y'a pas les enfants, on est que parents et orthophonistes, on est entre adultes, on peut aussi parler plus facilement, on peut aborder des sujets vraiment très, très pointus. Y'a plus de liberté de parole qu'on peut avoir en séance avec les enfants.* » (entretien 2)

D'autre part, c'est un temps « à l'écart » de la complexité du quotidien, qui favorise la prise de recul. Et c'est bien ainsi que les parents vivent les séances de groupe :

« S'il y'a pas ce temps d'échange, ce temps où on peut permettre aux parents d'avoir un regard sur leur vie, ce qu'ils font, ce qu'ils vivent et ce qu'ils pratiquent, ce qu'ils auront envie de mettre en œuvre, c'est pratiquement un travail inutile. Et ça a été dit et pour que ça ait lieu, c'est presque une obligation qu'il y ait une rencontre de parents.[...] Le groupe semble un outil vraiment efficace et intéressant et indispensable pour avoir ce terrain neutre. » (PR, entretien 2)

« Sur l'instant, vous vous posez des questions mais le plus dur ou la phase la plus importante, c'est pas la réunion, c'est ce qui se passe justement après au quotidien et comment vous arrivez à le mettre en place et comment essayer de faire attention à le détecter. » (PC, entretien)

Ces deux pères posent la question du rapport entre ce moment privilégié et le vécu du trouble et du soin au quotidien. Les avis divergent : pour le premier, c'est justement ce temps du groupe qui permet de mettre en œuvre des choses au quotidien et de prendre des décisions qui modèlent la trajectoire ; pour le second, il est difficile d'intégrer au quotidien les options de soin parental évoquées dans le groupe. Ce lieu à l'écart semble être trop à l'écart pour aider le parent de retour chez lui.

2.3. Des problématiques adaptées au calendrier des familles

On l'a vu, la trajectoire de soin se dessine en fonction des évolutions du trouble, des évolutions de l'enfant et de celle des parents dans leur façon d'appréhender leur part de travail dans le soin. Mais la trajectoire est également en lien avec les étapes de la vie et le rythme de l'année. Par le groupe, Muriel accompagne les événements temporels importants de la vie des familles, abordant les problématiques spécifiques qui y sont rattachées. Par exemple, lors de la séance du 18 septembre, elle a souhaité aborder le thème de la rentrée :

« Ok donc comme je disais, c'est la rentrée donc avec la rentrée on se recale sur le rythme du travail, de l'école. [...] Et rentrer dans un nouveau rythme, qui souvent, il me semble, peut quand même sécuriser l'enfant. [...] Y'a des choses que j'aimerais avoir le temps d'aborder avec vous, j'aimerais qu'on parle du bégaiement et de la rentrée,

justement le bégaiement et l'école, comment est-ce qu'on en parle aux enseignants, est-ce que c'est important de le faire, comment le faire. »

A d'autres moments, elle a pu aborder la question des vacances, des fêtes...

D'autre part, l'orthophoniste s'adapte à la croissance de l'enfant, en fonction de son âge, de sa maturité et de son rapport aux apprentissages. De la même façon, elle propose toujours des pistes de réflexion en lien avec cette actualité, par exemple lors du groupe 5 :

« A l'âge où ont vos enfants, ce qu'on cherche à générer et ce qu'on attend de cet enfant-là, c'est qu'il puisse parler de son bégaiement, qu'il puisse un petit peu dire si il bégaye un peu, moyen, beaucoup, si c'est plutôt à l'école ou plutôt à la maison, qu'il puisse un peu exprimer ses sentiments autour de ça, qu'il commence un peu mieux à s'auto-évaluer et à comprendre progressivement au travers de nos invitations qu'on va attendre de lui une forme d'implication, une forme de contrôle interne, qu'on pouvait pas attendre de lui plus petit, c'était pas possible. C'est pour ça que la maturité joue un rôle important. »

2.4. Le groupe, un dispositif qui modifie les trajectoires ?

Il est donc évident que Muriel, par l'intermédiaire de ce groupe, a à cœur d'accompagner la trajectoire des familles et de permettre ainsi une prise de recul et une modification de leur rôle de co-thérapeute. Lors des trois derniers groupes auxquels nous avons assisté, Muriel a toujours clôturé la séance en demandant aux parents d'énoncer l'objectif avec lequel ils repartaient. Le groupe apparaissait ainsi comme un lieu qui provoque des changements comportementaux, délimitant des phases du soin pour les parents. Mais ce dispositif a-t-il eu réellement un impact sur les trajectoires de soin ? Même s'il nous semble évident que toutes les répercussions du groupe n'ont pu être objectivées dans notre étude, soit par une absence de conscientisation de la part des parents, soit à cause de la durée réduite de notre travail de terrain, quelques éléments allant dans ce sens ont quand même émergé. Nous avons notamment évoqué précédemment ce que la confrontation aux pairs avait pu provoquer en termes de modifications comportementales chez certains parents. D'autre part, la mère de Benjamin a pu parfois exprimer sur l'instant les prises de conscience permises par le discours de Muriel dans le groupe :

« Moi je viens de prendre conscience [...] qu'il faut absolument que je dégage du temps pour faire des jeux avec lui. » (groupe 5)

« Moi je viens de comprendre, vous l'avez expliqué à tout le monde, mais je viens de réaliser maintenant pourquoi c'était important de renforcer la fluence. » (groupe 5)

Le père d'Alexis a également témoigné de changements provoqués suite aux échanges de certaines séances:

« PA : Je sais que mon épouse a fait un petit tableau parce que Alexis il faut essayer de le calmer au maximum parce que il s'éparpille donc...
C'était une discussion qu'on avait eu y'a pas très longtemps...
MR : C'était à la précédente... »

PA : Voilà. J'en avais discuté avec mon épouse [...] elle a réagi en disant tiens c'est une bonne idée ça. [...] Elle a mis un petit tableau. [...] Bon ça fait plusieurs mois qu'on fait ça, depuis mi-mai, et c'est vrai que le fait qu'on s'écoute un petit peu et qu'on discute, Alexis il s'exprime beaucoup plus. » (groupe 4)

Ainsi, nous croyons pouvoir affirmer que le groupe a été source de modifications de la trajectoire de soins, pour une partie des parents au moins. Et il nous semble que les modifications ont davantage concerné les comportements parentaux que la nature de la relation thérapeutique.

3. Et toujours en perspective, l'issue de la trajectoire de soin

Au cours des entretiens individuels et à la fin de la cinquième séance de groupe, certaines demandes ont émergé au sujet des rencontres parentales. Outre la demande d'outils concrets formulée par plusieurs parents en entretiens, certains souhaitaient rencontrer en séance d'anciens patients de Muriel pour qu'ils témoignent de leur trajectoire. Nous proposons quelques extraits de corpus afin de bien comprendre la demande profonde des parents :

« Moi ce qui aurait énormément changé la donne c'est d'avoir un retour sur des succès. D'avoir au cours de ces réunions de parents, à la deuxième réunion, d'avoir une maman, un papa, qui a suivi le même circuit et qui dise voilà aujourd'hui ça va bien, mon fils est en CM2, ça se passe bien, c'est terminé, nous avons fait ça ça ça. Rien que ça, ça apaise les esprits et moi je me dirais OK, ça vaut le coup quoi. Moi aujourd'hui j'ai vu personne du cabinet de Muriel qui a été entre guillemets guéri si on peut parler comme ça. [...] Donc aujourd'hui ce qui aurait changé moi ma perception des choses, et qui m'aurait boosté un peu euh, c'est ça. C'est de savoir qu'est-ce qu'il y a entre guillemets au bout du tunnel et voilà et quelle longueur il fait le tunnel. » (MR, entretien 2)

« Peut-être d'amener, peut-être pas un enfant, mais un jeune adulte ou un adolescent qui a été suivi par des orthophonistes : ben vous voyez, moi ça fait, je sais pas, ça fait 3,4 ans ou 6 ans ou 10 ans ou 7 ans que je suis suivi et voilà comment ça s'est passé, voilà ce qui se passe, voilà mes progrès, voilà ce qu'on a mis en place. » (PA, entretien 2)

On note ainsi combien la durée de la trajectoire de soin questionne les parents. Il nous semble que ce qui demeure central dans leur raisonnement, c'est bien l'issue de la trajectoire de soin : ils veulent savoir si ce qu'ils traversent est un chemin qui mène à une disparition du trouble. Et, le cas échéant, ils veulent connaître d'autres moyens pour y parvenir. Il est frappant de constater que, bien que la question de l'aboutissement du soin occupe si fortement l'esprit des parents, ce thème n'a jamais été évoqué en groupe. Ainsi donc, si le dispositif permet de révéler les trajectoires, parfois même de les modifier, en tous cas d'accompagner leurs progressions, l'issue et la raison d'être du processus de soin demeure étonnamment absente des échanges. Ce paradoxe interroge. Mais il semble encore une fois manifester le rôle prépondérant des orthophonistes dans le groupe. En

effet, les professionnelles y imposent la nécessité de se situer dans le présent à l'égard du trouble, alors même que, nous l'avons vu, les parents se questionnent davantage sur le futur de leur enfant. Même s'il existe, le conflit entre professionnel et profane à ce sujet n'émerge donc pas explicitement dans le groupe, les parents se conformant à la demande des professionnels à se situer dans le présent.

