

Université de Nantes

---

Unité de Formation et de Recherche – « Médecine et Techniques  
Médicales »

Année universitaire 2012-2013

Mémoire pour l'obtention du  
Diplôme de Capacité d'Orthophoniste

présenté par **Claire CORVISIER**

née le 28/05/1982

|  |
|--|
| <p><b>Comment appréhender le symptôme<br/>en orthophonie ?</b></p> |
|--|

Président du Jury : Monsieur **Eric Zuliani**,

Psychanalyste, enseignant associé à temps partiel, UFR de psychologie,  
chargé de cours à l'École d'Orthophonie de Nantes.

Directeur du Mémoire : Monsieur **Jean-Pierre Leloup**,

Psychomotricien, chargé de cours à l'École d'Orthophonie de Nantes.

Membres du Jury : Monsieur **François Gore**,

Orthophoniste, formateur à l'Itecc.

C'est avec plaisir que je remercie toutes les personnes ayant participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Aux orthophonistes, maîtres de stages, qui ont toujours été très disponibles pour échanger et répondre à mes interrogations,

aux membres du jury, qui m'ont guidée au fil de l'année, tout en me laissant une grande liberté d'écriture.

« Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation ».

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b>   | <b>9</b>  |
| <br>  |           |
| <b>PARTIE THÉORIQUE</b>   | <b>12</b> |
| <br>  |           |
| 1 L'ORTHOPHONIE : D'HIER À AUJOURD'HUI                                      | 13        |
| 1.1 <b>Le terme <i>orthophonie</i></b>                                      | <b>13</b> |
| 1.2 <b>Quelques précurseurs</b>   | <b>14</b> |
| 1.3 <b>Naissance d'une discipline : l'orthophonie</b>                       | <b>16</b> |
| Naissance à l'hôpital   | 16        |
| Extension vers la pédagogie   | 17        |
| 1.4 <b>Deux domaines éclairant aujourd'hui l'orthophonie</b>                | <b>18</b> |
| La psychanalyse   | 18        |
| La neuropsychologie   | 20        |
| 1.5 <b>L'orthophonie – L'orthophoniste : construction d'un statut légal</b> | <b>21</b> |
| Définition de la profession   | 21        |
| Qualification de l'orthophoniste  | 21        |
| Compétences de l'orthophoniste  | 22        |
| <b>Conclusion</b>   | <b>23</b> |
| <br>  |           |
| 2 LE SYMPTÔME   | 24        |
| 2.1 <b>Définition du symptôme</b>   | <b>24</b> |

|   |    |
|---|----|
| Un peu d'étymologie                                     |    |
| 24  |    |
| Définition générale                                     | 25 |
| <b>2.2 Le symptôme en psychanalyse</b>                  |    |
| <b>25</b>   |    |
| La nature du symptôme en psychanalyse                   |    |
| 26  |    |
| La formation du symptôme                                |    |
| 29  |    |
| <i>Le symptôme : rattaché à l'inconscient</i>           |    |
| 29  |    |
| <i>Comment le symptôme se constitue ?</i>               |    |
| 31  |    |
| La fonction du symptôme                                 | 33 |
| Une fonction double                                     |    |
| 36  |    |
| <br>  |    |
| <b>3 LE SYMPTÔME ET LE PATHOLOGIQUE</b>                 |    |
| 37  |    |
| <b>3.1 Le pathologique : définition</b>                 |    |
| <b>37</b>   |    |
| <b>3.2 Le symptôme est-il toujours pathologique ?</b>   |    |
| <b>40</b>   |    |
| <br>  |    |
| <b>4 SYMPTÔME ET SOCIÉTÉ</b>                            |    |
| 43  |    |
| <b>4.1 Le processus de subjectivation du nourrisson</b> |    |
| <b>43</b>   |    |
| <b>4.2 Manquer pour se socialiser</b>                   |    |
| <b>45</b>   |    |
| <b>4.3 Une société et ses symptômes</b>                 |    |
| <b>46</b>   |    |
| <br>  |    |
| <b>5 SYMPTÔME OBJECTIVÉ, SYMPTÔME SUBJECTIVÉ</b>        |    |
| <b>48</b>   |    |

