

Monique FRUMHOLZ

LA THÉRAPIE DU LANGAGE COMME LIEU DE MÉDIATIONS ÉDUCATIVES

Résumé : Dans un premier temps, et après un court exposé concernant la profession de thérapeute du langage, l'auteur montre en quoi la thérapie du langage peut être définie comme un lieu de médiations éducatives. Il s'attache ensuite à définir le rôle et le statut de ce thérapeute. La dernière partie de l'article est consacrée à la présentation d'un cas clinique lui permettant d'illustrer la spécificité de cette approche.

Mots-clés : thérapie du langage, apprentissage, représentations, entretien à visée thérapeutique, compétence de dévolution.

LA THÉRAPIE DU LANGAGE, UNE PROFESSION ENCORE TRÈS MAL CONNUE

Il existe dans le champ professionnel de l'orthophonie, comme dans tout champ professionnel d'ailleurs, différentes tendances. Deux grands courants se dégagent, qui ne sont d'ailleurs certainement pas représentatifs de la diversité des pratiques de terrain¹, un premier courant que l'on pourrait qualifier plutôt de « techniciste » et un second courant s'inscrivant plus nettement dans le « relationnel ».

Dans cet article, il ne sera question ni du premier ni du second de ces courants mais de « thérapie du langage ». Il ne s'agit pas d'une coquetterie verbale mais d'une redéfinition, à la lumière des savoirs actuellement disponibles en sciences humaines et tout particulièrement en sciences du langage, de la pratique professionnelle². J'emploie d'ailleurs ce syntagme faute de mieux. En effet, il peut prêter à confusion dans la mesure où certains tenants du second courant ont

¹- Il est, hélas, assez difficile d'avoir accès aux pratiques effectives de terrain.

²- Pour plus de détails, le lecteur se reportera à ma thèse. Il y trouvera une présentation critique des discours et pratiques de l'instance orthophonique concernant la « pathologie du langage écrit » et une analyse approfondie des effets que ces discours et pratiques produisent sur les orthophonistes-étudiants.

déjà utilisé l'expression « thérapeutes du langage et de la communication » pour se désigner et se démarquer de leurs confrères. De plus l'expression elle-même ne me satisfait pas, elle a l'allure d'un truisme et je lui préférerais volontiers cette tournure un peu longue de « psychothérapeute, clinicien du langage ». Cette formule beaucoup plus explicite fait très bien ressortir la spécificité de l'approche préconisée, qui se différencie nettement des deux tendances précédemment citées par les soubassements théoriques sur lesquelles elle repose. Ces précisions étant faites, je vais maintenant m'attacher à montrer en quoi la thérapie du langage peut être un lieu propice à des médiations éducatives.

LES REPRÉSENTATIONS, UN DES CONCEPTS FONDATEURS DE LA THÉRAPIE DU LANGAGE

C'est Bachelard (1938) qui constate dès la première moitié du XXe siècle que tout individu a, avant même de suivre un enseignement particulier, des savoirs sur l'objet de cet enseignement et plus largement sur ce qu'il convient de faire pour conduire cet apprentissage. Ces savoirs vont constituer autant d'obstacles que rencontreront apprenant et enseignant lors de l'accession aux savoirs savants. Cet auteur parle à ce propos d'« obstacle épistémologique » : « [...]...les professeurs de sciences imaginent que l'esprit commence comme une leçon, qu'on peut toujours refaire une culture nonchalante en redoublant une classe, qu'on peut comprendre une démonstration en la répétant point pour point. Ils n'ont pas réfléchi au fait que l'adolescent arrive dans la classe de physique avec des connaissances empiriques déjà constituées : il s'agit alors, non pas d'acquérir une culture expérimentale, mais bien de changer de culture expérimentale, de renverser les obstacles déjà amoncelés par la vie quotidienne » (*La formation de l'esprit scientifique*, p. 17).

Les travaux de Bachelard, bien que ne s'inscrivant pas dans le champ des sciences humaines, ont été à l'origine de nombreuses recherches en didactique des langues³. Certes les recherches actuelles se

³ - Le concept d'obstacle a été transposé de l'épistémologie vers les problèmes d'apprentissage notamment par Sanner (1975). Giordan (1978) impulse depuis une quinzaine

dégagent du radicalisme d'un Bachelard⁴, mais pour la majorité des chercheurs, l'apprenant, qu'il soit adulte ou enfant, a déjà, avant toute intervention pédagogique, sa propre conception de l'objet de l'apprentissage visé et c'est cette conception qu'il importe non pas de détruire mais de connaître, car c'est sur elle qu'il s'agira de construire les actions pédagogiques. La thérapie du langage s'inscrit tout naturellement dans ce cadre théorique.

