

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

[http://www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=TF&ID\\_NUMPUBLIE=TF\\_091&ID\\_ARTICLE=TF\\_091\\_0039](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=TF&ID_NUMPUBLIE=TF_091&ID_ARTICLE=TF_091_0039)

---

## De la thérapie brève centrée sur les solutions à la consultation brève en logopédie

par Fabrice GUILLAUME et Mari Luz GUERRERO

| Médecine et Hygiène | *THÉRAPIE FAMILIALE*

2009/1 - Volume 30

ISSN 0250-4952 | pages 39 à 55

---

Pour citer cet article :

– Guillaume F. et Guerrero M. L., De la thérapie brève centrée sur les solutions à la consultation brève en logopédie, *THÉRAPIE FAMILIALE* 2009/1, Volume 30, p. 39-55.

---

Distribution électronique Cairn pour Médecine et Hygiène.

© Médecine et Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## DE LA THÉRAPIE BRÈVE CENTRÉE SUR LES SOLUTIONS À LA CONSULTATION BRÈVE EN LOGOPÉDIE

Fabrice GUILLAUME<sup>1</sup> et Mari Luz GUERRERO<sup>2</sup>

**Résumé :** *De la thérapie brève centrée sur les solutions à la consultation brève en logopédie.* – Après des années de pratique comme logopédistes (orthophonistes/logopèdes) en milieu scolaire, les auteurs ont développé, dans ce cadre, un mode d'intervention qui s'appuie sur les concepts et les outils de l'intervention brève centrée sur les solutions. Ce type de traitement a l'avantage de mettre de suite l'enfant/l'adolescent et sa famille dans une position active. Cet article explicite leur démarche et l'illustre par des situations cliniques.

**Summary :** *From solution focused brief therapy to brief consultation in speech and language therapy.* – After a long time working as speech and language pathologists in a public school, the authors developed a type of intervention based on the concepts and the tools of solution focused brief therapy. This treatment modality takes advantage of putting immediately the child/adolescent and his /her family in an active attitude. This article explains the way they work by providing clinical examples.

**Resumen :** *La terapia breve centrada en las soluciones a la consulta breve en logopedia.* – Tras haber trabajado durante varios años como logopedas en el ámbito escolar, los autores han desarrollado en tal marco, un modo de intervención que se apoya en los conceptos y los instrumentos de las intervenciones breves orientadas hacia las soluciones. Este tipo de tratamiento tiene la ventaja de poner rápidamente al niño/adolescente y su familia en una postura activa. Este artículo aclara paso a paso el camino tomado por los autores ilustrándolo con varios casos clínicos.

**Mots-clés :** Thérapie brève – Logopédie – Langage – Enfant – Adolescent – Coopération – Famille – Ecole.

**Keywords :** Brief therapy – Speech and language pathologist – Children – Adolescent – Cooperation – Family – School.

**Palabras claves :** Terapia breve – Logopedia – Lenguaje – Niño – Adolescente – Cooperación – Familia – Escuela.

---

<sup>1</sup> Logopédiste et psychologue, formé à l'intervention systémique, à la thérapie familiale et à la thérapie brève.

<sup>2</sup> Logopédiste, formée à l'intervention systémique et à la thérapie brève.

## Introduction

Cet article est le fruit d'une réflexion de professionnels logopédistes qui, depuis plusieurs années, tentent de diversifier leurs approches thérapeutiques en essayant d'innover d'autres modes de faire dans leur contexte de travail.

Nous exerçons dans un service public en milieu scolaire, qui a traversé une période troublée par des restructurations diverses. Le point positif de ce bouleversement structurel est qu'il nous a permis d'oser et d'aller de l'avant dans une démarche de changement afin de sortir du marasme ambiant d'alors et de nous enrichir. La crise a été un moment clé pour envisager le changement, nous avons réfléchi à notre façon d'intervenir auprès des enfants/adolescents et avons mis sur pied la consultation brève comme autre procédure d'intervention.

Nous avons été nourris par diverses formations en systémique et été enthousiasmés par les concepts de la thérapie brève. Nous nous sommes formés au Cerfasy à Neuchâtel (Suisse) avec Marie-Christine Cabié et Luc Isebaert, et avons cherché à adapter la thérapie brève solutionniste à notre pratique de logopédiste. Actuellement nos collègues psychologues et psychomotriciens s'intéressent à nos pratiques et travaillent avec nous ou entre eux d'après le modèle de la thérapie brève lorsque la problématique d'un enfant ou d'un adolescent s'y prête.

Cette nouvelle démarche a créé, dans notre service, une dynamique intéressante et enrichissante nous permettant d'innover dans notre travail avec les enfants, les adolescents en difficultés scolaires et leur famille.

Dans cet article, nous aborderons brièvement quelques aspects théoriques sur lesquels nous avons travaillé avant de nous lancer dans cette aventure. Puis nous décrirons le processus d'intervention illustré par des vignettes cliniques. Une situation sera développée de manière plus détaillée. Nous présenterons des extraits d'entretien et notre vision de la prise en charge. La conclusion décrira le bilan de fonctionnement et ses perspectives.

## Aspects théoriques

La thérapie brève systémique doit beaucoup à Milton Hyland Erickson, psychiatre et psychothérapeute américain, qui est considéré, à juste titre, comme un des pères fondateurs de cette pensée. Il la définissait en employant la métaphore suivante, citée par Cabié et Isebaert (1997, p. 22): « *Beaucoup trop de psychothérapeutes vous invitent à dîner et commandent pour vous. Moi, j'invite un patient à un dîner thérapeutique et je lui dis : "Vous commandez ce que vous voulez". Il fait sa propre sélection des plats qu'il désire. Il n'est pas entravé par mes instructions qui auraient bloqué ou gêné ses processus internes.* » Cela revient à dire que le patient, seul, sait ce qu'il veut faire de sa vie, et qu'en fait, la technique thérapeutique doit s'adapter au patient et non le contraire.

Cette conception a été reprise, durant les années 1980, par Steve de Shazer et Insoo Kim Berg, lorsqu'ils ont développé le concept de thérapie systémique brève

centrée sur les solutions dont l'idée phare peut se résumer en ces quelques mots : passer du langage des problèmes au langage des solutions.

