

**STATUT DES LANGUES
MATERNELLES
EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE:
de quelques arguments épistémologiques**

Nacéra Zellal

Professeur en orthophonie IPSE - Université d'Alger

STATUT DES LANGUES MATERNELLES EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE: de quelques arguments épistémologiques

Nacéra Zellal
Professeur en orthophonie
IPSE - université d'Alger

L

A présente réflexion s'inscrit dans le prolongement de celle qui a animé les débats du Colloque National : «Phonétique clinique en orthophonie et en psychologie clinique », qui s'est tenu à l'INSP — Alger les 27 et 28 novembre 1991.

La transdisciplinarité en sciences humaines devient une irréfutable nécessité au moment de l'action de leurs tenants, c'est-à-dire au moment d'en rendre opératoires les concepts sur le terrain de la demande. Les sciences appliquées ou instance privilégiée du "dosage" et de l'orientation interne de ces concepts, posent donc le problème de savoir jusqu'à quel point les frontières "intersciences" peuvent être confondues, jusqu'à quel point une science est autonome. La présente réflexion autour de cette question de découpage épistémologique a trait aux exemples de la psychologie et de la linguistique, lesquelles évoluent séparément depuis l'indépendance, alors que toutes deux affèrent à la communication interindividuelle.

Science de la communication par excellence, l'orthophonie est justement un domaine où viennent se cristalliser leurs interactions.

S'il est vrai que l'orthophoniste compétent est celui qui sait prendre en charge le patient dans "une relation optimale", ce même principe vaut également pour le psychologue. Pour situer l'actuelle problématique, soulignons dès l'abord que ces deux cliniciens collaborent dans certains cas précis, dans la prise en charge d'un même patient. Par exemple, dans le diagnostic différentiel d'un retard de langage, l'orthophoniste isole, entre autres facteurs, un éventuel trouble psychologique de statut primaire. Il implique donc dans son dossier les résultats d'un bilan intellectuel et personnel, objet de son confrère psychologue. Pour être fiables, ces résultats doivent être justement recueillis sur la base de la réalisation d'une relation clinique idéale.

Est précisément soumise ici à débat l'une des directions qui pourrait aider à comprendre ce principe de la relation. Inscrit dans la linguistique, l'orthophonie et la psychologie, ce même raisonnement permettra le dégagement de quelques remarques sur le problème de l'autonomie, versus transdisciplinarité, contenu dans l'exemple particulier de science humaine : l'orthophonie.

I - Fût-il difficile de comparer deux sciences d'âge différent (1), il faut souligner que si l'orthophonie a pour objet direct des faits de langage, la psychologie clinique a pour objet indirect ces mêmes faits. L'enjeu de celle-ci fût-il l'approche de l'intelligence et de la personnalité à travers l'observation du comportement, il va sans dire que ce troisième invariant (le comportement), s'il s'exprime à travers le corps, le geste, le mime, l'écriture, le dessin, les coutumes (...), il s'exprime aussi par l'énoncé, le "signifiant doublement articulé" dans une prosodie et un accent, c'est, très sommairement par ailleurs, pourquoi les techniques projectives (TAT, Rorschach...) d'efficacité intellectuelle (WISC, NEMI, Binet Simon...) sont en elles-mêmes, ou renferment des épreuves de langage. Les techniques de l'entretien (2) sont elles-mêmes basées sur le dialogue parlé !

En psychologie, le signifiant est donc le médiateur qui permet (grâce aux tests) aux multiples paramètres internes de la communication de s'extérioriser (3) Le clinicien les interprète suivant son école formatrice, puis, partant de ses hypothèses explicatives des troubles éventuellement

(1) Une formation n'acquiert son statut d'universitaire que lorsqu'elle est doublée de sa post-graduation et de sa recherche. Cette double instance a été lancée, pour l'orthophonie en 1987. La licence d'orthophonie a été instituée en 1973. Ex. travaux de la fondation de Garches, Paris, Nov. 1990. (2) Ex. travaux de la fondation de Garches, Paris, Nov. 1990. (3) «L'aphasie n'est plus dichotomie : essai de démonstration sous l'angle de la psychologie cognitive». Glossa, n° 23, janvier 1991, Castres, 34-45.

isolés, il les traite s'il en a maîtrise : techniques psychanalytiques, thérapies de soutien, scénos-thérapies,...., techniques cognitives : séries, gnosies, pratiques, instrumentales.... L'on se rend donc compte que *langage = psychologie + linguistique*. Ce double faisceau de composants de la communication doit donc être maîtrisé comme base élémentaire de la formation du clinicien, qu'il soit orthophoniste ou psychologue, compte tenu évidemment de la spécificité de chaque profession.