LA THÉRAPIE DU LANGAGE, UNE PSYCHOTHÉRAPIE ET UNE CLINIQUE DU LANGAGE

Parmi la clientèle habituelle d'un thérapeute du langage, figure en bonne place des patients qui présentent des difficultés dans la maîtrise de la langue orale ou écrite. Ces difficultés sont source de souffrances ou tout au moins de malaise. Elles peuvent concerner des enfants en cours d'apprentissage scolaire et aussi des adultes indemnes de toute atteinte neurologique. Dans ces cas⁵, la thérapie du langage, contrairement à d'autres pratiques thérapeutiques existantes, ne proposera pas de démarches à visée réparatrice. Comme on l'a vu plus haut, il n'est pas possible de faire (ré) apprendre quelque chose à quelqu'un par gommage successif des savoirs erronés puis par empiement substitutif de nouveaux savoirs, présentés comme les « bonnes connaissances ». Le but de cette thérapie du langage ne sera pas de ré-éduquer, de « combler des lacunes », mais de proposer aux consultants un lieu spécifique où il sera amené à découvrir, à son rythme et s'il le désire⁶, le pourquoi de ses difficultés et à inventer des transformations possibles dans les conditions subjectives et objectives qui

d'années maintenant, dans le champ des sciences naturelles, un important courant de recherche dans le domaine des représentations des apprenants.

⁴- Il suggérait une « psychanalyse », c'est-à-dire, pour lui, une dislocation, un effacement total de tous les obstacles épistémologiques, de tout ce qui fait qu'un individu peut avoir une représentation de quelque chose de façon à pouvoir, à partir de là, en construire d'autres fonctionnant véritablement sur le mode scientifique. Le concept de représentation n'est plus perçu sous cet aspect négatif.

⁵- Comme dans d'autres dus à des lésions et/ou des atteintes neurologiques mais dont il ne sera pas question dans le cadre de cet article.

⁶- Ce qui n'est pas toujours le cas. Certains patients mettent énormément d'énergie à ne pas apprendre.

sont à la base de ses problèmes.

Lors des suivis en thérapie du langage, il sera donc tenu compte des représentations que le consultant se fait de son statut d'apprenant, de la tâche à accomplir, de l'objet d'apprentissage qui pose problème. On s'intéressera également à la manière dont il perçoit le langage et son statut de locuteur/scripteur dans différentes situations de communication.

Pour lui permettre de s'interroger sur ses conduites et ses représentations, le thérapeute le placera au moment opportun (c'est-à-dire au moment où il sentira le patient capable de mieux supporter des situations génératrices de souffrance⁷) dans des situations favorisant les conflits cognitifs (voir Piaget et plus près de nous les travaux de Giordan). Ces situations seront de nature à introduire des ruptures dans ses représentations existantes et favoriseront remises en cause et questionnements. Placer ainsi le consultant dans la position de s'interroger sur ses conduites et ses représentations, le mettre dans la situation de les verbaliser et d'en rendre compte, c'est lui donner les moyens de comprendre de façon auto-évaluative, par retours constants sur les stratégies qu'il met en œuvre, la nature de ses difficultés et de prendre en charge son suivi. Le thérapeute, par ce travail de verbalisation et ces confrontations variées à des tâches langagières concrètes, aidera son patient à devenir le sujet actif de ses séances. Petit à petit, ce dernier pourra renouer avec lui-même et se réconcilier avec les apprentissages qui lui posaient problème.

Ainsi décrite, la pratique de thérapie du langage apparaît bien comme un lieu de médiations. Il s'agit bien d'une intervention qui est destinée à amener un accord, celui du patient avec lui-même.

Je vais expliquer maintenant comment le thérapeute s'y prend pour tenir cette place de tiers dans la relation duelle qu'il établit avec son patient.

⁷- C'est sans doute un des points essentiels qui différencie un suivi en thérapie du langage d'un suivi pédagogique et/ou d'une remédiation classique. Dans le cas d'un suivi en thérapie du langage, il y a souvent un long temps qui s'écoule avant que le patient n'accepte de se confronter verbalement ou dans une tâche concrète à ce qui fait problème pour lui.

UN OUTIL DE LA MÉDIATION, L'ENTRETIEN CLINIQUE À VISÉE THÉRAPEUTIQUE

Le thérapeute du langage, de par sa formation personnelle, va pouvoir utiliser dans le cadre de son travail avec son patient l'outil bien spécifique qu'est l'Entretien Clinique à visée thérapeutique. Charlot, Bautier et Rochex (1992 241) le définissent comme *un moment de travail clinique [...] où le sujet [peut] par le biais [du] questionnement, [des] reformulations et de leurs effets d'interprétation, être en débat avec lui-même, interroger les rationalisations qu'il opère de sa propre histoire, se poser (voire s'opposer) à lui-même les questions [qui lui sont posées].*

Dès les premiers entretiens, le patient est mis en position de se dire dans ses relations et son vécu avec l'objet d'apprentissage qui fait problème et pour lequel il consulte, dans ses difficultés à se poser comme être de parole ou d'écriture, dans la structure psychique de son moi de façon à ce qu'il découvre, à la faveur de ce travail d'introspection, la nature et le sens de ses blocages.