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 6   | LA DEMANDE   |    |
|     | 52   |    |
| 6.1 | <b>La demande sociale</b>  |    |
|     | 52   |    |
|     | A l'origine, la demande est toujours sociale                       |    |
|     | 52   |    |
|     | D'où vient cette demande sociale ?                                 |    |
|     | 54   |    |
|     | <i>Projection et narcissisme parentaux</i>                         | 54 |
|     | <i>Quand la demande parentale répond au principe d'homéostasie</i> |    |
|     | 55   |    |
|     | <i>La pression sociale</i>   | 55 |
|     | Conclusion   | 56 |
|     | Les limites de la demande sociale                                  |    |
|     | 56   |    |
| 6.2 | <b>La demande articulée autour de la problématique du désir</b>    |    |
|     | 58   |    |
|     | Le désir naît des premières expériences de satisfaction...         |    |
|     | 60   |    |
|     | ... et dans la relation à l'Autre                                  | 61 |
|     | Pourquoi l'enfant en vient à désirer ?                             |    |
|     | 62   |    |
| 6.3 | <b>Conclusion</b>  |    |
|     | 63   |    |
| 7   | LE SAVOIR  | 65 |
| 7.1 | <b>Un savoir empêché</b>   |    |
|     | 65   |    |
| 7.2 | <b>La construction du savoir du thérapeute</b>                     |    |
|     | 68   |    |
| 7.3 | <b>Qu'en est-il du savoir que nous suppose le patient ?</b>        |    |
|     | 69   |    |
| 7.4 | <b>Savoir et perspectives thérapeutiques</b>                       |    |
|     | 70   |    |

## **PARTIE PRATIQUE**

**72**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 ORGANISATION DE L'ÉTUDE</b>                          | <b>73</b> |
| <b>1.1 Sujet</b>  |           |
| <b>73</b>   |           |
| <b>1.2 Problématique</b>                                  |           |
| <b>73</b>   |           |
| <b>1.3 Hypothèses</b>                                     |           |
| <b>73</b>   |           |
| <b>1.4 Méthodologie</b>                                   |           |
| <b>74</b>   |           |
| Population de l'étude                                     |           |
| 74  |           |
| Approche clinique   | <b>74</b> |
| <br>  |           |
| <b>2 JULES</b>  |           |
| <b>76</b>   |           |
| <b>2.1 Présentation de Jules</b>                          |           |
| <b>76</b>   |           |
| <b>2.2 Jules et l'orthophonie</b>                         |           |
| <b>76</b>   |           |
| <b>2.3 Une problématique autour du corps</b>              |           |
| <b>77</b>   |           |
| Incontinence  | <b>77</b> |
| Plainte somatique   | <b>78</b> |
| Une famille « malade »                                    | <b>78</b> |
| La question de la filiation chez Jules                    |           |
| 79  |           |
| Jules et son drôle de discours sur la santé               |           |
| 79  |           |
| <b>2.4 Jules et le jeu dans les séances d'orthophonie</b> |           |
| <b>81</b>   |           |

|  |           |
|--|-----------|
| Des jeux pour tout-petits                                | 81        |
| L'utilisation de jeux de règles plus élaborés            |           |
| 82   |           |
| Le jeu du docteur  | 84        |
| <b>2.5 Un comportement contrasté</b>                     |           |
| <b>85</b>  |           |
| <b>2.6 Le refus de lire de Jules : son symptôme ?</b>    |           |
| <b>86</b>  |           |
| Travail à partir de la méthode d'imprégnation syllabique |           |
| 87   |           |
| Jules ne veut pas lire                                   |           |
| 87   |           |
| Un constat assez négatif                                 | 88        |
| <b>2.7 Conclusion</b>                                    |           |
| <b>89</b>  |           |
| <b>3 CAMILLE</b>   | <b>92</b> |
| <b>3.1 Présentation de Camille</b>                       |           |
| <b>92</b>  |           |
| <b>3.2 Sa venue au CMPP</b>                              |           |
| <b>92</b>  |           |
| <b>3.3 Les raisons de la prise en charge de Camille</b>  |           |
| <b>93</b>  |           |
| La demande   | 93        |
| Les symptômes allégués                                   | 93        |
| <b>3.4 Quelques éléments de l'histoire de Camille</b>    |           |
| <b>94</b>  |           |
| <b>3.5 Camille vu par ses proches</b>                    |           |
| <b>96</b>  |           |
| Camille vu par sa mère                                   | 96        |
| son père   | 98        |
| son beau-père  |           |
| 98   |           |
| <b>3.6 Ce qui résiste chez Camille</b>                   |           |
| <b>98</b>  |           |