En réalité, on remarque que l'issue du soin n'est pas appréhendée de la même manière par tous les parents. Pour ceux cités ci-dessus, souvent ceux d'ailleurs qui expriment le plus de souffrance, l'issue de la trajectoire doit être synonyme de disparition pérenne des bégayages. Cette préoccupation se retrouve notamment chez la majorité des mères, exprimée de façon plus ou moins directe. Voilà ce que l'une d'elle a pu nous confier :

« Je me suis dit : ben tiens, finalement quand on présente un bégaiement, ça nous empêche pas de vivre quoi. Mais je cherche quand même à le solutionner parce que je suis tenace. Ah ben oui, parce que pour moi, l'idéal, c'est que ce trouble disparaisse. [...] On va chercher, on va trouver, ça mettra peut-être 3, 4, 5 ans, mais on trouvera. Et puis moi je dis que bon, grâce à Muriel, grâce à l'homéopathie, grâce à la kinésio, grâce au décodage biologique, on va bien y arriver. Je me dis qu'avec tout ça, si on n'y arrive pas, c'est pas possible. » (MC, entretien)

Pour les pères de Romain et Corentin, l'idée d'un trouble qui va durer semble bien acceptée, l'issue de la trajectoire devenant alors synonyme de « maîtrise » du trouble. A leurs yeux, les dysfluences elles-mêmes sont secondaires, l'essentiel est que leur enfant soit heureux et à l'aise dans la communication. Ils partagent donc les représentations professionnelles à ce sujet. Les parents d'Alexis quant à eux, acceptent l'idée d'un trouble qui pourrait durer mais ils ne semblent pas désinvestir pour autant l'idée d'une disparition totale des symptômes :

« PA : Elle nous a pas dit que Alexis ne bégayerait plus, hein. Elle nous l'a jamais dit. [...] D : Mais est-ce que vous aviez cette attente avant de la rencontrer ? PA et MA : Non D : Non ? Donc du coup, ça a bien correspondu à ce que vous attendiez, c'est ça ? PA : Oui enfin, ça m'a pas choqué quand elle l'a dit. Après, on va tout faire en sorte pour que... on met des choses en place pour que Alexis... »

En définitive, ces différentes conceptions de l'issue de la trajectoire mettent en lumière l'adhésion ou non à la culture professionnelle. Pour la plupart des parents, on remarque donc que le conflit souligné dans la première partie au sujet de la guérison persiste. Notons d'ailleurs que ce sujet a fait l'objet des toutes dernières paroles de Muriel lors de l'entretien individuel. Consciente de l'importance de cette question et de la diversité des représentations parentales, elle nous livrait ainsi son analyse :

« M : La question de la guérison, elle est très personnelle, y a des gens qui ne parleront guérison qu'à la disparition du symptôme, y a des gens qui parleront guérison dès qu'ils auront retrouvé le plaisir et la liberté de

parler et en comprenant. Y'a que les personnalités bègues pour penser que, sans le bégaiement, tout devient facile. Y'a que des personnes bègues pour croire que sans le bégaiement, c'est facile de communiquer. Donc quand on arrive dans cette perspective de : moi, je suis timide, y a des choses qui seront toujours un peu dures pour moi ; moi je déteste la foule, y faudra toujours que je fasse mes courses dans des petits commerces ; moi, j'ai tendance à prendre du poids, faudra toujours que je me méfie un petit peu de. Voilà, à chacun de s'accepter imparfait, de quitter les besoins de performances, de quitter l'idéal de la parole, de quitter l'idéal de l'enfant, de quitter l'idéal du soi. Bon y a des gens qui y arrivent très facilement et y a des gens qui n'y arriveront jamais. Donc la guérison, c'est une question dont on pourrait débattre. Et du coup, on est un peu obligés de botter en touche quand les parents demandent ... bon alors ?

D : J'imagine que la question elle doit arriver souvent au début ?
« Combien de temps ça va prendre ? »

M : « Bon, alors écoutez, je peux venir les 3 lundis qui viennent, on devrait s'en sortir là ? (rires) »

CONCLUSION

Notre recherche visait à éclairer la ou les dynamique(s) créée(s) dans un groupe de parents d'enfants qui bégayaient ainsi que les processus en jeu. Nous espérons avoir apporté quelques éléments de réponses, à travers le groupe étudié pendant un an. Au terme de notre travail, il semble intéressant de revenir sur nos hypothèses de départ. Concernant la relation thérapeutique indirecte, la dominance de la parole du professionnel et la dimension de transmission des connaissances sont objectivées par l'analyse. Mais on remarque qu'elles sont différemment investies par les parents avec des processus d'adhésion, de résistances et de négociation. Ainsi l'acculturation provoquée chez les parents par la demande de co-thérapie se nuance de représentations profanes persistantes, aboutissant à un syncrétisme singulier pour chacun d'eux. Au sujet de la relation de pairs présumée dominante dans le groupe, notre étude met en lumière une contradiction : la réalité chiffrée est contraire à cette hypothèse, montrant la prépondérance des interactions parents/orthophonistes et la large place occupée par la parole du thérapeute ; pourtant, les discours parentaux témoignent d'un investissement majeur de cette dimension de pairs. Nous supposons donc que les processus liés à la relation de pairs se sont développés sans pour autant nécessiter d'interactions directes. Enfin, en s'inscrivant dans la durée, le dispositif révèle le cours de la trajectoire de soin et confronte les positionnements de chaque parent dans ce processus au long cours. De plus, il apparaît comme un lieu de conscientisation, source de nouvelles dynamiques.

Il nous paraît important de rappeler ici le format microsociologique de notre recherche. A cet égard, les résultats énoncés ne peuvent prétendre qu'à une certaine forme de généralisation, liée surtout aux problématiques soulevées. L'analyse approfondie que nous avons menée a permis de révéler des différences notables entre les positionnements parentaux et entre les relations thérapeutiques indirectes qui y sont liées. Ce constat nous pousse à envisager la contextualisation et la différenciation des situations comme une démarche nécessaire dans toute étude s'intéressant à une relation professionnel/profane. Le travail d'analyse des processus en œuvre a également permis de dégager certaines problématiques essentielles à prendre en compte pour appréhender une relation thérapeutique indirecte liée au soin d'un jeune enfant qui bégaye : celle du temps, du conflit de perspectives, du phénomène d'acculturation progressive de la part des parents, se muant bien souvent en un syncrétisme propre à chacun. De même, la question de la circulation de la parole et du rôle endossé par chacun dans le groupe paraît centrale dans un lieu où coexistent relation thérapeutique indirecte et relation de pairs.

Enfin, en termes de perspectives nouvelles et complémentaires à notre étude, différentes pistes pourraient être suggérées. Dans une pathologie comme le bégaiement au caractère cyclique, la prise en compte de la dimension temporelle semble incontournable. Aussi, d'une part, l'observation d'une dynamique sur l'intégralité du processus groupal pourrait être intéressante à envisager. D'autre part, un suivi depuis le début du soin orthophonique permettrait également d'appréhender la trajectoire dans toute sa dimension. Enfin notre recherche, dont nous avons souligné le caractère microsociologique, pourrait être complétée par d'autres études de groupes de parents avec d'autres participants mais aussi avec d'autres modalités de fonctionnement, afin d'établir des comparaisons et peut-être de faire émerger d'autres éléments de généralisation.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam, P., & Herzlich, C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan.
- Aïach, P., Fassin, D., & Saliba, J. (1994). *Crise, pouvoir et légitimité*. In Aïach, P., & Fassin, D., *Les métiers de la santé*. (pp.9-42). Paris : édition Anthropos.
- Arborio, A.-M., & Fournier, P. (1999). *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*. Paris : Nathan.
- Aumont-Boucand, V. (2009) Effet du cercle vicieux (triade pensée, émotions, comportements) des enfants sur celui des parents. In Golse, B., & Vincent, E. *Association Parole Bégaiement, « Image de soi, regard de l'autre chez le sujet bègue »*. Paris : L'Harmattan.
- Aumont-Boucand, V. (2009). *Le bégaiement de l'enfant. Sa prise en charge*. Isbergues : Ortho édition.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27, 3-27.
- Becker, H. (1985). *Outsiders*. Paris : Métailié.
- Becker, H. (2002). *Les ficelles du métier*. Paris : La découverte.
- Blanchet, A., Guiglione, R., Massonnat, J., & Trognon, A. (1987) *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris : Dunod
- Blanchet, A., & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, Nathan.
- Blanchet, A. (1998). *Psychologie des groupes*. Paris : Nathan.
- Blanchet, L., & Mazalizzi, D. (2008). *Analyse du processus de régression du bégaiement chez l'adulte*. Lyon : Mémoire d'orthophonie n° 301176/1470.
- Boue, D., & Gret, P. (2009). *Le sentiment de culpabilité parental dans la prise en charge du jeune enfant porteur de bégaiement. Elaboration d'un questionnaire visant à l'évaluer*. Paris : DU.
- Carle, M., & Niclot, L. (2010). *L'implication du conjoint dans la rééducation de l'adulte qui bégaie : une approche par les sciences sociales*. Lyon : Mémoire d'orthophonie n°301176/1562.
- Carricaburu, D., & Ménoret. M. (2004). *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin.
- Cicourcel, A.V. (1964). *Method and measurement in sociology*. London
-

Cicourcel, A.V. (2002). *Le raisonnement médical - Une approche socio-cognitive, choix de textes (1981-1995) présenté par Pierre Bourdieu et Yves Winkin*. Paris : Éditions du Seuil.