En effet, au cours de ces premiers entretiens, il paraît fondamental, non pas tant de faire une évaluation sommative de ce que le consultant sait ou ne sait pas faire — ce qui reviendrait, une fois encore, à le placer en dehors de son apprentissage —, mais d'écouter ce qu'il a à dire sur ses compétences et ses difficultés à l'oral ou à l'écrit. Ce qui est important qu'il découvre, ce sont *les réseaux référentiels* qu'il a privilégiés pour parler de tel ou tel objet d'apprentissage. Comme le dit Dabène (1987, 170) le *discours de type explicatif* produit par le consultant s'organisera selon les cas :

- *soit autour du ÇA VEUT DIRE entraînant une sorte de tentative de « définition » non exempte, comme nous l'avons dit, d'orientation évaluative ;*

- *soit autour du POUR MOI, C'EST... JE faisant appel immédiatement à l'expérience du participant.*

Il est ainsi possible de cerner la nature de la position psychosociale (qui je suis moi, locuteur, scripteur ?), cognitive (qu'est-ce pour moi de l'oral, de l'écrit ?) du consultant par rapport aux objets langagiers.

Le cadre de ces entretiens constitue une première étape dans un travail que je qualifierais de *métacognitif* pour désigner par là le re-

tour réflexif exigé du patient sur les stratégies d'apprentissage qu'il met en jeu.

Cette tâche, cependant, implique du patient un certain niveau d'analyse, dont il n'est pas toujours capable, d'une part, parce que ce recul métacognitif nécessite une bonne maîtrise du langage dans sa dimension épistémique et, d'autre part, parce que la verbalisation de ces savoirs et savoir-faire est une conduite peu habituelle, en rupture avec l'attente du consultant dont la demande est essentiellement une demande de remédiation posée en terme de rééducation passive calquée sur les modèles d'enseignement scolaire. Il est donc fréquent que l'on se heurte à des difficultés de verbalisation et/ou à des refus.

Il convient alors de recourir à des mise en situations concrètes servant d'étayage aux dires des consultants et leur permettant secondairement de confronter leurs dires (connaissances déclaratives⁸) sur leurs compétences et/ou difficultés langagières à leurs savoir-faire (connaissances procédurales⁹). Le patient est ainsi mis en position de se rendre compte s'il supporte ou non d'être confronté à des tâches impliquant l'utilisation de l'oral et/ou de l'écrit et si cette confrontation à du « faire » favorise ou non :

- la prise de conscience du fait qu'il maîtrise un certain nombre de savoir-faire¹⁰,
- la verbalisation et la mobilisation de connaissances déclaratives.

⁸- J. F. Halté différencie le fonctionnement procédural d'un sujet et ses verbalisations ou si l'on préfère les connaissances procédurales et les connaissances déclaratives. Les premières s'actualisent dans le « faire » et les secondes sont mobilisables en dehors d'une quelconque activité. Il y a entre ces deux pôles une tension plus ou moins forte selon l'importance des distorsions que l'on pourra repérer entre les deux types de connaissances.

⁹- J'ai, en effet, pu constater à maintes reprises que le fait de proposer au consultant un support à sa réflexion permettait à ce dernier (et à moi également) d'une part, d'accéder plus facilement à la verbalisation de ses savoirs et savoir-faire et d'autre part, de prendre conscience d'un certain nombre de ses compétences et également des distorsions qui existaient entre ses dires sur le faire et son faire réel : « je pense que j'écris/je parle de telle manière, que j'échoue dans tel ou tel domaine, que j'excelle dans tel autre, que j'ai telle ou telle stratégie et je me rends compte que la manière réelle dont je m'y prends ne correspond pas à ce que je dis/crois que je fais, que les difficultés que je situais à tel endroit sont en fait inhérentes à d'autres niveaux etc. »

¹⁰- Un individu mobilise lors d'une tâche d'écriture par exemple un certain nombre de savoirs et de savoir-faire sur le fonctionnement d'une tâche scripturale qu'il produit et sur la façon dont il procède pour la produire.

En s'interrogeant sur les attitudes qu'il adopte au cours de ces situations d'étayage, le consultant parvient petit à petit à mieux cerner pourquoi il ne réussit pas à apprendre.

UN ACTEUR DE LA MÉDIATION, LE THÉRAPEUTE DU LANGAGE

La fonction de thérapeute est, à elle seule, instance de médiation. C'est parce que le thérapeute est, de par sa formation, en position de se placer comme tiers dans cette relation duelle qu'il permet à son patient d'évoluer dans son questionnement. Voyons les choses un peu plus en détails.