Selon de Shazer (1995, p. 559) : « *On peut résumer la philosophie de la thérapie brève centrée sur la solution de la façon suivante :*

- *Si ce n'est pas cassé, ne réparez pas.*
- *Une fois que vous savez ce qui marche, faites-le plus.*
- *Si ça ne marche pas, ne recommencez pas : faites autre chose. »*

Dans le cadre de la thérapie brève, le thérapeute est expert du processus et le patient du contenu. Selon Cabié et Isebaert, un des rôles essentiels du thérapeute est celui de restituer la liberté de choisir du patient : « *Redonner la liberté de choix là où le patient ne pensait plus l'avoir* ». Le thérapeute l'accompagne en adoptant une position basse, avec une attitude de non-savoir, empathique, de bienveillance, d'authenticité, de non-jugement et faisant appel à l'expertise du patient. Selon ce que le patient exprime, le thérapeute va, par le biais de la conversation « thérapeutique », lui permettre de poser un regard différent sur son questionnement et ainsi entrevoir des résolutions en fonction de ses attentes pour finir par convenir de ce qui lui correspondra au mieux. Cette thérapie prend appui sur le langage, au sens large (verbal et extra-verbal), elle se centre sur ce qui est concret et palpable. Elle tend à permettre un changement de point de vue, un changement le plus petit possible, qui soit réalisable afin de créer une nouvelle dynamique dans la réalité du patient. Le problème est considéré comme faisant partie du contexte social, la solution sera donc issue du même contexte.

De cette façon, le patient sort d'une conception de tout ou rien. Le thérapeute favorise la création de contexte où la différence va pouvoir s'inscrire comme telle. C'est de cette différence « qui crée la différence » que surgira l'exception sur laquelle se construira la solution. Cette création de contexte va permettre au patient de transférer cette élaboration dans sa vie quotidienne et faire son propre cheminement entre les séances.

En définitive, cette démarche permet une prise de conscience chez le patient si bien qu'il lui est possible de modifier sa problématique. En utilisant ses ressources, si réduites soient-elles, il peut être acteur de sa propre destinée et ainsi modifier sa situation favorisant ainsi son autonomie. Lorsque les objectifs déterminés par le patient sont atteints ou en cours, la thérapie peut s'interrompre. La notion de brèves ici s'applique moins au temps du processus qu'au nombre de séances.

Nous sommes particulièrement sensibles au processus qui conduit à l'émergence d'une coopération entre les différents membres du système thérapeutique et ce, quel qu'en soit la configuration (parents – enfant, parents – enfant – thérapeutes – enseignant, etc.). Afin d'asseoir un tel processus, il nous paraît essentiel d'instaurer une relation de confiance réciproque. Par coopération, nous entendons un processus interactionnel s'inscrivant dans une diachronie, où les partenaires de l'échange bénéficient des ressources de l'autre pour parvenir à un but commun. Chaque échangeur

en retire des gains différents mais correspondant à leur propre finalité. Selon Guillaume (2007, p. 59): «*Donc, il y a, par conséquent, un plus pour chacun mais aussi pour le sous-système qu'ils ont mis en place, ce qui a favorisé l'aboutissement de cet échange. Par sous-système, j'entends la mise en place d'une relation spécifique à propos de valeurs ou de questionnements particuliers où les échangeurs peuvent se retrouver et faire un bout de chemin ensemble. Lorsqu'un tel ancrage est réalisé, la remise en route d'un acte coopératif, concernant ce sous-système, est solide et est d'emblée fonctionnel. Il est bien entendu que cela ne signifie pas pour autant que ces échangeurs vont pouvoir coopérer pour tout et n'importe quoi. Par rapport à d'autres formes coopératives, un nouveau processus sera à mettre en place.*»

## **Processus**

Dans le cadre de la consultation habituelle, les patients nous sont adressés par la famille, le milieu scolaire, le médecin, etc. Dans l'ensemble, ces enfants présentent des troubles de langage touchant soit l'oral soit l'écrit. L'intervention habituelle se déroule de la manière suivante: un premier entretien avec parents et enfant éventuellement en présence de l'enseignant. Suite à cela, si le bilan logopédique est nécessaire, il est effectué sur plus ou moins trois séances. Une rencontre de restitution a lieu dans laquelle sont évoquées soit une proposition de traitement, de contrôle, une demande de bilan complémentaire ou encore aucune prise en charge. Cette démarche s'échelonne sur plus ou moins un mois et demi, voire deux.

Cette façon de faire reste pour nous un outil de travail très intéressant mais qui occasionne cependant d'importantes listes d'attente. L'idée pour nous n'était pas de mettre sur pied une démarche dite alternative répondant uniquement à cette surcharge, mais bien plus que cela, à une autre façon d'intervenir auprès des bénéficiaires de nos prestations. En effet, même si la pratique classique reste concluante pour chacun d'entre nous, nous pensons que la démarche de consultation brève est un moyen dynamique qui met de suite la famille dans une position active.

## **Premier téléphone**

Nous avons élaboré un questionnaire (cf. annexe 1) que nous soumettons à la famille lorsqu'un des parents effectue une demande par téléphone. Cela va nous permettre, dans un premier temps, de saisir le questionnement parental, de constater où se situe la famille par rapport à la problématique de l'enfant ainsi que de voir ce qu'ils ont déjà entrepris. De plus, cette réflexion favorisera également la mise en action de la famille et ce, bien avant la première rencontre.

Au cours de ce téléphone, lorsque nous constatons que la famille est déjà en recherche de changement nous proposons un setting de type consultation brève. Nous l'explicitons de la manière suivante: «*Dans les semaines qui suivent l'appel, un entretien vous sera proposé. La séance aura lieu en présence de l'enfant, des parents, éventuellement de l'enseignant et de deux logopédistes. Dans ce premier entretien, nous allons faire le point de la situation et chercher avec vous quelques*

*pistes de changement que vous pourrez expérimenter par la suite. C'est un travail qui vous demandera pas mal d'implications. Après quelques semaines, dans un second entretien, nous évaluerons avec vous les changements effectifs.»*

Lorsque l'un des deux parents nous annonce d'emblée qu'il ne pourra pas être disponible, nous prenons acte en précisant que nous allons tenir compte de la personne absente.