Ciesielski, L. (2007). *D'une formation d'orthophoniste à une pratique spécialisée : l'investissement dans le domaine du bégaiement*. Lyon : Mémoire d'orthophonie n° 301176/1381.

Crespel, G., & Mesnil, E. (2011). *Groupes de personnes adultes bègues : représentation, trajectoire et objectifs : une approche par les sciences sociales*. Lyon : Mémoire d'orthophonie n° 301176/1607.

Dalmas, A.S., & De Valence, M. (2002). *L'accompagnement parental de jeunes enfants à risque de devenir bègues : analyse sociologique de l'interaction parents/orthophoniste*. Lyon : Mémoire d'orthophonie n° 301176/1198.

De Chassey, J., & Brignone, S. (2003). *Thérapie comportementale et cognitive*. Isbergues : Ortho édition.

De Luze, H. (1997) *L'ethnométhodologie*. Paris : Anthropos.

Demailly, L. (2008). *Politiques de la relation, approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.

Durkheim, E. (1895). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : Flammarion

Duteil, A., & Latil, J. (2009). *Programme de conversation téléphonique entre un adulte bègue et un bénévole*. Lyon : Mémoire d'orthophonie n° 301176/1502.

Estienne, F. (2009). Dessine-moi un mouton ou le bégaiement représenté. In Golse, B., & Vincent, E. *Association Parole Bégaiement, « Image de soi, regard de l'autre chez le sujet bègue »*. Paris : L'Harmattan.

Fassin, D. *Les métiers de la santé*. (pp 9-42). Paris : édition Anthropos.

Favre-Hauger, C., Kessedjian-Joly, S., & Kunz, L. (1994). *La prise en charge de l'adulte bègue au sein d'un groupe de soutien*. Lyon : Mémoire d'orthophonie n° 301176/882.

Fortier-Blanc, P. (2000). Le rôle des parents dans le traitement du bégaiement. *Rééducation orthophonique* n°203.

Freidson, E. (1984). *Profession of Medicine : A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago : University of Chicago Press.

Garfinkel, H. (1952). *The perception of the other : A study in social order*. Thèse Harvard.

Garfinkel, H. (1984). *Studies in ethnomethodology*. Cambridge : Polity Press.

-
- Goffman, E. (1963). *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.
- Hollander, M., & Szasz, T. (1956). *A contribution to the Philosophy of medicine, A.M.A. Archives of Internal Medicine, XCVII*
- Hugon, M.A., & Seibel, C. (1988). *Recherches impliquées. Recherches action : Le cas de l'éducation*. Bruxelles : De Boeck.
- Laplantine, D. (1986). *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris : Payot
- Laplantine, F. (1989). Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie. In Jodelet, D. *Les représentations sociales*. Paris : PUF
- Latour, B., & Woolgar, S. (1996) *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*. Paris : La Découverte.
- Le Breton, D. (2004). *L'interactionnisme symbolique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Miron, J.M, (2003). *Les groupes de paroles : lorsque la recherche se fait action*. In Tillard, B. *Groupes de parents. Recherches en éducation familiale et expériences associatives*. Paris : L'Harmattan.
- Monfrais-Pfauwadel M.C. (1997) Quelques aspects du facteurs génétiques dans une réflexion thérapeutique globale. In Rey-Lacoste, J. *Le bégaiement, approche plurielle*. Paris : Masson.
- Monfrais-Pfauwadel, M-C. (2000). *Un manuel du Bégaiement*. Marseille : Solal.
- Moujel-Cojocar, S. (2007). *Au-delà de l'accompagnement : le « double » travail des parents lors d'une consultation pédiatrique spécialisée*. Recherches familiales n°4.
- Notin, L., & Tilière, S. (2006). *Réflexion sur l'apport de l'intégration de parents au sein d'un groupe d'enfants porteurs de bégaiement*. Lyon : Mémoire d'orthophonie n° 301176/1350.
- Peretz, H. (1998). *Les méthodes en sociologie : l'observation*. Paris: La Découverte - Repères.
- Prioux, D., & Ratier-Crosland, C. (2009). *La relation thérapeutique en orthophonie: évolution d'une représentation entre la première et la quatrième année du C.C.O*. Lyon: Mémoire d'orthophonie n°301176/1513.
- Queiroz, J.M., & Ziolkowski, M. (1997). *L'interactionnisme symbolique*. Rennes : PUR.
- Simon, A-M. (1999). *Paroles de parents, préventions du bégaiement et des risques de chronicisation*. Isbergues : Ortho édition.
-

Starkweather, C. W., Gottwald, S.R., & Halfond, M.M. (1990). *Stuttering prevention : a clinical method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Strauss, A. (1959). *Mirrors and Masks : The Search for Identity*. Glencoe, IL: Free Press

Strauss, A., Schatzman L., Bucher, B., Ehrlich D., Sabshin M. (1963) *The hospital audits negotiated order* In Eliot Freidson (ed), *The hospital in modern Society*, 147 – 168, New York : The Free Press

Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*. Textes rassemblés et édités par Baszanger, I. Paris : L'Harmattan.

Tochon, F., & Miron, J.M. (2000). *Parents responsables*. Québec : PUQ.

Trognon, A. (1998). *L'assertion en débat*. Paris : L'Harmattan.

Van Hout, A., & Estienne, F. (2002). *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. Paris : Masson.

Vincent, E. (2004). *Le bégaiement. La parole désorchestrée*. Toulouse : Les Essentiels Milan.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE EXPLORATOIRE A DESTINATION DES ORTHOPHONISTES METTANT EN PLACE DES GROUPES DE PARENTS.....	84
1. <i>Modèle du questionnaire communiqué aux orthophonistes</i>	84
2. <i>Résultats des 13 questionnaires (février 2012)</i>	85
ANNEXE II : REPARTITION DE LA QUANTITE DE PAROLE DANS LES GROUPES 4 ET 5	87
ANNEXE III : ANALYSE DE L'INITIATION DES THEMES ET DES REGISTRES DU DISCOURS DANS LES GROUPES 4 ET 5	88
1. <i>Groupe 4</i>	88
2. <i>Groupe 5</i>	89
ANNEXE IV : SOCIOGRAMMES DES GROUPES 4 ET 5	90
1. <i>Explication de la démarche quantitative et des symboles adoptés</i>	90
2. <i>Groupe 4</i>	93
3. <i>Groupe 5</i>	95
.....	96
ANNEXE V : GRILLES D'ENTRETIEN.....	97
1. <i>Grille d'entretien détaillée à l'intention des parents</i>	97
2. <i>Grille d'entretien détaillée à l'intention des orthophonistes</i>	98
.....	98

Annexe I : Questionnaire exploratoire à destination des orthophonistes mettant en place des groupes de parents

1. Modèle du questionnaire communiqué aux orthophonistes

Nom : Prénom :

Questionnaire à l'intention des orthophonistes

1. Quelles sont les modalités du groupe de parents que vous mettez en place ?

- ☐ Groupe ouvert (*les participants peuvent ne pas être les mêmes à chaque groupe*)
☐ Groupe fermé (*les participants s'engagent à y participer pour une durée déterminée*)

Périodicité :

Nombre de familles participant par groupe :

2. Pour vous, quels sont les objectifs visés ? (cocher ceux qui vous semblent pertinents)

- ☐ Changement de regard des parents vis-à-vis de leur enfant

(merci de préciser si besoin :
.....)
.....)

- ☐ Etre un lieu de réflexion pour aider les parents à ajuster leurs comportements

(merci de préciser si besoin :
.....)
.....)

- ☐ Etre un lieu d'expression pour faire évoluer émotions et croyances

(merci de préciser si besoin :
.....)
.....)

- ☐ Etre un lieu où la parole de l'orthophoniste est relayée par celle des parents

(merci de préciser si besoin :
.....)
.....)