A côté de la maîtrise des principaux processus psychiques que sont l'identification, le transfert, le contre-transfert¹¹, le thérapeute du langage devra faire preuve d'une compétence de *dévolution* (Brousseau, 1984), aspect spécifique de son attitude au cours des entretiens.

L'enfant, l'adolescent et/ou l'adulte qui viennent consulter ce clinicien pour des problèmes, en général, d'apprentissage que ce soit à l'oral ou à l'écrit, se sentent, en quelque sorte, malades¹² du français. Tout comme l'élève, le consultant attend du thérapeute du langage qu'il lui apprenne quelque chose et plus encore que l'élève, le consultant attribue au professionnel un pouvoir quasi magique de guérisseur. Je me souviens d'un enfant de 9 ans que les parents m'avaient confié pour difficultés à l'écrit, et qui, au cours de la première entrevue, me demandait de lui donner quelque chose pour qu'il ne fasse plus de fautes d'orthographe parce qu'il était, disait-il, malade de l'écrit.

C'est à cette représentation d'une transmission miraculeuse des savoirs, puisque la demande se situe, apparemment du moins, au niveau d'une amélioration des apprentissages, que le thérapeute du langage a à faire et il doit dès le premier entretien permettre au consultant de rompre avec ce modèle en l'informant de son statut et de son rôle car, comme le dit Jonnaert (1988, 34) : « *personne ne peut ap-*

¹¹- Pour plus de détails sur ces points se reporter à l'ouvrage de D. W. Winnicott (1971) *La consultation thérapeutique et l'enfant*.

¹²- Les parents d'ailleurs présentent très souvent à leur enfant le lieu de l'orthophonie soit comme un lieu médical, ils parlent de l'orthophoniste comme d'un docteur qui soigne sans faire de piqûre, soit comme un lieu parascolaire, l'orthophoniste est une espèce de professeur particulier qui a des trucs pour mieux faire apprendre.

prendre à la place d'un autre. Apprendre c'est faire sienne une notion, une procédure, apprendre, c'est découvrir pour soi une signification ».

Pour pouvoir remplir ce rôle, le thérapeute du langage devra bien sûr être au clair sur son statut et permettre au consultant de prendre *la parole et la place qui conviennent*. Au même titre que le psychothérapeute mais dans un autre champ exploratoire, le thérapeute du langage sera celui qui mettra le consultant *en état de parole*.

Pour aider le consultant à se situer à la juste place et donc lui permettre de s'engager dans la verbalisation de ce pour quoi il est venu, le thérapeute du langage doit adopter une position qu'avec Brousseau (1984) je nomme de « dévolution ». Par l'acte de dévolution, le thérapeute signale clairement son statut et montre qu'il n'est pas dans son rôle de diffuser des connaissances. C'est en résolvant lui-même les problèmes qu'il rencontre au cours de son apprentissage et seulement comme cela que le consultant parviendra à comprendre pourquoi il n'apprend pas. Adopter la position de dévolution, c'est donc, en cédant volontairement l'acte d'enseigner auquel le patient s'attend, lui permettre d'accepter petit à petit d'injecter dans la relation un certain nombre de connaissances tirées de son univers personnel, et de risquer ses savoirs pour en construire d'autres. Adopter la posture de dévolution, c'est placer le consultant en position de prendre en charge son apprentissage et donc sa parole et finalement de s'interroger sur le sens de sa démarche.

Dans l'acte de dévolution, le thérapeute propose au consultant un passage du devoir guérir au droit de se dire pour mieux comprendre, donc mieux apprendre. Ce droit, le consultant va devoir petit à petit le conquérir avec l'aide du thérapeute en acceptant de faire le deuil de la tranquille sécurité d'une relation de laquelle, reléguant tout pouvoir au professionnel, il s'excluait comme acteur central.

L'essentiel de la relation duelle thérapeute/patient va donc tenir dans la capacité du thérapeute à faire se confronter sa représentation de l'apprentissage et des objets langagiers, représentation d'expert, à celle du consultant, en évitant le piège qui constituerait à faire l'économie de cette situation conflictuelle résultant inévitablement du choc des deux représentations. Risset (1981, 214-215) met en garde contre un tel raccourci et dit que ce qui fait l'essentiel de l'acte pédagogique est justement « *la confrontation des deux représentations du maître et*

maître et de l'élève. Le piège que nous voyons dans la situation pédagogique tient à la situation elle-même. Le maître a une expérience plus riche que celle de l'élève au moins sur ce qu'il prétend enseigner. La tentation est grande alors de faire l'économie de la situation conflictuelle que représente le choc de ces deux représentations. Cette économie peut tenter le maître et l'élève, qui évitent alors tous les deux une situation passionnelle toujours hasardeuse, et le gestionnaire qui ne comprend pas le détour que représente la prise en compte de la « mauvaise représentation » de l'élève en face de la vérité scientifique tombant de la bouche du maître [...] la confiance que l'élève a dans le maître, [...], dérape à ce moment-là dans une science constituée, [...], et l'acte pédagogique se transforme en une prétendue médiation de l'enseignant entre l'élève et la science, évacuant de l'enseignement ce qui est propre à l'esprit scientifique : l'aspect critique et la démarche à rebours et imbrications... ». C'est bien sûr ce genre de dérapage qu'il faut à tout prix éviter dans une thérapie du langage.

