

**PERSPECTIVE PSYCHO-SOCIALE SUR LES INTERACTIONS
ENTRE INTERVENANT ET CONSULTANTS:
L'EXEMPLE DE LA CONSULTATION LOGOPÉDIQUE**

Considérant la consultation logopédique comme une situation de communication qui s'inscrit dans un contexte social donné, je montrerai que le moment de la rencontre entre intervenant et consultant(s)¹ constitue le résultat d'une série de processus cognitifs, affectifs et sociaux qui ont été mis en oeuvre avant la consultation et qui amènent chaque acteur impliqué à construire une certaine définition de la situation et du problème.

J'examinerai tout d'abord comment les rôles d'intervenant et de consultant, le contexte social et institutionnel de la consultation et les différents savoirs détenus par les acteurs impliqués créent un contexte d'interlocution particulier qui est indissociable du contenu même de leur discours. Me situant dans une perspective psycho-sociale, mon but ne sera pas de rendre compte de la dynamique intra-individuelle en jeu à l'intérieur de cette situation, mais de montrer que la définition que chaque acteur donne des manifestations de l'enfant ayant mené à la consultation constitue le fruit d'un processus de catégorisation sociale dont le résultat n'est pas nécessairement le même pour chacun. La consultation sera alors considérée comme le lieu où l'intervenant et les consultants vont implicitement confronter et négocier leurs définitions respectives de la situation et du problème. La consultation logopédique sera prise ici comme un exemple (motivé par le cadre du colloque) qui permettra d'appuyer certaines observations sur des exemples concrets².

Parmi les différentes pratiques logopédiques, je me référerai au cas particulier où des parents consultent un logopédiste (de leur propre initiative ou sur conseil d'un référent) en raison des difficultés d'acquisition du langage (oral ou écrit) de leur enfant³.

LA CONSULTATION LOGOPÉDIQUE: UNE RENCONTRE INTERPERSONNELLE ENTRE ACTEURS SOCIAUX

Classiquement la consultation logopédique comporte deux phases distinctes: une **phase d'évaluation** dans laquelle le logopédiste recueille auprès des parents une série d'informations sur la situation générale de leur enfant et procède ensuite à une observation individuelle de l'enfant; une **phase de traitement**. Je considérerai ici les premiers entretiens entre le logopédiste et les consultants (parents et enfant) lors de la phase d'évaluation.

Quelles sont, dans une perspective psycho-sociale, les caractéristiques de cette rencontre?

1) La consultation n'est **pas une simple rencontre interpersonnelle** puisqu'elle réunit dans un lieu donné (institutionnel ou non) des individus qui ont un rôle social déterminé et dont la rencontre n'aurait pas lieu s'ils n'étaient pas précisément investis de ce rôle. Leurs rôles sont **asymétriques et complémentaires**: Le consultant ne peut être désigné comme tel que parce qu'il est face à l'intervenant et vice-versa. Le rôle professionnel dont l'intervenant est investi suppose:

- a) le **rattachement à une communauté scientifique** dont il tire ses savoirs;
- b) le **rattachement à un groupe professionnel** ayant des points communs au niveau de leur formation, de leur type de pratique, de leur expérience professionnelle, etc., obéissant à certaines normes et partageant certaines valeurs concernant, par exemple, les conditions et les modes de prise en charge des consultants, l'éthique professionnelle, etc.;
- c) l'**acquisition d'une expérience professionnelle** par laquelle il a acquis des savoirs pratiques lui permettant d'affronter des situations nouvelles et variées.

Lorsque l'intervenant travaille dans le cadre d'une institution, il est également investi d'un **rôle institutionnel** qui lui assigne un certain statut et le subordonne à certains objectifs et moyens thérapeutiques définis par l'institution. Les rôles professionnel et institutionnel de l'intervenant assurent, aux yeux des consultants, sa légitimité et suscitent des **attentes** plus ou moins explicites concernant la **situation de consultation** proprement dite, le **rôle de l'intervenant**, les **buts poursuivis** et les **discours**