- ☐ Etre un lieu de soutien entre parents par le partage d'une expérience commune

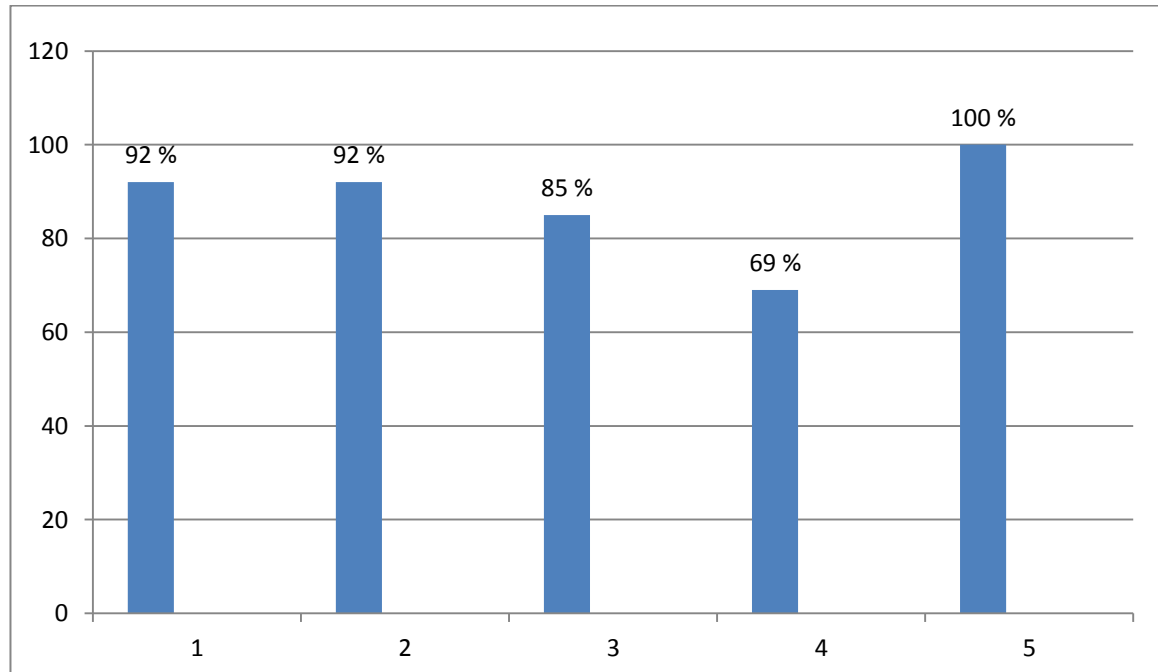
(merci de préciser si besoin :
.....)
.....)

Autres (poursuivre au dos si nécessaire) :

.....
.....
.....

2. Résultats des 13 questionnaires (février 2012)

2.1. Pourcentage d'orthophonistes en accord avec chaque proposition



- 1) Changement de regard des parents vis-à-vis de leur enfant 12/13
- 2) Etre un lieu de réflexion pour aider les parents à ajuster leurs comportements 12/13
- 3) Etre un lieu d'expression pour faire évoluer émotions et croyances 11/13
- 4) Etre un lieu où la parole de l'orthophoniste est relayée par celle des parents 9/13
- 5) Etre un lieu de soutien entre parents par le partage d'une expérience commune 13/13

2.2. Synthèse des réponses qualitatives obtenues

APPORTS DE L'ORTHOPHONISTE

- Informer
- Vivre des éléments de la rééducation
- Modélisation
- Entraînement aux habiletés techniques
- L'orthophoniste guide par des questions mais la dynamique se crée, elle ne peut être préparée.

APPORTS DE LA RELATION ENTRE PARENTS

- Le soutien entre parents est l'aspect puissant du groupe, son « principal objectif ». Se sentent moins isolés dans le vécu de la culpabilité, de l'hypersensibilité au trouble de leur enfant. Ne se sentent pas seuls.
- Se confronter au regard des autres parents

-
- Effet miroir : comment bégaye mon enfant par rapport aux autres, comment je le situe ?
 - Prise de conscience de leurs propres attitudes par confrontation à celles des autres, prise de recul : n'autonomisent pas assez leur enfant ; ne lui font pas confiance ; exigences éducatives ; pression temporelle ; special time
 - Emulation. Trouver des idées ensemble.
 - Mode « horizontal » entre parents et non « vertical » comme chez un spécialiste.

APPORTS POUR LA RELATION PARENTS – ENFANTS

- Les enfants voient tout à coup leurs parents s'impliquer après avoir en général « occulté » le bégaiement pendant un certain temps

LIEU D'EXPRESSION

- Lieu sécurisé où « je m'autorise à dire ». Parlent plus facilement
- Prise de conscience des émotions mais évolution très modestes
- Les émotions ne sont pas exprimées verbalement mais se manifestent
- Echangent sur ce qu'ils ont mis en place pour aider leur enfant

OBJECTIFS - EFFETS

- Changement de regard par rapport au bégaiement
- « boîte à outils »
- Groupe responsabilise, implique les parents : ne s'en remettent plus seulement à l'ortho.

Annexe II : Répartition de la quantité de parole dans les groupes 4 et 5

NOM DES PARTICIPANTS	GROUPE 4		GROUPE 5	
	Nombre de lignes dans le corpus	Proportion de la quantité totale de parole	Nombre de lignes dans le corpus	Proportion de la quantité totale de parole
Muriel	526	50,4 %	446	45,2 %
Nathalie	56	5,4 %	45	4,5 %
Mère d'Alexis	ABS	ABS	56	5,7 %
Père d'Alexis	163	15,6 %	ABS	ABS
Mère de Corentin	102	9,8 %	ABS	ABS
Père de Corentin	ABS	ABS	162	16,4 %
Mère de Benjamin	98	9,4 %	83	8,4 %
Mère de Romain	99	9,4 %	ABS	ABS
Père de Romain	ABS	ABS	195	19,8 %
TOTAL	1044	100 %	987	100 %

Annexe III : Analyse de l'initiation des thèmes et des registres du discours dans les groupes 4 et 5

1. Groupe 4

INITIATEUR DES THEMES	THEMES	REGISTRES
Muriel	La rentrée / le rapport aux enseignants / nouvelles de l'enfant	Général, questionnement d'ouverture
	La prise de parole en classe pour l'enfant	Général
	Comment questionner l'enfant sur son vécu scolaire	Conseil et information
	Les attitudes qui aident l'enfant / la boîte à outils / le renforcement positif	Question directe aux parents puis modélisation et conseils
	Le déni	Général, informations
Nathalie	Parler du bégaiement / la question du tabou	Conceptualisation / Récits particuliers
Père d'Alexis	La moquerie	Récit particulier
	Eloignement pendant les vacances	Récit particulier
	Relations dans la fratrie	Récit particulier
Mère de Benjamin	La communication pendant le repas familial	Récit particulier
	Le temps spécial avec l'enfant	Récit particulier
Mère de Corentin		
Mère de Romain	Remise en question de la place des parents	Général
	L'exclusion de l'enfant / autres enfants	Récit particulier

2. Groupe 5

INITIATEUR DES THEMES	THEMES	REGISTRES
Muriel	Tableau d'auto-évaluation à remplir	Questionnement d'ouverture
	Cadre du groupe : venir seul/en couple	Analyse
	Le bégaiement : désorganisation des organes de la phonation, justification des changements demandés, place de l'enfant, parler du bégaiement, renforcer	Information professionnelle
	Trouble de la communication	Information professionnelle
	Question de la poursuite du groupe	Demande
Nathalie		
Mère d'Alexis		
Mère de Benjamin		
Père de Romain	La trajectoire de soin en 3 phases	Récit / analyse
	Demande de récit d'expérience à Nathalie	Demande
	La place de l'enfant dans le soin	Analyse
Père de Corentin	Divergences dans le couple	Récit particulier
	Problématique de la fratrie	Récit particulier
	Rencontrer des adultes bègues qui ont « réussi » leur vie	Récit particulier

Annexe IV : Sociogrammes des groupes 4 et 5

1. Explication de la démarche quantitative et des symboles adoptés

Pour analyser le matériau récolté durant les séances de groupe, nous avons, entre autres choses, réalisé des sociogrammes. Ces sociogrammes veulent représenter la direction des échanges entre participants. Ils ont été réalisés sur la base du matériau fourni par les enregistrements. Dans les pages qui vont suivre, nous faisons apparaître nos calculs et leur représentation sous forme de schéma, pour les groupes 4 et 5 (les seuls ayant fait l'objet d'enregistrements). Notons que nous avons nous-même construit la façon de comptabiliser les données, en fonction de ce qui nous paraissait être pertinent dans le contexte de notre étude. L'enjeu était en effet de décrire comment se répartissait la parole, s'il y avait ou non des phénomènes de domination d'un point de vue quantitatif. Nous nous proposons donc de décrire comment nous avons structuré nos données.

1.1. Les tableaux

Les tableaux sont construits de la façon suivante :

- En ordonnée sont représentés les différents locuteurs (Qui prend la parole ?)
- En abscisse sont représentés les interlocuteurs (En s'adressant à qui ?)