Cette confrontation de deux représentations, celle du thérapeute et celle du consultant, qui ne consiste ni à exposer telle ou telle théorie ni à se livrer à l'interprétation des dires de son patient, est l'équivalent d'un point de vue plus strictement pédagogique de ce que j'appelais précédemment l'utilisation du système théorique du clinicien et va permettre au consultant de s'interroger sur son fonctionnement en lui fournissant justement un système conceptuel rendant ce questionnement possible.

Au cours des séances, le thérapeute se placera le plus possible en position de témoin bienveillant de la tâche que le consultant souhaite réaliser. Il se rendra ainsi disponible pour observer ce qui se joue dans telle ou telle situation tout en témoignant de son intérêt pour ce qui est accompli devant lui et ce quel que soit le résultat atteint. Au cours de cette observation, il pourra intervenir verbalement en faisant certains commentaires visant toujours à permettre au consultant de prendre du recul par rapport à la tâche réalisée et à son attitude. Par exemple, lorsque le consultant réussit dans une tâche qu'il avait posée comme hors de ses compétences, le thérapeute le lui fera remarquer de façon à ce qu'il puisse s'interroger sur le sens de ses dires et resituer plus justement ses compétences.

Les interventions du thérapeute porteront également sur le maté-

riel verbal, les *signifiants* utilisés par le consultant. Je me souviens par exemple d'une patiente qui avait consulté pour des problèmes vocaux et qui décrivait constamment sa voix comme n'étant pas « normale ». Son analyse ne pouvait pas aller au-delà de ce terme ce qui compromettrait toute évolution. Ce n'est que quand elle a accepté de réfléchir sur le sens que ce terme avait pour elle, qu'elle a pu réaliser la nature profonde de sa demande qui allait bien au-delà d'une « simple » réhabilitation vocale. Un autre patient qui avait, lui, consulté pour des difficultés dans le domaine scriptural, utilisait systématiquement, pour décrire ses incompétences scripturales, le terme de « faute ». Je l'ai amené à réfléchir sur le sens que ce terme avait pour lui. Il a pu établir des associations très intéressantes entre ce terme et ceux de « péché », « honte », « punition », le renvoyant à un vécu scolaire et familial passé qu'il avait refoulé. Ne l'ayant jamais verbalisé, il s'interdisait ainsi toute prise de distance possible par rapport à ce vécu douloureux. Le fait d'avoir pu en parler lui permit au contraire de relativiser un certain nombre d'éléments et d'être moins négatif par rapport à l'objet d'apprentissage pour lequel il avait consulté.

UN CAS CLINIQUE

Pour illustrer cette approche, je voudrais présenter un cas clinique un peu plus en détails. Je ne peux relater, dans le cadre de cet article, le long cheminement de ce suivi. Je me contenterai d'en retracer les grandes lignes et de faire ressortir les principes qui ont guidé mon écoute de façon à illustrer quelque peu les propos précédents.

Il s'agit d'un patient adulte qui vient me trouver pour des difficultés à l'écrit. Il est analyste-programmeur et rencontre de sérieuses difficultés pour produire ses rapports. Il m'explique qu'il vient à tout hasard car il ne croit guère en ce type de prise en charge. Il a suivi une rééducation pour dyslexie pendant trois ans vers l'âge de 11 ans sans aucun résultat. L'orthophoniste lui faisait faire des dictées, il confondait des mots visuellement proches comme « poisson » et « poison », inversait les lettres. Les choses n'ont d'ailleurs pas changé. Plus il réfléchit sur la manière dont les mots s'écrivent, plus il fait de « fautes ». Ses difficultés à l'écrit l'ont conduit au redoublement du CM1 puis progressivement sur « une voie de garage » et maintenant elles le pénalisent au niveau professionnel. C'est d'ailleurs ce dernier point

qui l'a conduit ici. Récemment il a raté un emploi suite à l'envoi de sa lettre de motivation. Cet échec, il l'attribue à ses difficultés scripturales. Très souvent on lui dit que son écriture est « fouillis », hachée, coupée, pas franche. Et pourtant il adorait écrire, il a arrêté à cause des fautes d'orthographe, il avait « peur d'être relu avec des fautes », peur du regard des autres. D'ailleurs à quoi bon écrire, ajoute-t-il, puisque l'on est toujours relu non pour le fond mais pour la forme.