Ici, la relation patient/clinicien, dans son acception scientifique, apparaît, comme son nom l'indique, comme étant de type clinique, au sens platonicien du terme : basée sur le maniement habile de techniques, préalablement étalonnées, validées par l'expérience de *terram, la demons-tration*.... Il y a action préventive, diagnostique, thérapeutique, en clinique. La cogitation est de l'ordre de la science philosophique ;

Par ailleurs, cette notion de relation n'est point réductible à celle du type mère/enfant, médécin/malade auquel cas, cette "relation sociale" ne s'apprend pas à l'université. Elle est naturel-levé, si, d'un autre côté, elle peut devenir objet scientifique du psychologue ou orthophoniste chercheur, ce qui est différent !

En psychologie, les concepts de prise en charge "globale" du patient, d'"empathie", de "relation positive inconditionnelle", (introduits dans la littérature par le psychanalyste Rogers), complètement des principes platoniciens, répondent également à quelque chose de *technique*, de concret. Pour approcher le patient "globalement", l'on entend : l'appréhender dans l'ensemble de ses traits sémiologiques, personnels et naturels, et le signifiant en est UN ! En l'absence de quoi, le diagnostic serait parcellaire, donc non fiable.

a) Or, pour réaliser cette relation optimale, il faut commencer (justement) par explorer le patient dans son signifiant naturel, sa réalité profonde, lesquels sont connotés dans une instance appelée la *langue maternelle*, la langue des affects et de la subjectivité (4).

Si l'orthophonie, de par ses programmes académiques universels considère les problèmes posés dans le champ de la pathologie de la communication en tant qu'intrus dans la pratique des langues orales, la psychologie paraît bien devoir se déployer dans le même sens. En effet l'orthophoniste "n'écrit pas" les performances orales, il les "transcrit". Il observe ainsi les points d'impact des inadéquations pour les interpréter puis les réédifier. Alors, comment donc est effectuée, en psychologie, la collecte des données ? Comment le psychologue qui manipule le TAT, l'entretient..., le psychanalyste qui observe les "associations libres" contenues dans le "ga"..., réunissent-ils scientifiquement, rigoureusement et objectivement les multiples paramètres que renferme l'exercice des langues maternelles, compte-tenu de leur grande complexité au Maghreb ? Comment mesurent-ils la portée psychologique de la prosodie, des pauses, du ton, de l'accent de la parole ? Les linguistes eux-mêmes reconnaissent à ces traits dits "supraségmentaux" une haute valeur psychologique : dès les premiers mois, le bébé "spécialise" ses variations tonales en fonction de son bain culturel, pour exprimer telle ou telle émotion, et ce, avant même de le faire à travers le "trait segmental".

Dans l'aphasie (et le psychologue s'en occupe aussi), c'est les interjections, les syllabes de la langue maternelle, les traits linguistiques à valeur émotionnelle qui résurgissent en premier lieu. Bien d'autres exemples peuvent être cités...

Comment mesurent-ils les valeurs contrastives connotatives de la "rhèse" (5), et chaque communauté a son propre système de distribution des rhèses significatives.

Si les langues de familles indo-européennes, anglo-saxonnes...., dans lesquelles et pour lesquelles ont été conçus le Binet-Simon, la NEMII etc..., répondent à des systèmes qui s'écrivent et lesquelles donc, peuvent parfaitement être rapportées sous la forme graphique à travers un dossier de cas ou la littérature, il n'en est pas de même pour les systèmes berbères et arabes

(4) E. Benveniste, « De la subjectivité dans le langage », *Cahiers de l'Institut de Linguistique de Louvain, Belgique*, 17, 4, 17-25
 (5) O.P.U 1964, et « Sémanique dans l'aphasie », *Journal de Psychologie Normale et Pathologique*, 1958, 55, 3, 257-265

oraux du Maghreb. Comme le souligne la psychologue B. Ducarne (6) : «la langue didactique en milieu plurilingue est un procédé tard venu et constitué par des signes de signes, elle n'est donc point l'idéal pour la collecte objective des renseignements sur la vie psychique du malade». Le clinicien n'est, en effet, pas en situation scolaire, il est en situation de dialogue et de communication, ce qui est différent.