Pour chaque locuteur, nous avons choisi de comptabiliser le nombre de tours de parole adressé à chaque interlocuteur (à bien distinguer de la quantité de parole produite, que nous avons par ailleurs évaluée). Nous avons éliminé tous les tours de parole de l'ordre de l'adhésion, qui pouvaient revêtir différentes formes telles que « Hm hm », « D'accord », parfois même « Oui ». En effet, cela nous semblait peut significatif de les inclure dans l'analyse dans la mesure où certains interlocuteurs adhéraient verbalement quand d'autres pouvaient manifester une adhésion de manière gestuelle ou par l'écoute et l'attention dont ils faisaient preuve. Nous avons choisis de classer les tours de parole restant de la façon suivante :

Les sollicitations : elles recouvrent à la fois les questions directes mais aussi les propos par lesquels la parole est sollicitée chez une autre personne.

Les réponses à sollicitation : ces données nous semblent significatives, car, dans ce cas, le locuteur ne prend pas la parole de sa propre initiative. Cependant, nous avons pris soin de distinguer les réponses à sollicitation directe, qui contraignent en quelques sortes le locuteur à répondre, et les réponses à sollicitation générale, qui, au contraire, manifestent plutôt une initiative de la part du locuteur.

Les conversations : elles constituent le cœur des échanges entre les protagonistes, sans que l'on observe clairement de personne sollicitant l'échange et de personne sollicitée.

Les propos introduits en coupant la parole

Les explications : nous avons choisis de nommer ainsi les propos explicatifs délivrés par Muriel à tous. Evidemment, cela ne signifie pas que d'autres explications ne sont pas

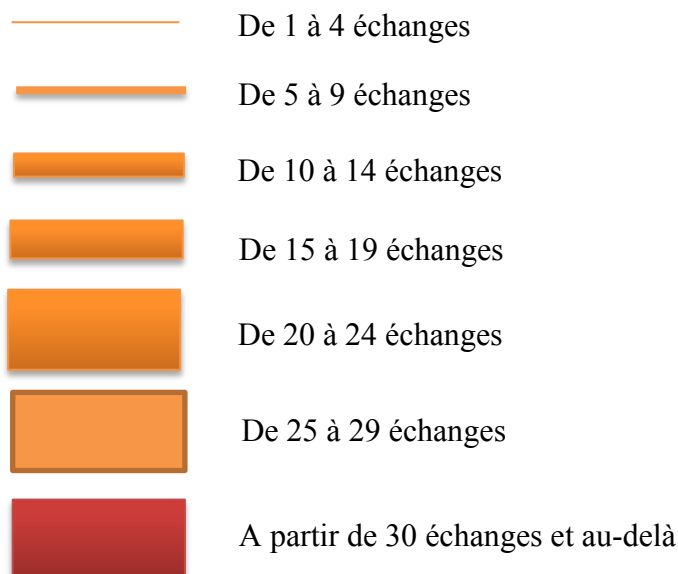
données au cours d'échanges bidirectionnels. En réalité, cette remarque met en lumière la difficulté que nous avons eu parfois à distinguer ce qui, dans le discours de Muriel, était adressé à un parent particulier ou à tous les parents. Le glissement de l'un à l'autre était parfois difficile à repérer.

Les interventions : elles désignent les propos destinés à tous, lorsque le locuteur s'introduit dans une discussion entre deux interlocuteurs alors que personne ne l'a explicitement sollicité.

1.2. Les sociogrammes

Nous avons ensuite construit les sociogrammes à partir de ces tableaux, sans représenter l'intégralité des données obtenues. Nous avons en effet conservé celles qui nous paraissaient les plus pertinentes pour notre étude.

Nous avons d'une part fait figurer la quantité d'échanges entre deux interlocuteurs, un échange étant constitué de deux tours de parole, provenant respectivement de l'un et l'autre des interlocuteurs. Pour obtenir le nombre d'échanges, nous avons donc ajouté les propos adressés par X à Y et les propos adressés par Y à X, puis divisé par deux. Nous avons compris dans ces « échanges » les types de tours de parole suivants : les conversations, les propos introduits en coupant la parole et les explications. Les échanges sont représentés dans les tons orangé-rouge et leur quantité est représentée par la largeur du trait. Ainsi, nous proposons la légende suivante pour aider la lecture de ces données sur les sociogrammes :



Nous avons, d'autre part, voulu représenter la quantité d'échanges de type question/réponse. Pour ce type d'échange, il nous semblait intéressant de faire figurer qui sollicite et qui est sollicité. Nous avons donc choisi de représenter ces échanges par le moyen de flèches, dirigées vers la personne sollicitée. De la même manière, nous avons ajouté les sollicitations de X vers Y aux réponses à sollicitation de Y et divisé par deux. Nous avons arbitrairement fait figurer les flèches en vert et avons représenté la quantité de ces questions/réponses par la largeur du trait. De la même manière, voici la légende permettant une meilleure lecture de ces données :

	De 1 à 4
	De 5 à 9 questions/réponses
	De 10 à 14 questions/réponses

Nous avons enfin voulu faire figurer les propos adressés par un locuteur à tous. Il n'est donc plus question ici d'échanges, mais bien de tours de parole. Nous avons choisi d'autres codes couleurs, en désignant en bleu toutes les explications et interventions, et par des flèches violettes, les sollicitations. Nous avons choisi de conserver les largeurs de trait pour représenter la quantité de chaque type de tours de parole. Pour signifier qu'ils sont dirigés vers l'ensemble des membres du groupe, nous avons dirigés les symboles vers l'extérieur du cercle. Ainsi, nous proposons la légende suivante :

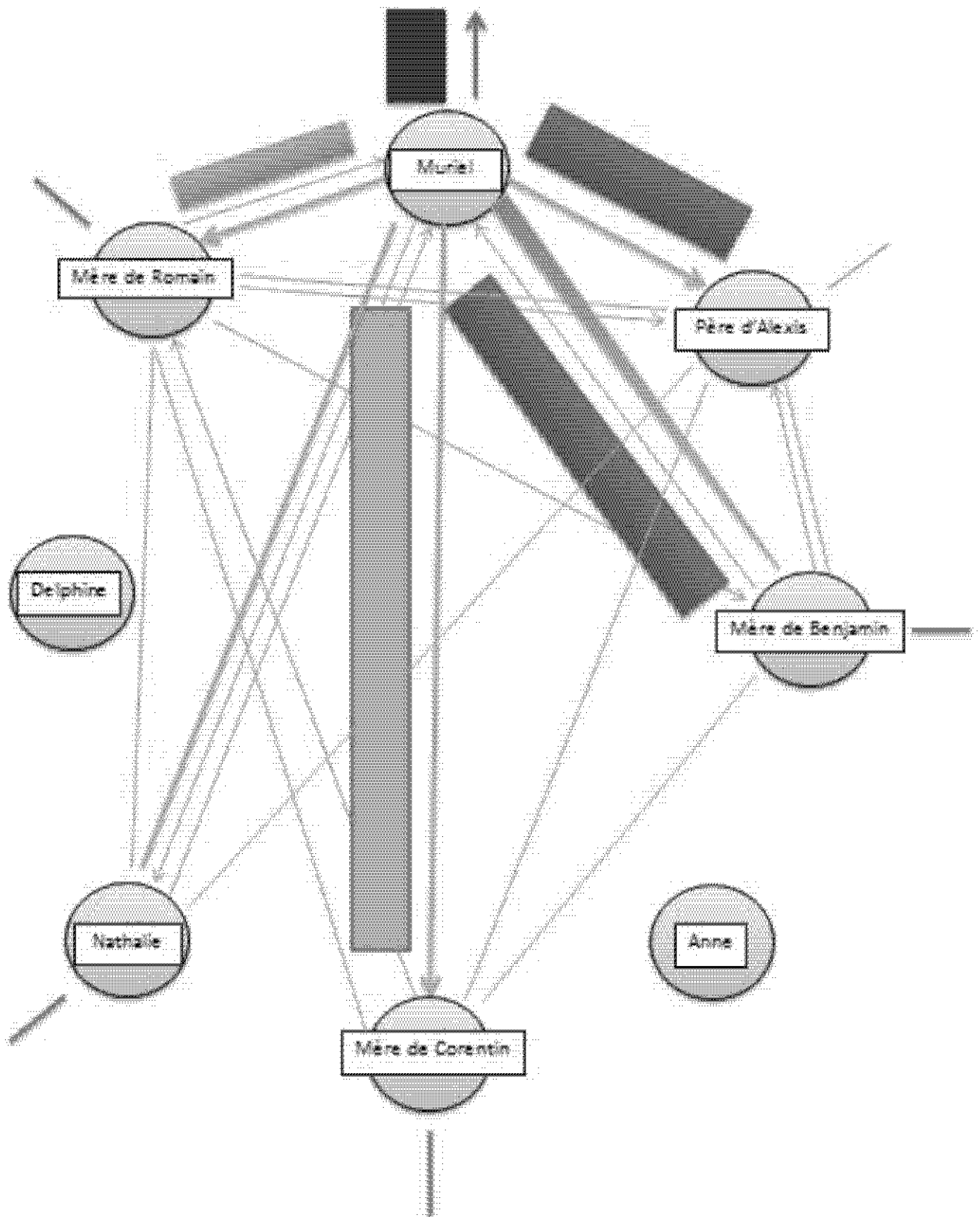
	De 1 à 4 explications ou interventions
	De 5 à 9 explications ou interventions
	De 10 à 14 explications ou interventions
	De 15 à 19 explications ou interventions
	De 20 à 24 explications ou interventions
	De 25 à 29 explications ou interventions
	A partir de 30 explications ou interventions et au-delà
	De 1 à 4 questions
	De 5 à 9 questions