considérés comme légitimes dans ce contexte d'interlocution. A ce propos, les travaux portant sur l'analyse de la conversation (voir par exemple, Roulet et al., 1987; Trognon, 1989) montrent que le contexte d'interlocution créé par les locuteurs au cours de leurs interactions et le type de discours qui est produit dépendent étroitement les uns des autres. En termes un peu simples, cela signifie qu'on ne dit pas n'importe quoi à n'importe qui n'importe comment: Le consultant sait, par exemple que s'il va chez un logopédiste, c'est pour lui parler de difficultés liées à l'acquisition du langage, alors que s'il va chez le médecin, c'est pour lui faire part de plaintes somatiques⁴. Ou, comme le relève Tilmans-Ostyn (1987), la consultation d'un pédopsychiatre peut, pour les parents, implicitement signifier qu'ils sont d'accord de parler de la relation parents-enfants, mais pas de la relation de couple.

2) L'asymétrie des rôles d'intervenant et de consultant se marque notamment par le fait que les entretiens sont essentiellement basés sur un **échange de questions** (posées par l'intervenant) **et de réponses** (données par les consultants)⁵. En fonction de sa formation professionnelle et de la conception qu'il a de son rôle, l'intervenant a des représentations préalables du déroulement de l'entretien, des informations utiles à obtenir, des développements possibles de certains thèmes abordés par les consultants. Il propose des thèmes, en sélectionne parmi ceux qui ont été apportés par les consultants, en abandonne d'autres ou en reprend certains plus tard. Il suit donc un certain **script** qui imprime une direction à l'entretien.

3) L'enjeu de la consultation ne concerne pas seulement le *hic* et *nunc* de la rencontre entre consultant et intervenant, mais aussi les personnes qui appartiennent au réseau social du consultant: le **référant** qui a conseillé la consultation (pour le logopédiste, il s'agit généralement d'un enseignant, d'un médecin, d'un psychologue ou d'un inspecteur scolaire); les **autres intervenants consultés** (médecin de famille, mais aussi astrologue, guérisseur, magnétiseur, etc.⁶); les **membres des différents groupes sociaux** auxquels se rattache les consultants (enseignants, parents, amis, voisins, etc.).

Comme je le montrerai dans le paragraphe suivant, ces différents acteurs ont chacun construit une certaine définition de la nature des manifestations ayant mené à la consultation (ce que j'appellerai désormais la définition du problème).

LA DEFINITION DU PROBLEME PAR LES DIFFERENTS ACTEURS DE LA RENCONTRE

Considérant la consultation logopédique comme une rencontre interindividuelle située dans un contexte institutionnel, social et culturel dont les interactants tirent certains savoirs, j'examinerai maintenant quelques éléments sur lesquels a) l'intervenant; b) le référant; c) les consultants construisent leur définition du problème.

a) Le point de vue du logopédiste

Dès les premiers entretiens, le logopédiste reçoit de nombreuses informations sur l'enfant et son entourage social. Comment va-t-il organiser et comprendre ces informations? Quel sens le discours des consultants va-t-il prendre pour lui? Comment va-t-il interpréter les manifestations présentées par l'enfant? La définition que le logopédiste donne des manifestations présentées par l'enfant repose sur trois types de savoirs différents:

- Les **savoirs théoriques** issus du monde scientifique. Ceux-ci vont constituer une première matrice lui permettant d'observer les difficultés de langage de l'enfant, de leur donner un sens. Il peut, par exemple, considérer les manifestations de l'enfant comme le symptôme d'un conflit intrapsychique et/ou relationnel, comme l'expression de troubles d'ordre intellectuel, neurologique ou moteur, comme un trouble réactionnel consécutif à un événement de la vie de l'enfant, etc. Ces systèmes explicatifs reposent sur des cadres conceptuels différents⁷ renvoyant eux-mêmes à différents niveaux d'analyse du réel (biologique et somatique, intra-individuel, relationnel, etc.). Ainsi, certains logopédistes accorderont par exemple beaucoup d'importance aux dimensions affectives et relationnelles, alors que d'autres (sans nécessairement les nier) se centreront davantage sur le

développement de certains instruments spécifiques ou sur l'acquisition de certaines stratégies d'apprentissage.

- Les **savoirs pratiques** acquis par l'expérience professionnelle. Ceux-ci se distinguent des premiers par le fait qu'ils ne sont pas forcément explicités et formalisés, mais qu'ils constituent des savoirs en action.