Le patient décrit ses conduites scripturales actuelles en expliquant qu'elles n'ont pas variées, il se plaint de son orthographe, de son graphisme, s'étonne de ne pas être capable d'écrire un texte du premier coup comme tout le monde et de devoir toujours « se faire relire », il ne supporte pas de donner son écriture à voir, sa hantise est qu'on le regarde écrire comme lorsqu'il était encore à l'école et qu'il devait écrire au tableau ou lorsqu'il y avait quelqu'un derrière son épaule.

Ses motivations actuelles sont essentiellement d'accéder à un poste supérieur dans son travail. Pour lui le moyen d'y parvenir, c'est de pouvoir se sentir mieux à l'écrit et de ne plus avoir besoin d'un relecteur.

On voit ici combien la réflexion que ce patient porte sur ses difficultés scripturales est riche et comment elle va pouvoir servir de support à un travail de réflexion plus approfondi. Il va s'agir de permettre au consultant de prendre du recul par rapport à ses dires, de l'aider à mieux saisir le sens qu'a pris pour lui le mot « écriture » et la nature des relations qu'il a petit à petit construit avec ce moyen de communication de façon à ce qu'il parvienne à comprendre ce qui fait depuis si longtemps obstacle à son apprentissage. Avec ce patient, le travail se fera essentiellement par le biais de verbalisations tant le blocage à l'écrit est massif.

Dès le premier entretien, le patient verbalise différentes représentations qu'il s'est construites de l'écrit, elles tournent essentiellement, comme très souvent d'ailleurs dans ces cas, autour de l'orthographe, du graphisme et du vécu que le scripteur en a. Certes, il est question également au cours de ce premier échange de l'aspect « production de texte » et d'un certain nombre de fonctions attribuées à l'écriture. Mais bien que ce patient puisse évoquer d'autres composantes à l'acte scriptural, il ne les considère pas comme constitutive de cette compétence. Pour lui savoir écrire se limite à deux composantes,

avoir un beau graphisme et ne pas faire de fautes d'orthographe. Il interprète son échec à l'écrit essentiellement comme un échec dû à la non-maîtrise de ces sous-routines.

On a affaire ici à une représentation de l'écriture comme tâche de reproduction, de transcription ou de copie. La dimension de l'ordre scriptural, l'absence de l'autre au moment de la production et au moment de la réception n'est pas prise en compte. Il n'est question de l'autre que dans sa dimension de « censeur de l'écrit produit ».

L'écrit dans sa dimension de production d'un quelque chose à dire à l'initiative du scripteur n'est pas totalement absent du discours de ce patient mais cet aspect n'est pas perçu comme pouvant poser problème. Le patient se représente l'écriture comme un « avoir à dire » et un « savoir le dire » ne nécessitant aucun type de retravail de la trace : s'il ne parvient pas à produire des textes du premier jet, c'est pour lui, parce qu'il doit se relire à cause des fautes d'orthographe, d'ailleurs à force d'avoir été sanctionné, il a préféré renoncer à toute production.

Ce qui ressort massivement de ce premier point, c'est le poids du vécu scolaire traumatisant et son effet inhibiteur sur ce patient qui ne parviendra d'ailleurs qu'une seule fois au bout de nombreuses séances à produire un texte et à me le faire lire.

Le patient poursuit sa réflexion personnelle et évoque deux aspects importants de son vécu de l'écriture, sa fonction cathartique d'une part et sa fonction de gestion des relations affectives et familiales de l'autre.

L'écrit avait/a pour le patient une fonction psychologique de retour sur soi, une fonction d'épanchement. Écrire, c'est ne plus souffrir, c'est ne pas mourir puisque quelque chose va être fixé de façon définitive, c'est produire un quelque chose à dire dans un moment d'exaltation intense qui interdit par ce fait même toute relecture puisqu'elle ne peut se faire que dans un après coup.

A la première définition de l'écriture comme simple transcription orthographique s'ajoute donc celle qui considère l'écriture comme gestion du Moi. Écrire, c'est écrire sur soi, pour soi.

Mais dans cette situation :

- la construction de l'autre lecteur est gérée de façon très différente de celle qui préside à la production de textes d'un autre type, un certain nombre de choses n'ont pas à être explicitées puisque le futur

lecteur est un autre Moi,

- la réécriture n'est pas envisageable dans la mesure où elle ne peut être vécue que comme autant de trahisons par rapport à l'événement et au sentiment vécus dans la plénitude de son intensité, or il s'agit là pour le patient de réduire des tensions affectives et de noter une *partie d'inconscient* : « *les mots qui viennent spontanément sous la plume, comme sous l'effet de la colère, sont les plus justes. Corriger (sic) serait retomber dans des contraintes normatives, dans la normalité, or l'écriture est pour moi un moyen de me démarquer, de m'affirmer* ».