2. Groupe 4

2.1. Tableau de données

	A Muriel	Au Père d'Alexis	A la Mère de Benjamin	A la Mère de Corentin	A la Mère de Romain	A Nathalie	A Tous
Muriel 199		44 5 sollicitations 36 conversations 3 coupe la parole	44 11 sollicitations 31 conversations 2 coupe la parole	32 6 sollicitations 26 conversations	25 8 sollicitations 1 réponse 15 conversations 1 coupe la parole	8 1 sollicitation 1 réponse 6 conversations 3 coupe la parole	36 6 sollicitations 30 explications
		22%	22%	16%	13%	4%	18%
Père d'Alexis 58	42 6 réponses 35 conversations 1 coupe la parole		3 2 réponses 1 conversation	2 conversations	5 2 conversations 1 réponse 1 coupe la parole	2 conversations	4 interventions
	72%		5%	3%	9%	3%	8%
Mère de Benjamin 63	49 1 sollicitation 11 réponses à sollicitation directe 1 réponse à sollicitation générale 36 conversations	2 sollicitations		4 1 sollicitation 3 conversations	2 1 réponse à sollicitation générale 1 réponse à sollicitation directe		6 interventions
	78%	3%		6%	3%		10%
Mère de Corentin 42	27 6 réponses à sollicitation directe 2 réponses à sollicitation générale 26 conversations 1 coupe la parole	4 conversations	3 1 réponse 2 conversations		1 sollicitation	1 conversation	6 interventions
	64%	10%	7%		2%	2%	15%
Mère de Romain 44	30 1 réponse à sollicitation générale 8 réponses à sollicitation directe 19 conversations 1 coupe la parole 1 sollicitation	2 1 conversation 1 sollicitation	1 sollicitation	2 1 réponse 1 conversation		3 conversations	6 interventions
	68%	5%	2%	5%		7%	13%
Nathalie 26	12 1 sollicitation 1 réponse 9 conversations 2 coupe la parole	2 conversations		1 conversation	2 conversations		9 interventions
	46%	8%		4%	8%		34%

2.2. Sociogramme du groupe 4 : circulation de la parole

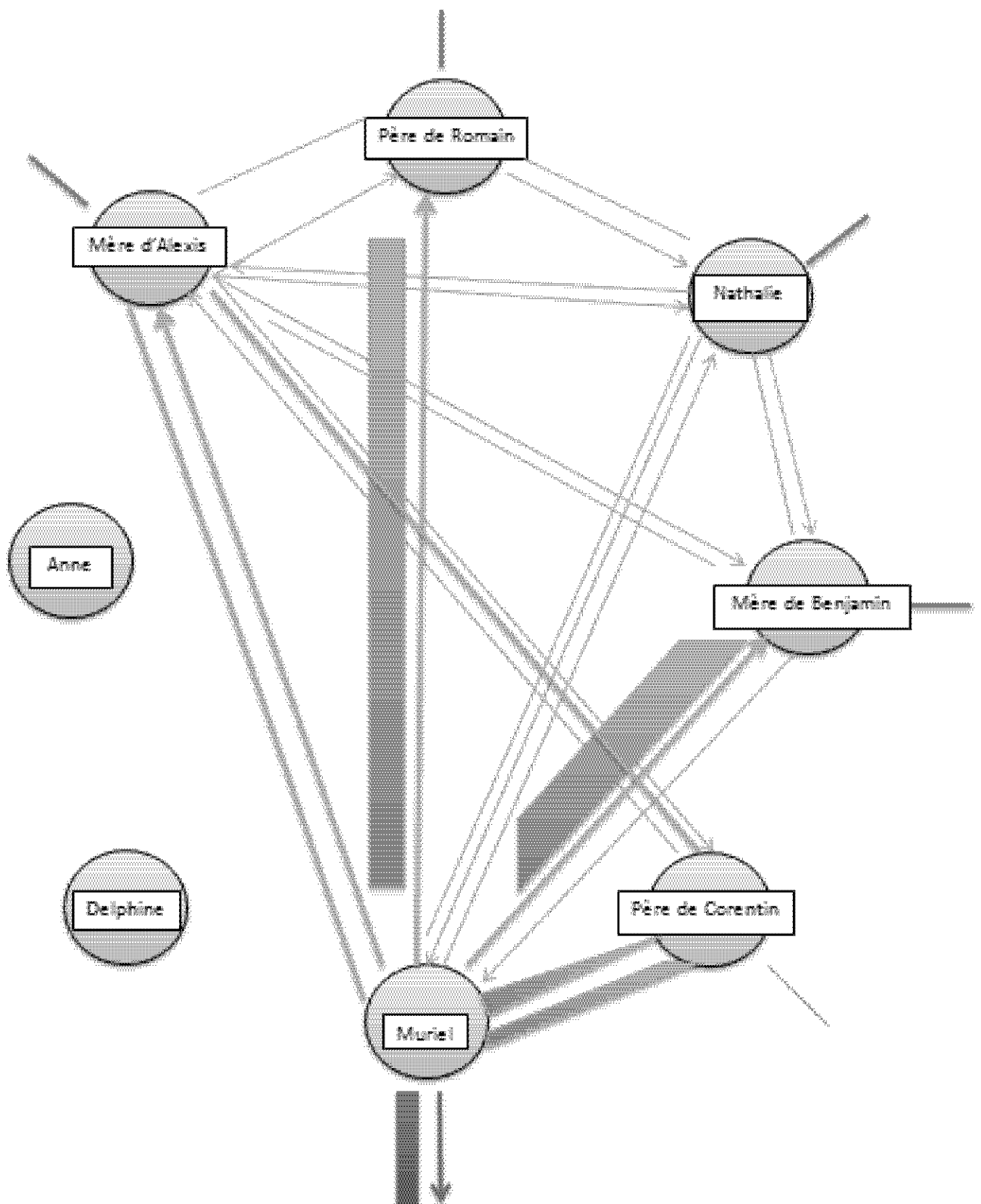


3. Groupe 5

3.1. Tableau de données

	A Muriel	Au père de Corentin	A la mère de Benjamin	Au père de Romain	A la mère d'Alexis	A Nathalie	A tous
Muriel 127		25 12 sollicitations 13 conversations	33 10 sollicitations 23 conversations	25 6 sollicitations 16 conversations 1 réponse à question directe 2 coupe la parole	21 10 sollicitations 11 conversations	4 1 sollicitation 1 réponse 2 conversations	19 6 sollicitations 12 explications 1 réponse à sollicitation de MB
		20 %	25 %	20 %	17 %	3 %	15 %
Père de Corentin 36	24 12 réponses 10 conversations 2 interventions				9 6 conversations 1 sollicitation 2 réponses		3 interventions
	67 %				25 %		8 %
Mère de Benjamin 44	34 1 sollicitation 10 réponses à sollicitation directe 1 réponse à sollicitation générale 22 conversations				2 1 réponse 1 conversation	3 1 réponse 2 conversations	5 interventions
	77 %				5 %	7 %	11 %
Père de Romain 37	27 6 réponses à sollicitation directe 1 réponse à sollicitation générale 20 conversations				1 réponse	4 2 sollicitations 2 conversations	5 interventions
	73 %				3 %	11 %	13 %
Mère d'Alexis 45	23 3 réponses à sollicitation générale 10 réponses à sollicitation directe 10 conversations	8 1 coupe la parole 5 conversations 1 sollicitation 1 réponse	3 1 sollicitation 1 conversation 1 réponse	2 1 sollicitation 1 conversation		2 1 sollicitation 1 réponse	7 interventions
	51 %	18 %	7 %	4 %		4 %	16 %
Nathalie 15	3 1 question 1 réponse 1 conversations		3 2 conversations 1 sollicitation	2 réponses	2 1 sollicitation 1 réponse		5 interventions
	20 %		20 %	13 %	13 %		33 %

3.2. Sociogramme du groupe 5 : circulation de la parole



Annexe V : grilles d'entretien

Pour réaliser les grilles d'entretien, nous avons produit dans un premier temps un tableau très complet que nous avons ensuite réduit afin de le rendre fonctionnel lors des entretiens. Nous proposons ici les grilles initiales, très détaillées, qui rendent compte des axes thématiques abordés en entretiens.