- Les **savoirs quotidiens** qui sont acquis au sein d'un groupe social ou d'une culture donnés (voir par exemple Moscovici, 1976; Leyens, 1983, Gergen et al., 1986; Jodelet, 1989) et qui font partie des expériences extra-professionnelles du logopédiste.

La définition que le logopédiste donne du problème n'est donc pas seulement le résultat de savoirs explicités tels qu'ils peuvent l'être dans les ouvrages scientifiques, mais aussi de savoirs implicites tirés de la pratique professionnelle et extra-professionnelle du logopédiste.

b) Le point de vue du référant

Le référant construit lui aussi sa définition du problème sur des savoirs théoriques, pratiques et quotidiens. Pourtant, ses savoirs théoriques se réfèrent (complètement ou partiellement) à des cadres conceptuels différents de ceux du logopédiste, et ses savoirs pratiques à l'exercice d'un rôle professionnel différent. Les éléments sur lesquels le référant va fonder sa définition du problème, sont donc susceptibles de différer de ceux qui sont pris en compte par le logopédiste, ce qui risque alors de provoquer des malentendus entre eux, voire avec les consultants⁸

c) Le point de vue des consultants

La définition que les parents donnent des difficultés de leur enfant s'élabore principalement sur les savoirs quotidiens qu'ils ont pu construire notamment au travers de leurs relations avec les membres des différents groupes sociaux auxquels ils se rattachent et/ou par certaines lectures, émissions de télévision, radio, etc. (scientifiques ou de vulgarisation) qui proposent des explications sur les difficultés de langage. Ces savoirs plus ou moins explicites

peuvent toutefois se référer à des éléments différents de ceux qui sont pris en compte par l'intervenant et le référant, ou être en décalage par rapport aux savoirs théoriques de ces derniers. Par exemple, si le terme de "dyslexie" est à l'heure actuelle connu de la plupart des parents, cette notion reste pour le logopédiste un objet de débat scientifique⁹.

La définition que chaque interactant donne du problème repose donc sur un ensemble de savoirs explicites et implicites qui n'ont pas la même origine pour chacun et par rapport auxquels chaque acteur a une position différente. En fonction des savoirs qu'il s'est appropriés, chaque acteur va donc observer certaines manifestations au détriment d'autres et leur assigner des significations différentes.

LA DEFINITION DU PROBLEME: UN PROCESSUS DE CATEGORISATION SOCIALE

Dans une perspective psycho-sociale, les processus cognitifs et sociaux par lesquels un acteur construit une définition du problème peuvent être décrits comme une activité de **catégorisation sociale** des informations reçues et des événements observés. Selon Tajfel (1972), la catégorisation est un ensemble de processus psychologiques qui tendent à ordonner l'environnement (groupes de personnes, objets, événements) en termes de catégories, c'est-à-dire "en tant qu'ils sont soit semblables, soit équivalents les uns aux autres pour l'action, les intentions ou les attitudes d'un individu" (Tajfel, 1972, p.272). Elle constitue un processus à la fois **cognitif** (parce qu'il permet la connaissance et la compréhension de l'environnement) et **social** (parce qu'il est fondée sur des valeurs, des normes et des représentations propres à certains groupes sociaux).

La définition que l'intervenant, les consultants et le référant donnent du problème peut donc être considérée comme le résultat d'une activité de catégorisation donnant lieu à des catégories construites de manière non pas purement individuelle et personnelle, mais aussi sociale. Sur la base d'une réalité revêtent par essence des significations multiples et ambiguës (Rommetveit, 1984), les

acteurs sont amenés à construire, en interaction avec d'autres individus, une "vision du monde" qui privilégie certaines significations et repose sur un mode de catégorisation socialement constitué¹⁰.

La consultation chez un logopédiste suppose donc que les parents et/ou le référant aient préalablement opéré une catégorisation des manifestations présentées par l'enfant, c'est-à-dire: 1) qu'ils les aient définies comme des difficultés de langage; 2) qu'ils attribuent à ces difficultés une valeur particulière nécessitant une intervention logopédique; 3) qu'ils aient identifié dans le champ social l'intervenant susceptible, selon eux, de comprendre ces difficultés et de les traiter.