Quand la famille est intéressée par ce type de démarche, nous demandons l'autorisation de pouvoir filmer les entretiens en garantissant une discrétion complète, un accord écrit est signé par chacune des parties avant d'entrer dans le bureau de consultation.

## **Deux professionnels**

Le choix de cette composition est tout d'abord dû au fait de pouvoir profiter de deux regards sur une même problématique et également de deux créativité. Cela permet également de prendre soin de tous les membres de la famille.

D'autre part, pendant que l'un des professionnels interagit avec la famille, l'autre thérapeute peut se placer pendant un moment dans une position «*méta*» lui permettant d'avoir une «*écoute attentive*» des interactions verbales, des interactions extra-verbales et de donner et/ou de recueillir ainsi dans le même temps de l'entretien une somme d'informations.

Il arrive, fréquemment, que les thérapeutes échangent entre eux sur le processus en cours et ce devant la famille. Cette dernière a alors accès directement à la réflexion des professionnels, nous avons constaté que cela la rendait encore plus active tout en amenant un plus grand climat de confiance. Par effet de miroir, cette attitude encourage les interactions entre les membres de la famille.

Damien, 5 ans et demi, est accompagné de sa maman en consultation. Le papa a eu un empêchement de dernière minute et sera présent au deuxième entretien. Damien a de grands yeux vifs, rapidement, il est attiré par le coin bibliothèque. Son attention est de courte durée, il cherche souvent à quitter la conversation pour aller chercher un nouveau livre. Selon la maman, Damien a parlé tard puis a ensuite développé un bon niveau de langage. Elle remarque cependant qu'il déforme encore quelques mots de manière curieuse lorsqu'il doit apprendre des poésies et des chansons. Elle le trouve également peu attentif à la maison surtout lorsqu'elle lui demande quelque chose et cela crée des tensions au sein de la famille. Dans la petite enfance, Damien a eu de nombreuses otites qui ont eu des incidences, durant une certaine période, sur ses capacités auditives. A l'heure de la consultation, il n'avait plus fait d'infection depuis 2 ans. Des contrôles auditifs ont eu lieu régulièrement et le dernier en date a mis en évidence une bonne audition.

Durant cet entretien, Damien va se sentir peu concerné par les plaintes de ses parents et ne va pas savoir que modifier pour que cela se passe mieux. Les thérapeutes vont alors jouer, au sens théâtral, une conversation téléphonique où l'un des interlocuteurs ne donne pas de feedback à l'autre, ce qui provoque une situation comique qui retiendra cette fois toute l'attention de Damien. Un des thérapeutes évoque à ce propos la bande dessinée suivante «*Le trésor de Rackham le Rouge*» (Hergé, 1944) où

apparaît pour la première fois le professeur Tournesol, dont l'attitude communicationnelle est particulièrement étonnante et il suggère que Damien puisse fournir une piste à ce personnage afin d'être mieux compris par son entourage. Damien rebondit d'emblée et propose à sa maman de contacter son grand-père qui possède la collection des ouvrages d'Hergé.

Les thérapeutes ont également proposé à la maman, une autre vision du comportement de Damien : leur enfant, touché par une diminution de l'audition pendant de nombreuses années en raison d'otites à répétition, a pris probablement l'habitude de cet isolement auditif, ce qui pourrait expliquer en partie qu'il ne réponde pas aux sollicitations. Les thérapeutes ont cherché avec eux dans le cadre de ce premier entretien, ce qui pourrait améliorer la communication familiale. Finalement, la famille a proposé d'établir de petits moments dans la journée où l'attention de Damien sera requise en utilisant différentes stratégies. Les thérapeutes, de leur côté, ont conseillé que les observations faites par les parents soient notées afin d'être discutées lors d'une prochaine rencontre.

Au deuxième entretien, Damien s'est présenté avec le livre « *La belle lisse poire du prince de Motordu* » (Pef, 1980) auquel il semblait s'être identifié en disant en fait qu'il y avait une différence importante entre lui et Tournesol : ce dernier était sourd et lui pas (son attitude paraissait très dépendante de ses envies). Les parents ont constaté une évolution certaine : une meilleure écoute, un changement dans la relation, une diminution des crises, finalement il semblait que la situation soit nettement plus confortable. Damien se rendait mieux compte de sa façon de parler et pouvait même en rire. Il était plus arrondi et se sentait concerné. La famille a souhaité poursuivre les mesures mises en place depuis le premier rendez-vous afin de favoriser une automatisation de cette nouvelle attitude, le papa, quant à lui, a proposé de se mettre, le plus souvent possible, face à Damien lorsqu'ils interagiraient ensemble en requérant son regard ou en l'interpellant en lui touchant l'épaule. La famille s'est sentie suffisamment étayée et sereine pour poursuivre seule son chemin dans la communication.

## Premier entretien

Dès le début, nous entrons directement dans la problématique en procédant de la manière suivante : nous demandons à l'enfant et/ou aux parents de nous décrire la situation de telle manière que nous puissions visualiser les descriptions comme s'il s'agissait d'un film afin d'en favoriser entre autre une imprégnation la plus complète possible.

Ces descriptions font écho chez les thérapeutes donnant ainsi naissance à une nouvelle façon d'appréhender la situation, une vision si possible nouvelle et valorisante, pour le système familial d'une certaine perception du symptôme qui sera exprimée par la technique du recadrage.

Astrid, 12 ans, est la deuxième d'une fratrie de trois. L'un des thérapeutes connaît la famille et a travaillé avec l'aînée, Karine, en traitement individuel pour une dysorthographe. Astrid présente également des difficultés d'acquisition du langage écrit. Elle a très peu investi la lecture et le domaine scolaire. Elle n'est pas très motivée pour effectuer une démarche logopédique classique. Ainsi lorsque nous proposons à la maman et à Astrid le setting de la consultation brève, toutes deux acceptent d'emblée cette démarche. Le premier entretien s'est centré tout d'abord sur la lecture, nous avons cherché avec Astrid des moments favorables pour cette activité, les supports (aventures,