Chaque système est doué aussi de ses propres schémas mélodieux (arabe de Tunis/de Rabat/d'Alger par exemples). Les parlers maghrébins sont infiniment plus contrastés et plus prosodiques et donc, par là, plus riches en valeurs psychologiques que nombre de systèmes étrangers (7).

b) Or, il se trouve également que l'ensemble de ces traits segmentaux et suprasegmentaux sont *transcriptibles*, c'est-à-dire "symbolisables" de façon scientifique, rigoureuse et objective grâce aux concepts et outils d'une science aujourd'hui en plein essor et donc autonome appelée la *Phonétique*. L'Alphabet Phonétique International (API) permet la transcription-même du chinois, le praticien ne l'exerce-t-il pas ... sans compter la valeur esthétique de la présentation des données dans un mémoire, un dossier, un article...

c) Or, enfin, il se trouve que ces mêmes concepts n'ont pas de statut en psychologie en Algérie, si bien qu'en l'absence de la transcription, de la segmentation et de la symbolisation des patterns mélodieux (8) les différentes formes de relations cliniques potentielles ne sont alors plus que des situations artificielles. Ainsi :

1 - Sommer le patient de s'exprimer en français signifie compromettre la relation positive inconditionnelle. Le diagnostic est truqué, basé sur une application mécanique de techniques.

2 - Cette même situation, fût-elle assortie d'un enregistrement suivi de son écoute et son interprétation avec ou sans son transcodage écrit, pose des problèmes méthodologiques d'un autre ordre : comment tenir compte de la distribution de la tonique, (laquelle a ses lois et marque la rhèse), des pauses, hésitations, feed-backs correctifs, mécanismes de redondance, d'interférences, variations tonales, extinctions syllabaires, sons qui n'ont aucun correspondant graphémique (en français ou en arabe écrit), processus de nasalisation ..., bref autant de facteurs directeurs du diagnostic, ce qu'il est aisé de démontrer : pauses, hésitations, feed-backs, lapsus sont mesurables et interprétés, de la sorte, comme étant plus ou moins proches de la normale. Certains parlers renferment des interjections douées de sens : bo ? oh ? (étonnement). L'extinction syllabaire peut survenir en cas de dysphonies, dans le haussement du ton (conviction, dissuasion...) Le sigmatisme, interdental ne s'écrit pas en français et le g en arabe.

Un trouble articuloire très minime peut générer de sérieux problèmes psychologiques. La nasalisation qui se transcrit : v au dessus des orales permet de distinguer la rhinolalie ouverte (nasalisation constante : "nefnèf"), du sigmatisme nasal (nasalisation des sifflantes) : il est patent que les troubles psychologiques secondaires à l'une et l'autre difficultés expressives orales, diffèrent et en nature et en degré.

Dans ce même cas de figure, comment procéder avec un analphabète, un enfant non scolarisé, un patient berbérophone si l'on est soi-même arabophone ? L'orientation n'est pas une solution pour deux motifs : la zone géographique peut ne pas compter un clinicien berbérophone ; la maîtrise du berbère implique tout de même la traduction en français des données. Or la traduction ne rend jamais fidèlement le message originel. Le facteur temps forcément impliqué par cette opération métalinguistique de traduction pose un double écueil : il distancie les deux protagonistes au lieu de les mettre l'un dans la situation psychique de l'autre. Ici, la part de l'intuition fait que le clinicien teste ses propres QI et personnalité et non pas ceux du patient ! Il suffirait pour le vérifier, de constater la différence potentielle entre deux traductions d'un même

(6) Cours de neuropsychologie : «L'aphasie du bilingue», Paris VI, 1977-78. (7) Le polonais par exemple répond à une prosodie recto-tono (monocorde). (8) Ex. «Melody Intonation» de Sparks et Holland, U.S.A., 1975.

entretien, par deux testeurs différents. D'où diagnostic émiété, "para-psychologique". Ainsi donc, au sein des pays qui, comme ceux du Maghreb comptent des langues à forte tradition orale, la psychologie gagnerait certes à intégrer dans ses programmes ceux de phonétique. La transdisciplinarité, dictée donc par le terrain social, c'est cela **et elle n'est pas à sens unique**.

Autre remarque : le cas de figure n° 2 peut amener aussi à une exclusion du patient : ce n'est pas "psychologique". Le noeud du problème est là : les pays aux langues orales devraient dès à présent s'atteler à réaliser des travaux d'équipes transdisciplinaires, labos, revues, colloques ... impliquant à la fois orthophonistes, linguistes, psychologues, phonéticiens..., pour promouvoir les sciences de la communication à l'instar des pays développés. Dans moins de 20 ans, les 3/4 du monde parleront des progrès technologiques en leur sein ! Cela suppose le lancement des recherches en matière de monographies ayant trait à *toutes* les pratiques linguistiques maghrébines ainsi qu'aux techniques psychologiques et orthophoniques qui leur sont adaptées. Ne sont-ce donc pas là des possibilités qui contribueraient non seulement à l'union scientifique de nos pays pour faire face aux blocs internationaux, mais aussi au démarrage des sciences humaines qui dorment d'un profond sommeil depuis l'indépendance ?