Dans cette perspective, la consultation proprement dite ne constitue qu'une **étape** d'un parcours long et complexe qui ne concerne pas seulement les consultants (et le référant), mais aussi les individus avec lesquels ils interagissent dans la vie quotidienne et, de manière plus distale mais non moins significative, le champ social et culturel dont chaque acteur tire ses savoirs. Autrement dit, les enjeux de la consultation sont à la fois **intra-individuels** (signification que chaque acteur en fonction de son histoire personnelle attribue à la situation et au problème), **interindividuels** (relations entre les consultants et l'intervenant), **sociaux** et **culturels** (au niveau de la définition du problème et de la spécificité des cadres thérapeutiques culturellement et socialement valorisés).

LA "DEMANDE": UNE CONSTRUCTION INTERSUBJECTIVE DE LA DEFINITION DU PROBLEME

Si, comme j'ai tenté de le montrer, les expériences sociales jouent un rôle constitutif dans la construction des catégories d'appréhension du réel, on peut alors penser que la définition que chaque acteur donne des manifestations présentées par l'enfant ne repose pas nécessairement sur le même mode de catégorisation. On constate par exemple que si, pour les parents (voire le référant),

les inversions de lettres ou de sons constituent souvent une manifestation les amenant à "diagnostiquer" chez l'enfant des difficultés de langage (ou une "dyslexie"), pour le logopédiste, elles ne suffisent pas à justifier un traitement. Autre exemple: Alors que pour beaucoup de parents le fait que l'enfant ne lise pas fluidement constitue le signe d'une difficulté d'apprentissage de la lecture, pour le logopédiste, cette manifestation est insuffisante en soi et demande à être étayée par d'autres "signes". Des divergences dans leur définition respective du problème peuvent surgir, ce qui suscite alors la question de savoir comment ces différentes définitions vont être gérées et négociées au cours de leur interaction.¹¹

La consultation constitue donc un lieu **culturellement, socialement et institutionnellement** situé dans lequel les consultants, l'intervenant et l'éventuel référent vont **échanger et négocier**¹² des significations touchant à l'ensemble de la situation de communication dans laquelle ils interagissent. Ce processus de négociation¹³ ne va d'ailleurs pas seulement porter sur les difficultés de l'enfant ("diagnostic"), sur leurs causes et sur les moyens thérapeutiques à mettre en oeuvre, mais aussi sur:

- la **définition de la situation**: l'intervenant et les consultants ont-ils la même définition de la situation logopédique? S'agit-il par exemple, pour eux d'une situation thérapeutique, ludique, didactique, etc.? Quels sont pour chacun d'eux les objectifs de la consultation?;
- la **définition du savoir** en jeu, c'est-à-dire la conception que les différents acteurs ont du langage, la pratique de l'intervenant étant elle-même liée à sa conception du langage (de Weck, 1989):
- le **pouvoir**, ou plus généralement la place, que chaque interactant va prendre et accorder à l'autre (voir Treichler et al., 1984).

CONCLUSIONS

La consultation logopédique constitue une situation sociale complexe dans laquelle les différents acteurs en présence vont tenter, à partir de leur définition respective du problème et de leurs

attentes réciproques, de construire une définition commune portant sur les divers éléments relevés ci-dessus. De ce point de vue, on constate alors que:

1) Le **recueil de l'information** auquel procède l'intervenant n'est, sur le plan interactionnel, pas une opération consistant simplement à obtenir plus ou moins habilement des renseignements utiles de la part des consultants, mais une **construction intersubjective** qui dépend étroitement du contexte d'interlocution et du rôle des acteurs en présence. Comme le relèvent Perret-Clermont et Rovero (1987) à propos d'un type d'entretien spécifique, l'histoire de vie, même si l'objet du discours semble donné d'avance et que la réalité dont il est question pré-existe à la rencontre: *"le discours lui-même à propos de cette réalité est le fruit de l'interaction entre les partenaires en présence."*