policiers, cuisine, bandes dessinées...). Elle quittera d'ailleurs cette première séance avec la tâche de chercher une activité de lecture à effectuer. Une autre partie de l'entretien a porté sur l'attitude d'Astrid. La maman a insisté passablement sur le comportement d'Astrid, la décrivant comme grognon surtout face aux tâches qu'elle devait accomplir. Elle était fréquemment en conflit avec sa sœur aînée et parvenait à mettre l'ensemble de la famille de mauvaise humeur. Afin d'une part, d'éviter que, dans ces moments-là, le climat familial ne se détériore, et d'autre part, de respecter le droit d'Astrid de rouspéter, nous lui avons suggéré de pouvoir protester autant de temps qu'elle le souhaitait, mais dans un lieu déterminé, uniquement destiné à cet usage. Pour ce faire, la maman a, de suite, proposé un tabouret placé au beau milieu de la cuisine. Une mimique d'inconfort a immédiatement marqué le visage d'Astrid. Au cours de ce même entretien, nous avons appris que cette attitude « grognon » n'était pas une constante, il y avait cependant aussi des exceptions puisqu'elle était aussi décrite comme « mettant de l'ambiance ». Au cours de la conclusion de la première séance, nous avons rappelé la discussion autour de la lecture qui était le premier objectif que voulait atteindre Astrid puis nous avons proposé un recadrage concernant son comportement, Astrid montrait deux faces de sa personne, il y avait d'une part Astrid « Râleuse » et d'autre part Astrid « Joyeuse ». Cette perception d'une réalité est un recadrage qui a été accepté par l'ensemble du système thérapeutique.

Lors de la seconde séance, nous avons appris qu'Astrid avait trouvé un moyen d'entraîner sa lecture en lisant pour sa petite sœur tout en n'éprouvant pas, pour l'instant, le besoin de lire pour son propre compte. Selon la maman, il y avait quelque chose de changé dans l'attitude de sa fille, elle était devenue plus agréable et semblait mieux faire face aux règles familiales. D'un point de vue scolaire, une certaine évolution commençait à poindre. Le tabouret à ronchon n'avait été utilisé qu'une seule fois. Lors de cette rencontre, Astrid s'est révélée nettement plus active en proposant par exemple de se lancer dans une activité de cuisine (rechercher des recettes, les lire, noter les ingrédients,...). La maman s'est proposée de suite pour faire les achats, ce qui a tout d'abord étonné puis réjoui Astrid.

En fin d'intervention, la maman a été surprise par la dynamique qui s'était mise en place au sein de la fratrie s'exprimant entre autres par un investissement culinaire de ses filles puisque l'aînée s'était mise aussi à cuisiner, avec plaisir, sous l'impulsion de sa cadette améliorant ainsi leur relation. Dans le même temps, Astrid avait bien amélioré ses performances scolaires. La maman nous dira également sous la forme d'une confiance juste avant de nous quitter que le comportement « grognon et râleur » devait être une caractéristique familiale car, en l'évoquant en famille, ils s'étaient finalement rendus compte qu'ils se ressemblaient tous sur ce point, un peu comme une marque de fabrique.

Pour appuyer cette nouvelle vision, le thérapeute va souvent reprendre des expressions utilisées par l'un ou l'autre membre de la famille afin qu'elle devienne une construction commune. Ce n'est en aucun cas du copier/coller de ce que la famille a exprimé, mais plutôt une mise en scène légèrement décalée avec un éclairage d'une intensité et d'une couleur différente. Selon de Shazer (1999) : « *On peut se contenter de suggérer de nouvelles façons de voir, et un nouveau comportement s'appuyant sur n'importe quelle redéfinition du problème peut permettre au client de trouver une solution.* »

De cette vision, des idées nouvelles vont parfois pouvoir émerger permettant à la famille d'imaginer comment elle pourrait faire différemment en fonction de telle situation. Cependant, il peut arriver qu'il faille plus de temps pour faire émerger une piste utile. En tant que logopédistes, notre objet de travail est le langage oral ou écrit. Ainsi, nous allons chercher avec l'enfant d'abord, puis avec son entourage, comment il s'y prend pour parler, comprendre, lire ou écrire. C'est un examen très minutieux qui tient compte également des interactions avec l'enseignant et/ou le parent qui travaille avec l'enfant. Durant les descriptions, les thérapeutes vont rechercher les exceptions à la problématique (la différence qui fait la différence) qui amènent le patient à mieux fonctionner ainsi que les compétences présentées par ce dernier dans d'autres domaines.

En fonction des changements déjà tentés par la famille, les thérapeutes vont chercher à connaître ce qui s'est modifié, ensuite ils vont encourager la poursuite du processus voire même l'intensifier pour susciter d'autres mouvements similaires. Les thérapeutes ne se placent pas dans la position de grands stratèges, mais plutôt comme des collaborateurs actifs qui focalisent leur attention sur les stratégies du client. Leur savoir au sujet du développement et du fonctionnement du langage sera mis à disposition des consultants.

Un des buts principaux dans ce premier entretien sera de connaître ce qui est le plus important à modifier et de tenter une attitude, une action qui devrait modifier la situation ou créer un mouvement nouveau. Comme l'évoque de Shazer (1991), ce changement doit être petit, simple, réalisable et facile à atteindre. Le plus souvent, les thérapeutes et la famille estiment qu'il est déjà en train de se réaliser. Il est en général formulé en terme de comportement ou décrit sous la forme d'une interaction. Ce doit être un projet de l'enfant et de sa famille auquel chaque membre adhère.

Une fois le projet établi, c'est-à-dire lorsque le système familial s'accorde sur le changement ainsi que sur sa mise en place, il lui est demandé combien de temps lui sera nécessaire pour avancer dans son processus. Les thérapeutes restent gardiens du temps en proposant une fourchette temporelle entre deux et six semaines avant d'effectuer un second entretien. La raison de cette limite est qu'il faut un certain temps pour expérimenter et qu'au-delà, il y a un risque que le projet se dilue en perdant ainsi son essence.

Vers la fin de la séance, les thérapeutes laissent seule la famille pendant quelques minutes. Durant cette pause, les thérapeutes réfléchissent sur la teneur de l'entretien, sur leur mandat, sur le niveau relationnel du système thérapeutique ainsi que sur l'adéquation de la suite afin de redonner au système familial la conclusion de leur vision de la situation.