- la relecture n'est tolérable que dans la mesure où elle est lecture-retrouvaille au sens où la définit Ricardou (1984) et qu'elle préserve ce premier jet si précieux. Or dans l'expérience du patient, l'autre lecteur ne peut être vécu que comme censeur dans la mesure où il se permet d'opérer des corrections sur ces productions à visée cathartique.

Par ailleurs, c'est par l'écrit que le patient échangeait avec sa mère « *A la maison on ne communiquait entre parents et enfants que par petits mots surtout quand quelque chose allait mal. Quand j'avais fait quelque chose de mal j'écrivais à ma mère « je t'aime ». Un jour le papier est tombé à l'eau et je l'avais mis à sécher sur le radiateur, je ne l'ai plus retrouvé, ma mère était passée et l'avait détruit* ». Le patient enchaîne sur l'écrit scolaire « *J'ai tout mis de moi dans les rédactions et on n'y a vu que les fautes d'orthographe, c'est pareil quand j'écrivais des lettres d'amour, la fille, elle me soulignait les erreurs* ».

L'écriture est utilisée comme une procédure de protection permettant au patient de se soustraire à un affrontement direct avec sa mère. Cette fois encore l'écriture sert à réguler des rapports affectifs et elle n'est perçue que dans cette dimension. Pour le patient écrire à l'école, c'est encore s'écrire dans la dimension de tous ses affects. Or ce n'est pas l'attente de l'instance scolaire et c'est sur le « *français* » que le patient va se trouver « *condamné* » : « *on me considérait comme un nul, on voulait me faire tripler le CMI, j'ai été parqué, classé dans les pas bons, les pas intéressants, je voulais dire quelque chose à l'écrit on ne m'a pas écouté à cause de la forme* ». Il y a eu malentendu.

Cette utilisation de l'écrit dans sa dimension psychologique type confession, journal intime et régulation des relations familiales envahit la représentation que le patient se fait de l'écriture. Associée aux représentations normatives de l'écrit scolaire évoquées plus haut et aux blessures narcissiques que les sanctions ont entraînées, elle fait écran à d'autres prises de conscience et lui interdit d'entrevoir d'autres fonctions de l'écriture nécessitant d'autres gestions scripturales, d'autres stratégies de relectures, d'autres positions énonciatives.

Le patient ne peut vivre l'autre lecteur que dans la dimension d'un censeur qui va le juger. Il rejette violemment tout ce qui touche à l'écrit dans la mesure où il le renvoie à un passé douloureux de perdant, de « nul ». Ce n'est pas son écrit qui faisait l'objet de corrections et de jugements mais lui qui se trouve barré. Le patient explique qu'il se vit comme un analphabète, il s'étonne lui-même d'avoir pu décrocher son BTS et pense qu'il n'est pas aussi intelligent qu'il le laisse paraître.

Il ne peut envisager d'autres reprises de la trace que celle qui consiste à corriger l'orthographe et à s'appliquer à bien tracer ses lettres. Il y a d'un côté une écriture cathartique et de l'autre la machinerie scolaire réduite à l'acquisition d'une batterie de règles qui ne prennent aucun sens pour le patient si ce n'est celui de faire écran à son dire. Le patient ne parvient pas à penser l'écriture dans la dimension de l'autre.

Dans ce suivi, il est donc du plus grand intérêt de faire découvrir au patient par des relances appropriées qu'il utilise le terme « écriture » pour désigner des réalités très différentes de la simple non-maîtrise orthographique, qu'écrire ne se limite pas à une tâche de transcription, qu'il existe d'autres relectures que la seule relecture dépoussiérage orthographique et que la tâche d'écriture semble être investie par lui d'une façon toute particulière. Ces prises de conscience sont fondamentales car elles vont permettre au patient d'affiner l'analyse qu'il est en train de faire de ses difficultés scripturales et d'entrevoir d'autres éléments expliquant ses ratés d'apprentissage.

Parallèlement à ce travail de profération et pour rendre les choses plus concrètes, j'ai proposé au patient différents supports :

- par le biais de l'observation de différents systèmes d'écriture, je l'ai placé en situation de s'interroger sur le fonctionnement de notre système de traces institué. Il a ainsi pu prendre conscience que les

mots dans la grande majorité des cas ne s'écrivent pas comme ils se prononcent contrairement à ce qui était dit en classe et qu'il s'efforçait d'appliquer, qu'il n'y a pas de correspondance biunivoque entre l'ensemble des lettres et l'ensemble des sons, que des lettres peuvent noter des relations syntaxiques et non des sons, etc. qu'il aurait été possible de choisir d'autres modes de notation (arbitraire) et que tout système d'écriture a ses limites.