1. Grille d'entretien détaillée à l'intention des parents

Pouvez-vous nous raconter ce qui a déterminé votre participation au groupe de parents ?		
THEMES	CATEGORIES SOCIOLOGIQUES ASSOCIEES	QUESTIONS
Représentation du bégaiement	Représentations de la maladie, de l'enfant, du soin Accès à l'information	Comment s'est passé pour vous le début du bégaiement de votre enfant? Comment avez-vous réagi? Où avez-vous obtenu des informations au sujet du bégaiement, où avez-vous cherché? Voyez-vous le trouble de la même façon qu'au début de la PEC ou non? Comment est-ce que ça a évolué? Par la PEC individuelle ou par le groupe? Pour vous quand est-ce que votre enfant va mal, quand est-ce qu'il va bien? Comment voyez-vous la suite pour votre enfant?
Gestion de la maladie chronique	Vécu du stigmate Normes, pratiques autour de la maladie chronique Représentation du soin de l'enfant, de la place des parents dans le soin identité et changement	Comment ça se passe quand votre enfant bégaié avec d'autres personnes en votre présence? Pourriez-vous nous raconter un épisode récent où votre enfant a bégayé et où vous étiez présents? Comment l'avez-vous vécu? A qui parlez-vous du bégaiement de votre enfant, à qui préférez-vous ne pas en parler? Est-ce que vous avez changé des choses dans votre façon d'être avec votre enfant depuis l'apparition du bégaiement?
Relation thérapeutique	Savoir Profane/professionnel/expert Relation thérapeutique indirecte Relation profane/professionnelle, représentations sociales et médicales, négociations?	Comment ça se passe pour vous avec l'orthophoniste ? Comment avez-vous choisi votre orthophoniste? Comment ça se passe, quelle relation avez-vous avec l'orthophoniste? Est-ce que cette relation a évolué au cours de la PEC? Est-ce qu'il y a des choses qui vous ont marqué dans la prise en charge, pouvez-vous nous le raconter?
Attentes vis à vis du groupe de parents	Acquisition de savoirs professionnels: expertise? Relation aux pairs	Pourquoi avez-vous accepté de participer à ce groupe? Pourquoi avez-vous continué à y aller? Voulez-vous poursuivre?
Vécu au sein du groupe de parents	Rôles adoptés par les protagonistes. Comment valident-ils ou non les rôles adoptés? Quelles impositions de statut? Négociation? Confrontation savoirs experts/profane? Comment circule la parole? Que s'autorisent-ils à dire? Frustrations? Relation aux pairs?	Comment s'est passé le premier groupe pour vous? Et ensuite? Avec les autres parents? Avec les orthophonistes? Que pensez-vous de leurs attitudes, de ce qui est proposé? Que pensez-vous des thématiques abordées? Comment ça s'est passé lorsque l'orthophoniste vous a proposé de participer au groupe? Que vous a-t-elle dit, comment vous l'a-t-elle présenté? D'après vous, qu'est-ce que le dispositif « groupe » permet ou ne permet pas? Liberté de parole: est-ce que vous vous autorisez à dire tout ce que vous pensez où y a-t-il des choses que vous ne dites pas? Quels sont les paroles, les discussions qui vous ont marqué au cours des séances de groupe et pourquoi? Est-ce que vous trouvez que dans le groupe, on vous apporte des solutions? Est-ce qu'elles vous conviennent ou est-ce que certaines ne vous conviennent pas? A votre avis, quels sont les objectifs de l'orthophoniste? Actuellement, comment définiriez-vous le groupe auquel vous participez? Avez-vous été déçus par ce dispositif? Conseilleriez-vous à des parents de participer à ce type de groupe? Comment vivez-vous la présence de deux orthophonistes? Comment vivez-vous la présence de deux étudiantes?

Qu'est-ce qui vous a amené au départ de proposer des groupes aux parents dans votre pratique orthophonique ?		
THEMES	CATEGORIES SOCIOLOGIQUES ASSOCIEES	QUESTIONS
Représentation du bégaiement et de la PEC	Représentations professionnelles de la maladie, de l'enfant, du soin	Comment présentez-vous le trouble, sa PEC et son évolution aux parents? Est-ce qu'il y a des choses que vous ne dites pas tout de suite? A partir de quand, en terme de durée de prise en charge, envisagez-vous le bégaiement comme un trouble chronique chez l'enfant? Est-ce que vous le dites aux parents? Travaillez-vous sur l'acceptation du trouble avec les parents à un certain moment? Comment s'articulent les deux phases du soin et en quelles proportions: travail en direction du milieu/ travail en direction du patient et de sa fluence.
Relation thérapeutique	Savoir Profane/professionnel/expert Relation thérapeutique indirecte Relation profane/ professionnelle, représentations sociales et médicales, négociations?	Comment ressentez-vous l'ambiance de ce groupe? Y-a-t-il des adhésions, des réticences. Pouvez-vous nous donner des exemples? Comment gérez-vous les réactions des familles face à l'incertitude concernant l'étiologie, les cycles, le pronostic?
Préparation et objectifs du groupe	Population recrutée thérapie indirecte relation aux pairs	Comment recrutez-vous les parents? Qui accepte, qui n'accepte pas? Quels sont vos objectifs à travers ce groupe? Prioritaires et secondaires? Les objectifs peuvent-ils évoluer au fil du groupe? Suite à quels types d'événements? En quoi ce groupe vous satisfait-il et en quoi ne vous satisfait-il pas? Est-ce la première fois que vous mettez en place ce type de groupe? Si non, était-ce la même formule? Avez-vous modifié des choses et pourquoi?
Vécu au sein du groupe de parents	Rôles adoptés par les protagonistes. Comment valident-ils ou non les rôles adoptés? Quelles impositions de statut? Négociation? Confrontation savoirs experts/profane? Frustrations? Relation aux pairs?	Comment ça s'est passé lorsque vous avez proposé de participer au groupe? Comment l'avez-vous présenté? Comment ont-ils réagi? Comment s'est passé le premier groupe pour vous? Et ensuite? Est-ce que vous vous souvenez, lors du deuxième groupe, d'une discussion un peu particulière que vous avez eu avec les parents de Clément? Pouvez-vous nous la raconter? Quels sont les paroles, les discussions qui vous ont marqué au cours des séances de groupe et pourquoi? Comment percevez-vous chaque parent au sein de ce groupe? Prise de parole, évolution...? Pensez-vous que les croyances et les attitudes évoluent? Y-a-t-il des éléments qui sont repris au cours des séances individuelles à l'initiative des parents ou de vous-même? Comment avez-vous vécu la présence de deux étudiantes? Pensez-vous que cela a été un élément modificateur? Quelle était l'intention de votre demande de participation de notre part au « mot de la fin »? Comment s'est passée la décision d'être deux orthophonistes à ce groupe? Comment l'avez-vous vécu? Est-ce que ça aurait changé des choses que vous soyez toute seule?

2. Grille d'entretien détaillée à l'intention des orthophonistes

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Participants aux séances de groupe.....	32
Tableau 2 : Codes d’initiales utilisés pour les transcriptions.....	32
Figure 1 : Chronologie du protocole dans son ensemble.....	35
Tableau 3 : Conditions de réalisation des entretiens.....	35

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE.....	8
I. LES REPRESENTATIONS DE LA MALADIE ET DES THERAPIES MEDICALES	9
1. <i>Les modèles : concepts sociologiques et références théoriques du bégaiement</i>	10
1.1. Modèles étiologiques	10
1.2. Modèles thérapeutiques.....	11
2. <i>Spécificités de la maladie chronique</i>	12
2.1. L'incertitude ou le bouleversement des représentations.....	12
2.2. Une réalité sociale à réinventer	12
2.3. La notion de trajectoire	13
II. LA RELATION THERAPEUTIQUE	13
1. <i>La question des représentations</i>	13
1.1. Représentations professionnelles	14
1.2. Représentations profanes	14
1.3. Le conflit de perspective	14
2. <i>Postures et actions</i>	15
2.1. Des médecins en proie aux divergences culturelles	15
2.2. Le positionnement des patients	16
3. <i>La négociation</i>	17
III. LE GROUPE : LIEN AUX AIDANTS ET LIEU D'INTERACTION.....	18
1. <i>Le lien aux aidants</i>	18
1.1. Entre aide aux aidants et relation thérapeutique indirecte ?	18
1.2. Un exemple de relation médecins/parents dans le cadre de consultations pédiatriques	19
2. <i>Un lieu d'interaction</i>	19
2.1. Self, rôles, faces et interaction	20
2.2. Relation aux pairs : miroir et stigmatisme	20
2.3. Identité et changement	21
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	23
I. PROBLEMATIQUE	24
II. HYPOTHESES	25
1. <i>Hypothèse 1</i>	25
2. <i>Hypothèse 2</i>	25
3. <i>Hypothèse 3</i>	25
PARTIE EXPERIMENTALE	26
I. L'EVOLUTION DE NOTRE POSTURE EPISTEMOLOGIQUE	27
1. <i>Une approche clinique quantitative peu adaptée à notre objet d'étude</i>	27
2. <i>L'ethnométhodologie : une posture épistémologique enrichissante</i>	28
2.1. Décrire les pratiques sociales et donner la parole aux acteurs.....	28
2.2. L'indifférence épistémologique	29
3. <i>Le choix d'une méthodologie interactionniste</i>	29
3.1. Recherche qualitative et objectivité	29
3.2. Une nécessaire distanciation	30
3.3. Une démarche inductive basée sur l'observation participante et les entretiens semi-directifs	30
II. PROTOCOLE	32
1. <i>La population : le choix d'une étude microsociologique</i>	32
1.1. Un choix éclairé par la réalité du terrain	32
1.2. Présentation des participants	32
2. <i>L'observation participante</i>	33
2.1. Modalités	33
2.2. Intégration dans le groupe.....	34
2.3. Durée de l'observation	35
2.4. Méthodes d'analyse	35