Pour finaliser la rencontre, un des thérapeutes prend la parole, il va quittaer et complimenter ce que la famille a déjà fait, puis il réimprimera ce qui a été travaillé précédemment. Des tâches, en partie élaborées précédemment, vont être reclarifiées. Nous précisons aussi qu'elles peuvent être modifiées, changées dans le but d'améliorer les performances scolaires. De temps à autre, le recadrage évoqué en entretien marque les dernières minutes de la séance. Souvent, une métaphore mettant en évi-

dence une analogie avec le fonctionnement familial est le point fort de ces conclusions. Dans ce contexte, il n'y a plus de discussion ouverte, mais il est attendu que la famille acquiesce à chacune des affirmations.

## **Second entretien**

Dès le début de la rencontre, l'un des thérapeutes se charge de redonner brièvement au système thérapeutique les réflexions produites lors de la dernière séance, le plus souvent est abordé le projet auquel avait souscrit la famille.

Pour ce faire, un des professionnels se déplace vers le tableau blanc. Ce mouvement a toute son importance, il entraîne dans son sillage l'ensemble du système thérapeutique qui lui aussi doit se déplacer et se mettre de telle façon qu'il puisse avoir accès au tableau, c'est souvent un moment de relâchement et d'échange. Le thérapeute propose une évaluation de la situation en la travaillant par le biais d'une échelle, en traçant une ordonnée que nous numérotions de 0 à 10.

Le point zéro correspond au premier téléphone et 10 comme étant le moment où la famille aura atteint ses objectifs et donc n'aura plus besoin de nos services. Chaque élément du projet sera ainsi décortiqué, c'est un travail de précision qui aborde surtout le comment de tel ou tel processus qui favorise ou non le changement désiré en le situant dans le temps et l'espace. Toutes les informations recueillies sont écrites au tableau en respectant scrupuleusement les mots de la famille, en recevant leur accord pour telle ou telle formulation.

L'intérêt de cet objet transitionnel/flottant qu'est la notion d'échelle, réside dans le fait que le système thérapeutique repère ainsi l'origine et la finalité de la démarche thérapeutique. L'enfant tout comme la famille sait où se situer dans l'ici et maintenant par rapport à l'éventuelle progression ou régression. Cela favorise également la perception de comment l'enfant et/ou sa famille s'y sont pris pour y arriver et avec l'aide de qui. C'est souvent un moment confortable pour les intervenants : la famille mène son processus, les thérapeutes sont là pour le relancer en fonction de la piste suivie.

Concrètement, chaque membre du système familial sera interpellé et écouté. Tout d'abord l'enfant fait part de sa perception de son parcours, ensuite il lui est demandé ce qu'il sait de ce que pensent ses parents du changement éventuel, s'il a été réalisé ou pas et quels sont les éléments qui l'ont favorisé. Ce processus se répète de la même manière avec les membres de la famille. Un questionnement circulaire fera intervenir les personnes absentes. Il est observé que lorsqu'un élément du système, si petit soit-il, est modifié, c'est l'ensemble du système qui s'en trouve affecté.

D'entente avec la famille, il est convenu soit que les tâches se poursuivent, soit qu'elles se modifient en fonction de l'élaboration décrite ci-dessus ainsi que de leur utilité. Tout comme lors du premier setting, les thérapeutes effectuent une pause de séance pour conclure selon les principes cités plus haut. Lors de ce retour, il est également évoqué la possibilité d'une troisième rencontre, ce choix est laissé à la responsabilité du système thérapeutique.

### Troisième entretien et suivants

Les séances suivantes auront une dynamique similaire à celle décrite lors du deuxième entretien. Avec la différence que les thérapeutes ont activé, au cours des séances précédentes, le potentiel de la famille. Ils peuvent maintenant compter sur la créativité et la coopération au sein de celle-ci. Les enfants connaissent le fonctionnement de la démarche. Ils sont actifs et savent qu'ils doivent faire des choix. Cette façon de présenter la situation est souvent source de joie de la part des adolescents, mais aussi des plus jeunes qui trouvent parfois leurs parents trop présents.

Lorsque le système thérapeutique ressent que le processus est en marche, il est demandé aux parents ainsi qu'à l'enfant s'il est utile de se revoir, et ce, même si à chaque fois un chemin reste encore à parcourir. Lorsque nous décidons ensemble qu'il s'agit du dernier entretien, les thérapeutes racontent le chemin parcouru et évoquent aussi les obstacles à venir en engageant la famille à générer de nouveaux changements en cas de difficulté.

### Situation clinique

Dans cette dernière partie, nous allons détailler plus particulièrement une prise en charge qui a fait l'objet d'un mémoire rédigé par l'un de nous (Guillaume, 2005). Des extraits du premier entretien animeront l'analyse.

Matthieu, 11 ans est le cadet d'une famille de trois enfants. Il vient en consultation avec ses parents. L'intervention logopédique s'est échelonnée sur deux entretiens distants de quatre semaines l'un de l'autre. La production écrite est compliquée pour Matthieu, il ne se représente pas les mots qu'il produit, il n'en voit que les graphèmes. Au cours du premier entretien, les thérapeutes vont chercher dans différents domaines d'expertises de l'enfant comme le sport ou le dessin des attitudes qui pourraient l'aider à avoir une vision plus globale du mot, du texte. La première retranscription de l'entretien concerne la façon d'aborder le dessin (réalisation d'un fond sous-marin) qui est une activité qu'affectionne Matthieu.

#### *Transcription 1*

E enfant – P père – L1 et L2 logopédistes

L2 : *Tu as commencé par quoi ?*

E : *L'eau.*

L2 : *L'eau et puis est-ce que tu peux me dire un peu ce que tu as représenté ?*

E : *Ben comme je viens de commencer, j'ai représenté ben comme une mer avec un fond sous-marin puis avec des poissons puis... j'ai fait un bateau.*

L2 : *Un bateau, ouais et puis là comment as-tu fait lorsque tu t'es mis au travail, comment as-tu fait ? Est-ce que tu as déjà vu cette image avant ?*

E : *Non ! Je suis parti comme ça.*

L1 : *Tu es parti, tu as fait une chose après l'autre.*

*E : Alors je monte, je montais alors d'abord... ben le sable, puis je monte, monte, monte toujours, puis... à la fin je rajoute le détail. Quand je revois le dessin, je rajoute les détails.*

*L2 : D'accord, mais tu n'as pas eu une image avant de ce que cela pourrait donner, non ?*

*E : Non !*

Le thérapeute cherche dans cette séquence si le patient fonctionne de manière plus globale avec le dessin, s'il utilise une vision d'ensemble. Matthieu travaille également de proche en proche dans cette situation. Les thérapeutes prendront alors un autre chemin pour lui faire comprendre ce qu'ils entendent par une vision plus large. Ils utiliseront une métaphore à partir de la description de son dessin.