II - Quelques propos à présent sur la question de l'autonomie épistémologique par rapport à cette dynamique multidisciplinaire.

Si l'on regarde le cursus et la recherche en médecine, un élément de réponse est déjà donné à ce problème. A titre d'exemple, l'existence d'un tronc commun de biomédecine, la recherche potentielle en biologie médicale n'excluent pas autonomie, souveraineté et droit de décider pour soit, de la médecine.

Qu'en est-il précisément de la jeune science orthophonique ? Si le terme "science" paraissait abusif dans les années 70-80, l'émergence de l'orthophonie comme science en Algérie est aujourd'hui un fait. La théorisation, la mise en oeuvre de la postgraduation et la recherche ont fait l'objet d'un essai de validation à travers une confrontation internationale (9) : seul l'échange est en effet le vecteur d'une évaluation objective du fait scientifique. La persévérance dans ce sens s'impose par conséquent, nous n'en sommes en effet qu'à nos débuts. Seuls travail et progrès restent le garant d'une orthophonie autonome, donc potentiellement compétitive. Signalons cependant que ce modèle international (le voir in n° 1 d'«ORTHOPHONIA», Revue Scientifique de la S.A.O.R., O.P.U., 1994, 260 p, pp 28-31), ne fonctionne plus depuis 1991 (projet du 2/01/1987, agréé par l'arrêté ministériel du 19/07/1987), c'est-à-dire sitôt qu'il commença à porter ses fruits (soutenance des deux premières thèses en 1990-1991). Mais, fort heureusement, la trentaine de postgraduants (magisters et doctorats d'état) qui ont récemment déposé leurs mémoires ou qui en poursuivent les travaux (promotions 1987-1991) permettent, outre les activités menées par ailleurs, de maintenir vivante cette notion de construction d'une orthophonie autonome au sein de l'université algérienne ?

Il n'est de geste orthophonique qui ne soit pluridisciplinaire. C'est donc à partir de l'observation du patient que se conçoivent formation académique, problématiques ou objets scientifiques de recherches, recherches dont les résultats deviennent objet d'enseignement. Le raisonnement inverse justifie et contribue à caractériser les carences que nous connaissons (10).

L'autonomie de l'orthophonie est liée au "dosage" doublé de la *spécialisation de l'ensemble des sciences* qui sous-tendent la *voix* et le *langage*, orientation faite de leurs concepts vers l'approche des troubles affectant ces deux instances de la communication interindividuelle. Ainsi la médecine neurologique qui traite les aphasies s'insère dans un domaine de l'orthophonie appelé la "neuropsycholinguistique" ; la médecine O.R.L. appliquée aux dysphonies et aux surdités

(9) «Émergence de l'orthophonie comme science en Algérie - Exemples de la postgraduation et de la recherche» est un essai de théorisation de la scientificité de l'orthophonie, ayant fait l'objet de deux communications : 1. Congrès de la FNO -De la clinique à la recherche orthophonique au sein des pays de la C.E.E., Paris, 23 nov. 1991 ; 2. 1er Congrès du Comité Permanent de liaison des Orthophonistes et Logopédistes (CPLOL), «Tendances actuelles de la recherche orthophonique», Athènes, avril 1992.

(10) - Réponse valable au «qui forme l-on et pourquoi ?» et démarrage des sciences humaines vont de pair

devient respectivement "phoniatrie" et "audiophonologie" ; la phonétique qui traite la pathologie articulaire s'appelle "phonétique clinique, orthophonique ou corrective" (11) ; la physique-acoustique appliquée à l'étude des paramètres vocaux ou auditifs s'appelle "acoustique clinique" ; la psychologie qui s'inscrit dans la pathologie du langage écrit est la "psychopédagogie" etc....Chacun de ces domaines est extrêmement vaste et complexe et répond, de par le monde, à des unités de recherches, des laboratoires, des revues, des sociétés savantes, des colloques etc... . C'est le corps-même encadreur et modulaire de l'enseignement universitaire orthophonique de par le monde. La formation du clinicien consiste en l'apprentissage des "dosages et spécialisation" conceptuels ci-dessus évoqués.