3.	<i>L'entretien semi-dirigé</i>	35
3.1.	Un cadre nécessairement souple	35
3.2.	De l'entretien exploratoire à l'élaboration d'un guide	36
3.3.	Analyse des corpus	37
III.	UN POSITIONNEMENT EVOLUTIF	37
1.	<i>Une posture évolutive au sein du groupe : la question de la réflexivité</i>	37
2.	<i>Un statut diversement perçu</i>	38
3.	<i>Influence de l'entretien sur les phénomènes observés</i>	39
	PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	41
I.	LA RELATION THERAPEUTIQUE INDIRECTE : DE LA DEMANDE DE CO-THERAPIE A LA NEGOCIATION DU SOIN	42
1.	<i>Des professionnelles à l'initiative de la co-thérapie</i>	42
1.1.	Une volonté explicite de rendre les parents co-thérapeutes.....	42
1.2.	Une diversité de procédés au service de la transmission du savoir professionnel	43
2.	<i>Au cœur d'un conflit de perspectives</i>	44
2.1.	Les représentations du trouble	45
2.1.1.	L'étiologie ou la cause du bégaiement toujours en question.....	45
2.1.2.	Le caractère cyclique du trouble comme objet de syncrétisme	46
2.2.	Le vécu de la pathologie, lieu d'un conflit de perspectives.....	46
2.2.1.	La problématique du quotidien : perception élargie du trouble et singularité des situations.....	46
2.2.2.	Le vécu de la souffrance	47
2.3.	Quelle thérapeutique ?	48
2.3.1.	Un conflit dans la hiérarchisation des objectifs de soin	48
2.3.2.	A chacun son rôle, mais quel rôle ?	48
3.	<i>Entre adhésion et résistances, la place de la négociation dans la relation thérapeutique indirecte</i>	49
3.1.	La mère de Benjamin : une adhésion mêlée de résistances comportementales, une négociation à l'initiative du thérapeute	50
3.2.	Le père d'Alexis : des objets de négociation ciblés.....	50
3.3.	Les parents de Romain : négociation, incompréhension et point de rupture	51
3.4.	Les parents de Corentin : résistances tenaces mais sans négociation	53
3.5.	Profil de pères : le poids de l'éducation comme justification aux résistances	55
II.	LE GROUPE DE PARENTS, ENTRE RELATIONS DE PAIRS ET RELATION THERAPEUTIQUE INDIRECTE ...	55
1.	<i>Un groupe de parole et de rencontre entre pairs</i>	56
1.1.	Un lieu pour parler et se comprendre	56
1.2.	Des orthophonistes en position de pairs	57
1.3.	La nature du groupe : désaccord autour du terme de psychothérapie	58
1.4.	La confrontation aux autres pour avancer	59
2.	<i>Un lieu de représentation et d'interaction sociale</i>	59
2.1.	Des interactions parentales réduites et ciblées	59
2.2.	Des rôles dans le groupe	60
2.3.	La question centrale de la face	61
2.4.	Miroirs : identification et contre-identification	62
3.	<i>Un dispositif ortho-centré</i>	63
3.1.	Un déséquilibre quantitatif.....	63
3.2.	Un besoin de contrôle dans un contexte novateur	64
3.3.	Une réalité diversement perçue	65
III.	LE GROUPE, REVELATEUR ET ACTEUR DE LA TRAJECTOIRE DE SOIN.....	66
1.	<i>Le groupe, lieu d'expression des trajectoires de soin</i>	66
1.1.	Le groupe, témoin d'évolutions	66
1.2.	Un lieu qui met en lumière la diversité des trajectoires	68
2.	<i>Un dispositif qui accompagne la trajectoire de soin, comme une réponse à la problématique du temps</i>	70
2.1.	Donner un nouveau souffle au soin, lorsque le changement demande du temps.....	70
2.2.	Un temps à part	72
2.3.	Des problématiques adaptées au calendrier des familles.....	72
2.4.	Le groupe, un dispositif qui modifie les trajectoires ?	73
3.	<i>Et toujours en perspective, l'issue de la trajectoire de soin</i>	74
	CONCLUSION.....	77
	BIBLIOGRAPHIE.....	78
	ANNEXES.....	82

LISTE DES ANNEXES	83
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE EXPLORATOIRE A DESTINATION DES ORTHOPHONISTES METTANT EN PLACE DES GROUPES DE PARENTS.....	84
1. <i>Modèle du questionnaire communiqué aux orthophonistes</i>	84
2. <i>Résultats des 13 questionnaires (février 2012)</i>	85
2.1. Pourcentage d'orthophonistes en accord avec chaque proposition	85
2.2. Synthèse des réponses qualitatives obtenues.....	85
ANNEXE II : REPARTITION DE LA QUANTITE DE PAROLE DANS LES GROUPES 4 ET 5	87
ANNEXE III : ANALYSE DE L'INITIATION DES THEMES ET DES REGISTRES DU DISCOURS DANS LES GROUPES 4 ET 5	88
1. <i>Groupe 4</i>	88
2. <i>Groupe 5</i>	89
ANNEXE IV : SOCIOGRAMMES DES GROUPES 4 ET 5	90
1. <i>Explication de la démarche quantitative et des symboles adoptés</i>	90
1.1. Les tableaux	90
1.2. Les sociogrammes.....	91
2. <i>Groupe 4</i>	93
2.1. Tableau de données.....	93
2.2. Sociogramme du groupe 4 : circulation de la parole.....	94
3. <i>Groupe 5</i>	95
3.1. Tableau de données.....	95
3.2. Sociogramme du groupe 5 : circulation de la parole.....	96
.....	96
ANNEXE V : GRILLES D'ENTRETIEN.....	97
1. <i>Grille d'entretien détaillée à l'intention des parents</i>	97
2. <i>Grille d'entretien détaillée à l'intention des orthophonistes</i>	98
.....	98
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	99
TABLE DES MATIERES	100

Delphine Lafond-Marcy

Anne Vincent-Charvet

LE GROUPE DE PARENTS D'ENFANTS QUI BEGAIENT : UNE APPROCHE PAR LES SCIENCES SOCIALES

102 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2013

RESUME

Les groupes de parents d'enfants qui bégaiement constituent un cadre de soin novateur et encore peu répandu en orthophonie. Inscrite dans une approche cognitivo-comportementaliste, cette pratique est fondée sur la place fondamentale accordée aux parents dans la prise en charge du bégaiement, tout particulièrement du jeune enfant. Notre recherche, inscrite dans une démarche sociologique, nous a conduites à suivre un groupe constitué de quatre couples de parents et de deux orthophonistes pendant une année. L'observation des séances de groupe a été complétée par des entretiens semi-dirigés avec tous les participants. Notre étude s'est intéressée à la relation thérapeutique indirecte entre parents et thérapeute. Nous avons cherché à comprendre comment cette relation s'articulait avec la relation de pairs au sein du groupe en lien avec la trajectoire de soin des enfants. L'analyse croisée des entretiens et de l'observation participante a montré la place prépondérante du discours professionnel enjoignant les parents à la co-thérapie durant les séances de groupe mais également l'importance de la relation de pairs attendue et investie par tous les participants. Des réponses parentales mêlant adhésion et résistance au soin dans des proportions et des expressions variées ont été mises en évidence, témoignant du conflit de perspectives entre profanes et professionnels. Enfin, nous avons montré comment le groupe existe en tant qu'élément de la trajectoire parentale mais plus encore en tant que lieu révélateur des différentes trajectoires. Certaines problématiques dégagées par notre recherche peuvent, en dépit de son cadre micro-sociologique, prétendre à une portée plus générale concernant l'accompagnement des parents d'enfants qui bégaiement : il s'agit des problématiques de temps, de conflit de perspectives, de division du travail de soin, de syncrétisme voire d'acculturation professionnelle. D'autres études, complémentaires ou de plus grande ampleur pourraient être envisagées pour venir enrichir cette ambition généralisatrice.

MOTS-CLES

Bégaiement, relation thérapeutique, accompagnement familial, sciences sociales, groupe de parents

MEMBRES DU JURY

Guillaume JAUBERT – Caroline LECLERC – Renaud Perdrix

MAITRES DE MEMOIRE

Nicolas GUILHOT

Anne-Marie SIMON

DATE DE SOUTENANCE

27 juin 2013