*L1 : Et puis il est vrai que l'idée de voir le mot dans sa globalité donc de le voir... peut-être écrit, de voir sa représentation, ça me paraît important. J'ai un peu le sentiment que... le parallèle que tu as fait avec le dessin... c'est comme si... j'ai l'image d'une mer de mots où j'ai l'impression des fois qu'il y a des enfants qui sont pris dans cette mer de mots et qui voient des lettres un peu partout, dans tous les sens... soit ils se noient dans toutes ces lettres soit ils ont juste la tête qui passe au-dessus, puis je me dis finalement que ce serait bien de trouver une île, hein...*

*P : Mmh, mmh...*

*L1 : ...Pour monter dessus et prendre un peu de distance par rapport à cet écrit et pouvoir en faire quelque chose... là j'ai le sentiment peut-être que Matthieu... il est un peu...*

*P : Mmh, mmh...*

*L1 : Il est un peu pris là-dedans, englué dans cette mer. En fait, il est entouré de toutes ces lettres et il ne sait qu'en faire.*

Nous abordons ensuite avec Matthieu le temps qu'il consacre à l'apprentissage en français d'abord. Il semble perdre ses moyens en classe alors qu'à la maison, lorsque sa mère l'interroge cela se passe mieux. En dialoguant sur le déroulement des apprentissages, nous apprenons que lorsqu'il s'agit d'apprendre son vocabulaire d'allemand, il s'y prend différemment (recherche d'exceptions). Nous allons ainsi l'encourager à travailler en français comme il le fait pour le vocabulaire allemand.

L'autre thématique abordée est la panique face aux épreuves en français uniquement. Le père va partager son expérience avec son fils autour de ce thème. Ce sera un moment d'échange et de coopération très intense.

### ***Transcription 2***

Vers le milieu de la séance, le père prend, pour la première fois, la parole et s'exprime sur l'influence de la panique dans son parcours de vie. Dans ce premier extrait, il essaye de faire part, à l'ensemble du système thérapeutique, de l'élaboration personnelle qu'il en a faite et finalement la façon dont il a réussi à l'influencer favorisant ainsi une mise à distance. Il ponctue cette réflexion en annonçant que c'est un élément qu'il n'a jamais évoqué avec son fils.

## Temps 1

*P : Moi je sais que j'ai eu ces paniques, ça c'est...*

*L1 : Mmh, mmh et puis vous avez fait quoi par rapport à cette panique ?*

*P : Ben, j'ai continué à avancer quoi, je n'ai rien fait de spécifique, en plus on ne partageait pas autrement !*

*L1 : Voilà.*

*P : Donc je ne pense pas que je l'ai exprimé.*

*L1 : Mais est-ce que...*

*P : ...Mais cela est resté, ouais...*

*L1 : Est-ce que vous arrivez à vous représenter ces moments de panique ? De voir comment vous avez réagi ? Parce qu'il est vrai que j'ai l'impression de voir là un garçon qui y va, qui a de la volonté et qui se prend en main, etc., et puis quand il se trouve face à l'écrit, paf il ne sait plus que faire...*

*P : Mmh, mmh...*

*L1 : Est-ce que l'expérience d'un autre en l'occurrence de son papa pourrait lui être utile ? Je ne sais pas si vous avez eu une expérience de ce genre, peut-être vous ne vous en souvenez pas mais...*

*P : Si, parce que cela m'a tenu longtemps ces effets de panique, je les ai eus même aux études j'entends... ça ce n'est pas quelque chose de nouveau en fait.*

*L1 : Voilà.*

*P : C'est vrai qu'en math, je n'ai jamais paniqué... ça je peux aussi le confirmer, c'est plutôt le français, la rédaction enfin des éléments comme ça... Ah ! Comment j'ai réagi ? Bah ! Je suis assez volontaire, je crois qu'à ce niveau-là je suis assez proche de Matthieu. Comment j'ai réagi ? Mmh ben, j'ai croché. Je crois que c'est dépasser la panique. J'ai réalisé une chose en tout cas, c'est qu'en paniquant on est sûr que le résultat sera en tout cas moins bon qu'en essayant de sortir de cette panique, de faire le minimum hors panique. Et quelque part en restant enfermé dans cette panique, j'ai vraiment réalisé que c'était le meilleur moyen pour avoir un mauvais résultat mais de se dire : « Ok, j'oublie la bonne note que j'aimerais faire... » c'est reprendre du recul et faire finalement abstraction du but du test.*

Le second extrait, quant à lui, va être une tentative d'accordage entre le père et son fils. La compréhension de la difficulté de son enfant lui permet de s'attribuer les mêmes paniques ainsi que la même détresse. Il peut se reconnaître en lui. Cette élaboration dégage beaucoup d'émotions au sein du système thérapeutique : le père, légèrement tourné vers son garçon, le touche de sa main et pose un regard bienveillant, ce qui favorisera par la suite l'élaboration de sa pensée. Cet échange réflexif de type coopératif a pour but l'élaboration d'une piste de changement pour son fils.