Cette même double instance se prolonge en post-graduation orthophonique aux U.S.A, au Canada, en Angleterre(12) et en Algérie (13)

Par rapport donc à l'exemple de la psychologie inscrite à l'intérieur du champ orthophonique, c'est la psychologie qui "perce" le trouble : celle qui le prévoit, le diagnostique, le guérit et non pas celle qui le regarde à distance, c'est-à-dire le méprise, ou l'ignore tout simplement ni celle des généralités que deux ou trois modules suffisent à faire connaître, plutôt que 3 voire 4 années ! La "psychologie-orthophonique" (ce syntème n'existe nulle part dans le monde)est donc à côté de la neurolinguistique, l'audiophonologie..., l'une des spécialités orthophoniques : **l'Orthophonie n'est point une branche de la psychologie.** Cette grave faute épistémologique (dûe à l'ignorance ou à la conspiration) est synonyme de la négation de l'autonomie , autrement dit de la technologie scientifique orthophonique, susceptible d'inscrire cette jeune discipline dans le concert des nations.

Autre facteur de l'alignement sur les pays modernes l'orthophonie algérienne a besoin, elle aussi, de recherches fondamentales (14) et appliquées (15) . Cela veut dire que :

1) sans pour autant être orthophoniste, le linguiste, le psychologue, le médecin effectuent des recherches fondamentales aux côtés de l'orthophoniste (voir toute la littérature !) ;

2) encadrer un cours de dyslexie ou de surdité sans détenir soi-même un titre doctoral sanctionnant une recherche effective en dyslexie ou en surdité est synonyme du leurre représenté par une postgraduation orthophonique encadrée par l'assistant en psychologie générale ou en sciences de l'éducation, un cours d'O.R.L encadré par l'interne en pédiatrie ou un séminaire en laryngectomie assuré par un linguiste.

En d'autres termes, l'orthophoniste situe sa profession et sa réflexion dans une pluridisciplinarité à la fois intrinsèque et extrinsèque (travaux d'équipes). Il accepte donc une certaine imprécision des frontières que seuls ses actes cliniques règlent. Cela n'exclut point la défense de sa compétence dans le noyau dur qui fait l'essentiel de son intervention.

(11) «Phonétique orthophonique arabe, diagnostic et r ducation», Bulletin d'Audiophonologie, Annales de l'Université de Médecine et Pharmacie de Besançon, vol VII n 2, 1991, 251-266. (12) En construction de par le monde, l'orthophonie est une formation universitaire au sein de tous les pays. Si les U.S.A. (Diploma et PHD en Speech Pathology and Audiology rattachés aux «Schools of Health Sciences»), le Canada (maîtrise et PHD d'Orthophonie et Audiologie, Département autonome de la Faculté de Médecine) et l'Angleterre (Graduate and Postgraduate of Speech Therapy des «Médical Colleges») comptent d j cursus gradué + postgradu , la Belgique et la France (cf. travaux de la C.E.E pour l'unification de la terminologie, des statuts professionnels et axes de recherches, in «Orthophoniste», revue de la FNO n  100, juillet 1990), qui comptent un système de postgraduation non autonome (voir AA 12 jt 1990 et Echa b 19 oct 1990), envisagent aujourd'hui l'alignement sur les autres pays (cf. note 9 supra). (13) L'Algérie est le seul pays du monde arabe et d'Afrique qui compte une graduation et postgraduation orthophonique. L'effort en vue de l'autonomiser à travers le développement technologique est contenu dans les thèmes de magister soutenus et en voie de l'être. Ex. «viroscopie de la voix en cours de r ducation», «sonagraphie de la voix» (acoustique) , «validation de la technique verbotonale en surdité» (audiologie) ; «techniques psychologiques pour le développement du langage dans la trisomie 21» ; «perceptivo-motricité dans l'aphasie sensorielle» . (psychopédagogie et neuropsychologie) ; «test pour enfants aphasiques berbérophones» ; «Melodic Intonation Therapy arabe dans l'aphasie motrice».. (neurolinguistique) ; Doctorats d'Etat en «sémantique arabe dans l'aphasie» «processus psychologiques en cause dans la dyslexie».. (14) Phénoménologie, redéfinition, facteurs, typologies internes d'un syndrôme. (15) Techniques diagnostiques et rééducatives. Cela veut dire que la connaissance du trouble s'impose dans le corps encadreur et de la licence et de la postgraduation ! Le médecin enseigne-t-il donc la maladie sans l'avoir jamais vue ni traitée ? Inhérentes aux débuts, la confusion de l'orthophonie avec la psychologie des généralités s'expliquent aujourd'hui. Continuer donc de mettre l'accent sur le développement des spécialités orthophoniques y mettra un terme : le mode de structuration des programmes selon les normes universelles coulera ensuite de source ! Ce n'est qu'une question formelle et de temps. Ce qui compte aujourd'hui c'est que ce concept d'autonomie pluridisciplinaire continue de s'imposer par la démonstration, la production.