2) La **"demande"** (définie ici comme la question ou le problème que le consultant, par lui-même ou par son référent, pose à l'intervenant) même si elle s'exprime avant la rencontre sous forme d'attentes plus ou moins explicites de la part du consultant, est une construction conjointe des interactants. En raison de la dynamique relationnelle s'instaurant entre l'intervenant et les consultants, celle-ci est d'ailleurs instable et évolue sans cesse au cours des entretiens. La "demande" n'appartient donc ni tout à fait aux consultants (et/ou au référent), ni tout à fait à l'intervenant, mais constitue le résultat d'une négociation au terme de laquelle ils parviennent à établir une base intersubjective minimale sur les objectifs de la consultation, la définition du problème et les moyens thérapeutiques à mettre en oeuvre. L'étude détaillée des processus interactionnels par lesquels l'intervenant et les consultants négocient un objet de discours commun et parviennent peu à peu à établir une relation thérapeutique, constitue un objet de recherche qui reste, à ma connaissance, relativement peu développé à l'heure actuelle, si ce n'est dans l'étude des interactions entre patient et médecin (voir par exemple Mishler, 1984; Freeman, 1987) (pour l'étude des relations entre patient et psychothérapeute, voir par exemple, Labov et Fanshel, 1977; Maseide, 1987; François, 1989).

3) Les concepts même de **"maladie"** ou de **"symptôme"**, voire même simplement de "difficultés", n'existent pas en soi, mais constituent

le résultat d'une activité sociale par laquelle les individus construisent certaines catégories (Mishler et al., 1981).

Cet article ne constitue qu'une première tentative visant à articuler les processus relationnels à l'oeuvre dans le hic et nunc de la rencontre entre l'intervenant et les consultants avec les différents éléments qui composent le contexte culturel et social dans lequel a lieu cette rencontre. De nombreuses recherches seraient alors nécessaires pour rendre compte de la manière dont le contenu des échanges et les relations s'instaurant dans la consultation sont affectés par le contexte social plus large dans lequel ils se situent et l'affectent à leur tour.

Michèle Grossen
Université de Neuchâtel

1 Nous utilisons ce terme dans son acception française. Malgré la confusion possible avec l'anglais, nous le préférons aux termes de "client" ou de "patient" qui renvoient de manière trop précise à la définition que l'intervenant donne du rôle de celui qui le consulte.

2 J'ai moi-même une expérience de psychologue clinicienne travaillant dans un service de consultation pour enfants et adolescents.

3 Il s'agit effectivement d'un cas particulier puisque la consultation est demandée pour un tiers: l'enfant.

4 Le problème est évidemment plus complexe: d'une part, comme nous le verrons, les attentes réciproques du consultant et de l'intervenant peuvent ne pas coïncider; d'autre part, le fait que le logopédiste soit consulté pour des difficultés qui ne relèvent pas de son rôle peut aussi être considéré comme un mécanisme de défense ou comme une stratégie sociale d'évitement.

5 Une telle formulation peut paraître paradoxale puisqu'à un niveau plus général, c'est en principe le consultant qui a une question à poser à l'intervenant et que si ce dernier pose des questions, c'est pour donner une réponse!

6 Il est relativement rare qu'un consultant fasse état devant un intervenant comme le logopédiste, le médecin ou le psychologue par exemple, de son recours à la médecine dite "parallèle". Le consultant sait sans doute que celle-ci ne fait pas partie de l'arsenal thérapeutique "officiel", c'est-à-dire légitimé par le groupe social auquel appartient l'intervenant et par conséquent il en évacue toute trace dans son discours (voir à ce propos, Favret-Saada et Contreras, 1981).

7 Au sein d'un cadre conceptuel donné peuvent bien sûr exister différentes interprétations d'une même manifestation. Il ne suffit donc pas d'avoir le même cadre théorique pour être d'accord sur une interprétation des difficultés. Certains présupposés conceptuels étant toutefois tacitement partagés, les risques de divergence sont moins grands que lorsque les cadres théoriques sont différents.

8 C'est pourquoi, en ce qui concerne la consultation psychologique, Berger (1986) accorde une importance particulière au problème du référant.

9 L'enfant peut lui aussi avoir sa propre définition du problème mais il lui est naturellement plus difficile de l'expliciter comme peut le faire un adulte.

10 Il ne s'agit évidemment pas d'évacuer les composantes affectives et intra-individuelles présidant à la définition du problème, ou de les réduire aux seules dimensions culturelles et sociales, mais de montrer comment celles-ci agissent à l'intérieur de la consultation.