## Temps 2

*L2 : Et qu'est-ce qu'on pourrait se dire pour sortir (de la panique) ?*

*P : Ben pour moi... Parce qu'aussi dans le sport, je pense que Matthieu est des fois... tu progresses... enfin moi, j'ai constaté qu'il y avait aussi l'effet panique.*

*Ben tout au début, je n'ai jamais... enfin, on n'en avait jamais parlé. Je n'ai jamais oublié le premier jour où tu étais sur un terrain de football, alors que tu jouais à ta place de jeu, pris dans une équipe, dans un contexte, je ne sais pas si tu te souviens, c'était à C (lieu)...*

*E: En...*

*P: Voilà, tu avais vraiment eu un effet de panique, tu ne bougeais plus sur le terrain.*

*E: Ouais mais c'était quand j'étais tout petit.*

*P: Hein mais c'était quand même un élément, puis j'ai aussi fait du foot. C'est aussi des éléments qui pour moi peut-être... un élément pour quitter l'effet de panique, c'est de dire... c'est d'oublier le contexte en quelque part et puis cela doit devenir un jeu. Pour moi, c'est chercher le jeu plus que la contrainte enfin... c'est oublier la note, oublier qu'on attend que l'école attend un résultat, pas nécessairement tes parents, mais oublier ce qui est l'attente générale... pour moi, le résultat, ça serait de dire: « J'ai pu gérer cette panique ou j'ai pu la gérer un instant » ... pour moi le test serait réussi en quelque part.*

*L1: Ok.*

*P: Ce ne serait pas faire abstraction de la note, mais dans un premier temps, je crois que oui.*

*L1: C'est relativiser un peu.*

Dans cette dernière séquence, suite à un accordage de la thérapeute (L2) avec le père, ce dernier reprend la parole et poursuit la réflexion qu'il avait commencée quelques minutes plus tôt. A un moment précis, il lui revient à l'esprit un moyen fonctionnel qu'il a utilisé pour s'apaiser, issu d'une valeur spirituelle. Par la suite, les thérapeutes vont retranscrire le contenu de l'échange au niveau de la réalité de l'enfant tout en mettant en mots une forme de coopération entre père et fils.

### **Temps 3**

*E: Alors après je croche sur tous ces mots...*

*L2: Tu croches sur tous ces mots, ouais d'accord et puis, à aucun moment, tu ne te prends un tout petit moment pour toi...*

*E: Non.*

*L2: ...De réfléchir, de te dire quelques mots rassurants...*

*E: Non.*

*L2: Non, parce que je sais de ce que ton papa a dit, il y a un certain moment où il faut se rassurer soi-même...*

*P: Tout à fait, ça me dit quelque chose, en fait, j'ai effectivement une phrase qui, maintenant qu'on en parle, me revient à l'esprit. J'ai aussi un chemin spirituel et j'ai un verset qui m'habite: « C'est dans le calme et la confiance que sera ta force » et ça je parle des études, j'avais vingt ans et plus. C'est je crois effectivement cela maintenant qu'on en parle. Et justement, je cherchais depuis un moment quel était l'élément qui m'apaisait et c'était une phrase que je me répétais quand l'effet de panique arrivait, cela permettait de stopper, de s'apaiser et puis après j'y allais. Donc, dans qui je suis, c'est un verset qui a stoppé peut-être cet effet de panique puis le calme, la confiance et la force...*

*L1 : Tu as entendu Matthieu ?*

*E : Oui.*

*L1 : C'est intéressant ce que vous dites parce que depuis quelques instants je me disais : qu'est-ce qui pourrait permettre à Matthieu de se rassurer, vous parliez d'une phrase moi je pouvais imaginer aussi la présence d'un objet...*

*P : Mmh, mmh.*

*L1 : Parce qu'on voit qu'à la maison, quand il fait avec vous, Madame, ça se passe bien. Il est dans un cadre rassurant. Quand il est à l'école, que pourrait-il prendre avec lui, soit verbalement ou physiquement, qui pourrait peut-être le rassurer ? Je ne sais pas, il y a peut-être des pistes qui se dessinent là, deux ou trois petites choses qui semblent se dire et que peut-être qu'il faut que tu...*

*L2 : ... Il faut que tu testes !*

*L1 : Que tu testes et que, tu vois, en tout cas, moi je crois que tu as un expert à côté de toi (le père) à ta gauche, c'est ça...*

*L2 : « Expert ès panique » !*

*M-P-E-L1-L2 rires et détente.*

Les conclusions de ce premier entretien ont mis en exergue la relation coopérative de la famille et l'ont encouragée. Nous avons ensuite réimprimé les différentes pistes de travail autour de la production écrite, de l'organisation temporelle des apprentissages et de la panique. Le garçon s'est engagé à explorer les chemins évoqués en séance et d'autres.

Lors de la deuxième séance, la rencontre a débuté d'emblée par un travail sur ce qui s'est passé, et comment cela s'est passé depuis le dernier rendez-vous. En fonction du projet qui avait été établi, chaque personne (Matthieu et ses parents) a été invitée à s'exprimer. Un objet de type transitionnel symbolisé par une échelle notée de 0 à 10 a permis de poser la réflexion.

A propos de la panique, Matthieu s'est situé à 9 1/2. Pour faire face à ce problème, il s'était mis à respirer profondément ce qui lui permettait de se détendre. Il pratiquait déjà ce mode de faire, avec succès, dans le football. Par rapport à l'écrit, il s'est estimé à 7. Il a modifié sa manière d'aborder l'écrit et a fait le constat qu'il y avait moins d'erreurs. Selon lui, personne ne s'était rendu compte de ce cheminement. Cette affirmation a surpris les deux parents.

La mère, quant à elle, situait son fils à 8, elle notait une meilleure prise de conscience de la panique : il semblait soulagé et moins angoissé. Concernant le domaine du langage écrit, elle le plaçait à 7 et a constaté que l'écriture, faite à la maison, était plus déliée, plus belle et qu'il y avait moins d'erreurs.

Pour le père, Matthieu se trouvait à 8 1/2 pour la panique. Il faisait le constat que Matthieu avait une capacité à intégrer les difficultés et à en faire quelque chose. En écrit, il le positionnait sur 7, notant qu'il avait augmenté ses exigences.

Les parents ont évoqué souvent que Matthieu était volontaire, poussé en cela par une satisfaction personnelle. Matthieu a été touché par le témoignage et la reconnaissance de ses parents. De même, un de ces enseignants, constatant le changement, l'a quitancé et encouragé à continuer dans ce sens.

En conclusion, selon la perception des thérapeutes, Matthieu était devenu un meneur de jeu comme dans le foot. Il pouvait reprendre la balle au bond et en faire quelque chose. Les parents ont été accompagnants, ils l'ont laissé devant et Matthieu s'est assumé. L'écrit est devenu un tout.

A la fin de la séance, les parents ainsi que Matthieu ont pensé qu'il n'était pas utile de fixer un autre rendez-vous. Le père a proposé, si nécessité, de se revoir six mois plus tard. La mère et Matthieu ont approuvé.

Par rapport à cette intervention, la famille a ressenti un mouvement. Chacun a découvert chez l'autre un fonctionnement, des attitudes qu'il ignorait auparavant.