- par le biais de l'observation de textes défaillants à différents niveaux, je lui ai demandé de me dire ce qui ne lui paraissait ne pas être pertinent dans ces productions. Il a ainsi pu découvrir l'existence d'autres dysfonctionnements entravant le fonctionnement du texte et en rendant la compréhension difficile. Ces dysfonctionnements portaient cette fois sur la gestion de l'ordre scriptural, les producteurs de ces textes, des non-experts, maîtrisant de façon très incertaine leur position énonciative, passant d'un type de texte à un autre, omettant de mettre en mots un certain nombre d'éléments appartenant au situationnel et au non-verbal. Il a perçu également que l'on pouvait produire différents types de textes répondant à des motivations variées.

Mais ce n'est qu'après avoir accepté de produire lui-même un texte que le patient verbalisera de façon plus fine les difficultés qu'il rencontre lors de la production d'écrit (difficultés à se positionner dans des textes à visée informative, explicative, argumentative, problèmes pour savoir à qui il s'adresse, pour savoir comment il lui faut procéder pour choisir et hiérarchiser ses arguments...).

POUR CONCLURE

Je pense avoir montré, dans ce court article, en quoi la thérapie du langage est un lieu de médiation. Le thérapeute du langage, par le biais de l'entretien clinique, doit permettre au consultant de se placer dans une posture lui autorisant d'auto-gérer ses apprentissages. Seule cette attitude de dévolution autorisera le consultant, par des verbalisations successives et à son rythme, à se construire un autre statut d'apprenant, un autre statut de locuteur/scripteur.

Monique FRUMHOLZ

Abstract : This paper is about speech therapy regarded as a field where educational mediation can take place. After making a quick clarification concerning the profession of speech therapists, the author explains their role and status. The last part of the paper deals with the presentation of a medical case illustrating the specificity of the author's approach.

Key-words : speech therapy, learning, constructs, clinical interview, devolution competence.

Bibliographie

- Bachelard, G. 1975. *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Paris, Vrin. (1^{re} éd. 1938).
- Bernstein, B. 1975. *Langage et classes sociales. Codes sociolinguistiques et contrôle social*. Paris. Ed. de Minuit.
- Blanchet, A. et alii. 1985. *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris. Bordas.
- Brousseau, G. 1984. « Le rôle central du contrat didactique dans l'analyse et la construction des situations d'enseignement et d'apprentissage des mathématiques », in : *Actes de la 3^e École d'Été de didactique des mathématiques*. Olivet, IMAG Orléans.
- Bruner, J. S. 1981. *Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire*. Paris. PUF.
- Charlot, B. Bautier, E. Rochex, J. Y. 1992. *École et savoir dans les banlieues... et ailleurs*. Paris. Armand Colin.
- Dabène, M. 1987. *L'adulte et l'écriture*. Bruxelles. De Bœck-Wesmæl.
- Delforce, B. et Hédoux, M. 1990. « Représentations de la langue et représentation du savoir dans des formations à l'écrit : pour une pédagogie des ruptures ». *Éducation Permanente*, pp. 51-62.
- Frumholz, M. 1992. *Écriture et Orthophonie. Contribution à une réflexion sur le statut, le rôle et la formation des thérapeutes du langage*. Thèse Paris III, Sorbonne Nouvelle.
- Frumholz, M. 1994. « L'évaluation du savoir lire par les orthophonistes, poids de l'instrumentation choisie sur les résultats obtenus ». *Lidil*, n° 10, pp. 178/193.

- Frumholz, M. 1994. « Difficultés langagières, échec scolaire et thérapie du langage. Questions de langue à l'école. » *Le Français Aujourd'hui*. n° 107, sept, pp. 100/106.
- Frumholz, M. 1994. « L'oral et ses représentations en orthophonie et en thérapie du langage ». *La Lettre de la DFLM* n° 15.
- Frumholz, M. 1995. « Écriture, orthographe, dysorthographe ». *Enjeux* n° 34, mars, pp. 97/110.
- Frumholz, M. 1995. « La problématique des tests et leur poids dans la construction de la notion de pathologie du langage en orthophonie ». Lyon ; *Voie Livre*.
- Frumholz, M. : *Écriture et Orthophonie*. (à paraître).
- Giordan, A. Vecchi, G. (de) 1987. *Les origines du savoir*. Neuchâtel-Paris. Delachaux et Niestlé.
- Jonnaert, Ph. 1988. *Conflits de savoirs et didactique*. Bruxelles. De Bœck.
- Ricardou, J. 1984. « Pluriel de l'écriture » in *Texte en main* n° 1. pp. 19-31. Grenoble.
- Risset, C. A. 1981. « Gageure de l'enseignement de la vulgarisation scientifique » in *Actes des troisièmes journées internationales sur l'éducation scientifique*, pp. 213/224.
- Vygotsky, L. S. 1985. *Pensée et langage*. Paris. Messidor, Éditions Sociales.