11 A mon avis, de nombreuses difficultés de collaboration entre différents groupes professionnels (psychologues, logopédistes, assistants sociaux, éducateurs, médecins, etc.) sont souvent dues au fait que leurs catégories sont basées sur des présupposés différents.

12 J'utilise le terme de "négociation" dans le sens que leur donnent les analystes de la conversation (voir par exemple Roulet et al., 1987).

13 Pour une réflexion sur ces processus de négociation dans la relation entre superviseur-psychologue, logopédiste et famille, voir Grossen et Krauss (à paraître).

BIBLIOGRAPHIE

BERGER, M. (1986): Entretiens familiaux et champ transitionnel, Paris, Presses Universitaires de France.

DE WECK, G. (1989): L'évaluation en lecture: où en est l'orthophonie actuellement? Communication aux Assises Nationales de la Lecture. Villeneuve-sur-Lot, 6-8 octobre 1989.

FAVRET-SAADA, J. (1981): Corps pour corps, Paris, Gallimard, coll. Témoins.

FRANCOIS, F. (1989): Significations, enchaînements, interprétation. Un exemple d'échanges entre un psychiatre et une patiente, in Communications. Acte d'un colloque sur le thème Travail et Pratiques Langagières, 25-26 avril 1989. Ministère de la Recherche, 1, rue Descartes, Paris.

FREEMAN, S.H. (1987): Introduction. Verbal communication in medical encounters: an overview of recent work, in Text 7, 1, 3-17.

GERGEN, K.J., HEPBURN, A., FISHER COMER, D. (1986): The hermeneutics of personality description, in Journal of Personality and Social Psychology 50, 6, 1261-1270.

GROSSEN, M., KRAUSS, B. (à paraître): La spécificité du rôle du psychologue dans la supervision d'examen et de traitements orthophoniques: quelques éléments de réflexion, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.

JODELET, D. (1989): Folies et représentations sociales, Paris, Presses Universitaires de France.

- LABOV, W., FANSHEL, D. (1977): Therapeutic discourse, New York, Academic Press.
- LEYENS, J.P. (1983): Sommes-nous tous des psychologues?, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- MASEIDE, P. (1987): The permanent context construction: a neglected dimension of therapeutic discours, in Text 7, 1, 67-87.
- MISHLER, E.G. (1984): The discourse of medicine: dialectics of medical interviews, Norwood (N.J.), Ablex.
- MISHLER, E.G., AMARASINGHAM, L.R., OSHERSON, S.D., WAXLER, N.E., HAUSER, S.T., LIEM, R. (1981): Social contexts of health, illness and patient, Cambridge, Cambridge University Press.
- MOSCOVICI, S. (1976): La psychanalyse, son image et son public, Paris, Presses Universitaires de France.
- PERRET-CLERMONT, A.-N., ROVERO, P. (1987): Processus psychologiques et histoires de vie, in Recherches et travaux de l'Institut d'Ethnologie 7, Neuchâtel, Editions de l'Institut d'Ethnologie et Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, pp. 113-129.
- ROMMETVEIT, R. (1984): The role of language in the creation and transmission of social representations, in R. FARR, S. MOSCOVICI (éds): Social Representations, Cambridge, Cambridge University Press.
- ROULET, E., AUCHLIN, A., MOESCHLER, J., RUBATTEL, C., SCHELLING, M. (1987): L'articulation du discours français contemporain, Berne, Peter Lang, coll. Sciences pour la communication (2ème édition).
- TAJFEL, H. (1972): La catégorisation sociale, in S. MOSCOVICI (éd.): Introduction à la psychologie sociale, Paris, Larousse.
- TILMANS-OSTYN, E. (1987): La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande, in Thérapie familiale 8, 3, 229-246.
- TREICHLER, P.A., FRANKEL, R.M., KRAMARAE, C., ZOPP, K., BECKMAN, H.B. (1984): Problems and problems. Power relationships in a medical encounter in C. KRAMARAE, M. SCHULZ, W.M. O'BARR (éds): Language and Power, London, Sage Publications.
- TROGNON, A. (1989): Usages de l'analyse des conversations, in Verbum 2.