## Conclusions

Après plus de sept ans de fonctionnement, l'équipe des logopédistes poursuit sa réflexion en se rencontrant quelquefois durant l'année. Elle profite également d'un regard extérieur, sous la forme d'une supervision, qui a clarifié certains points comme par exemple, l'idée que cette démarche pouvait être en soi une forme différente de bilan logopédique, ce qui a permis à l'équipe d'être plus claire lorsque des demandes lui étaient adressées. Nous en avons également profité pour réfléchir à la notion de coopération vue comme un processus essentiel dans le travail au sein du système thérapeutique.

Dans le cadre de ce concept de consultation brève, nous explorons, actuellement, d'autres formes d'interventions. Nous travaillons, par exemple, avec les fratries de l'enfant/adolescent signalé dans le but de faire émerger les ressources existantes, de partager les expériences vécues tant au sein du sous-système fratrie qu'au sein du sous-système parental, en essayant de promouvoir la coopération au sein et entre les sous-systèmes. Une autre réflexion porte sur l'usage de la lettre thérapeutique selon la conception de White et Epston (2003) soit en cours de processus, soit en fin d'intervention. Ce dernier aspect nous semble particulièrement utile, la trace écrite a pour but selon nous de renforcer le processus qui a été engagé lors de la consultation brève. En fonction de la situation de la famille, cette lettre peut être reprise, relue et favoriser une reprise du processus évolutif. Cette réflexion est en cours.

La consultation brève est utilisée auprès des familles dans différentes situations :

- celles pour lesquelles il ressort, lors de l'élaboration de la demande, qu'une réflexion ou un processus semble poindre ou se mettre en route ;
- lorsqu'un patient a déjà profité d'un traitement de longue durée et qu'il consulte à nouveau ;
- dans le cadre de traitements plus classiques ;
- lorsque certains collègues ou nous-mêmes sommes « coincés » : il n'est pas rare que l'un d'entre nous intervienne avec le professionnel concerné afin de créer de nouveaux contextes thérapeutiques ;
- lorsque le parent du patient explicite clairement la réticence de ce dernier à suivre un traitement régulier ;

- lorsque plusieurs problématiques se posent pour un même enfant, l'un de nous collabore avec un psychomotricien ou un psychologue.

Actuellement, 10% de la consultation logopédique est vue de cette manière. En moyenne, les familles ont besoin d'environ trois séances qui s'échelonnent plus ou moins sur trois mois. Pour certaines, un bilan logopédique classique a été entrepris par la suite qui, dans tous les cas, a confirmé ce qui avait été élaboré en consultation brève.

La pratique de la consultation brève s'est confrontée bien malgré elle au fonctionnement traditionnel qui était fortement ancré auprès de nos prestataires (milieu professionnel, scolaire et famille). Il est vrai que le bilan traditionnel répond le plus souvent aux souhaits de nos partenaires d'obtenir un diagnostic clair et précis, pour certains c'est une façon d'étiqueter le patient, de recevoir des trucs, et pour d'autres, il permet de se décharger de la situation et de se déculpabiliser.

La démarche de la consultation brève en a gêné certains et en a interpellé d'autres. Finalement, après ces quelques années de pratique, le système scolaire comprend de mieux en mieux cette démarche et y porte un intérêt; d'ailleurs, des enseignants nous questionnent à ce propos par rapport à certains de leurs élèves qui pourraient bénéficier de cette mesure.

Dans l'ensemble, les enfants, et en particulier les adolescents, sont souvent très satisfaits et fiers de leur parcours au terme de cette démarche. Ils repartent fréquemment avec une plus grande autonomie à l'égard de leurs parents et face au travail scolaire.

*Fabrice Guillaume*  
Av. Gustave Doret 9A  
1800 Vevey, Suisse  
f.guillaume@hispeed.ch

## BIBLIOGRAPHIE

1. Cabié M.-C., Isebaert L. (1997): *Pour une thérapie brève, le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*, Erès, Ramonville Saint-Agne.
2. de Shazer S. (1999): *Clés et solutions en thérapie brève*, Le Germe – Satas, Bruxelles.
3. de Shazer S., Hopwood L. (1995): D'ici à là, vers on ne sait où, in Elkaïm M. (sous la dir.): *Panorama des thérapies familiales* (pp. 555-576), Editions du Seuil, Paris.
4. de Shazer S. (1991): *Différence : changement et thérapie brève*, Le Germe – Satas, Bruxelles.
5. Guillaume F. (2005): *De la thérapie systémique centrée sur les solutions à la consultation brève en logopédie sous l'angle de la coopération*, Université de Genève, Suisse, mémoire de licence en psychologie.
6. Guillaume F. (2007): *Du moment majorant à l'acte coopératif. Etude de l'échange au sein d'une fratrie en thérapie*, Université de Lausanne, Suisse, mémoire de diplôme en psychologie.
7. White M., Epston D. (2003): *Les moyens narratifs au service de la thérapie*, Le Germe – Satas, Bruxelles.

## Annexe 1 : Questionnaire première demande

<p><b>Renseignements lors du 1<sup>er</sup> téléphone</b></p> <p>NOM _____</p> <p>PRÉNOM _____</p>
<p>1. Qu'est-ce qui se passe pour votre enfant ? Qu'est-ce que vous avez remarqué au sujet du langage oral/écrit de votre fils/fille ?</p>
<p>2. Comment réagit votre enfant face à ses difficultés, à ce qui lui arrive ?</p>
<p>3. Quelle(s) personne(s) est (sont) inquiète(s) pour votre enfant ?</p> <p>a) Le plus ?</p> <p>b) Le moins ?</p> <p>c) Qui vous a conseillé de nous contacter ?</p> <p>d) Si l'enseignant(e) n'a pas été mentionné(e), qu'est-ce que vous a dit l'enseignant(e) ?</p>
<p>4. Quelle aide a déjà reçue votre enfant, qu'avez-vous essayé de faire jusqu'à ce jour ?</p>
<p>5. Est-ce qu'il y a d'autres éléments au sujet de votre fils/fille qui pourraient être utiles lors du premier rendez-vous ?</p>
<p>6. Quelles sont les personnes utiles au 1<sup>er</sup> entretien ?</p>