|   |            |
|---|------------|
| Problème de langage   |            |
| 99  |            |
| Dévalorisation du père par la mère  |            |
| 99  |            |
| Problème psychomoteur   | 100        |
| Intolérance à la frustration  | 101        |
| Tout se recoupe ?   | 102        |
| <i>Séparation et langage : la problématique de l'oralité chez Camille</i>       |            |
| 102   |            |
| <i>Séparation et psychomotricité : la capacité à être seul</i>                  |            |
| 104   |            |
| <i>Difficulté à être seul – difficulté à supporter l'autre : un paradoxe ?</i>  |            |
| 105   |            |
| <b>3.7 Ce qui est travaillé avec l'orthophoniste en séances</b>                 |            |
| <b>105</b>  |            |
| <b>3.8 Conclusion</b>   |            |
| <b>109</b>  |            |
| <b>4 APPORTS DES STAGES ET DU MÉMOIRE</b>                                       |            |
| 112   |            |
| <b>4.1 La position de l'orthophoniste</b>                                       |            |
| <b>112</b>  |            |
| <b>4.2 Les limites du champ de l'orthophonie</b>                                |            |
| <b>114</b>  |            |
| <b>4.3 La légitimité d'une certaine pratique orthophonique auprès du public</b> |            |
| <b>115</b>  |            |
| <b>CONCLUSION</b>   | <b>118</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b>  | <b>120</b> |
| <b>ANNEXES</b>  | <b>122</b> |
| Séances avec Jules  |            |
| 123   |            |

Séances avec Camille

129

## Introduction

L'idée de travailler sur le symptôme s'est progressivement installée au cours de la formation. Elle est née à la suite de stages qui m'ont surprise. Des stages qui venaient bousculer l'idée que je me faisais de la profession depuis quelques années, et même depuis le début de cette formation. Alors qu'il nous y est transmis beaucoup de savoirs généraux et de connaissances autour des techniques de rééducation, ces quelques stages m'ont ouverte sur d'autres façons de travailler, d'être orthophoniste. Ils m'ont aussi forcée à m'interroger sur la pratique qui sera un jour la mienne. Les stages et la formation existent en effet pour nous apprendre à devenir orthophoniste, mais ils doivent également nous permettre de répondre – ou au moins d'esquisser une réponse – à une question que nous devons nous poser, étudiants : quel orthophoniste je veux être ? Comment j'envisage ce métier qui sera le mien ? Sans doute n'est-il possible d'appliquer juste des techniques et des méthodes qui nous sont enseignées. Celles-ci doivent être secondaires au questionnement qui nous guide pour qu'une prise en charge soit bénéfique à un patient.

Cette technique, dont il est si souvent question en orthophonie est à rapprocher du symptôme. Mais qu'est-ce qu'un symptôme ? Comment comprendre ce mot ? Il s'agit d'un mot courant dans notre langue, qu'à peu près tout le monde connaît. Mais alors pourquoi vouloir écrire tout un mémoire dessus ? Je me rends compte que le sens que je donne à ce mot, relativement à l'orthophonie, a beaucoup évolué depuis que j'envisage de travailler dessus. Je le voyais au départ comme la *vraie* difficulté du sujet. Bien sûr, il n'en est rien. C'est plutôt le contraire : le symptôme est ce qui se voit. Un sujet est adressé à un orthophoniste parce qu'il a un symptôme, un trouble qui relève du langage. Le symptôme du patient est ce que celui-ci donne à voir d'une difficulté plus profonde, plus ou moins cachée, car souvent remisee dans l'inconscient. Tel est le point que je voulais traiter, quand je parlais alors du symptôme : le problème, le vrai, l'enfoui. Celui qu'il faut déceler pour que le sujet aille *vraiment* mieux. Mais s'agit-il pour l'orthophoniste de « déceler » le symptôme ? N'est-ce pas plutôt le patient qui, à un moment donné dans le travail entrepris, saura faire un lien qui lui permettra de débloquent quelque chose ? De lui donner un nouvel éclairage ?

Plus que d'être gommé, le symptôme demande à être écouté, entendu. Cette tâche

est une part importante du travail de l'orthophoniste. Cela revient finalement à être à l'écoute du patient, avant de lui proposer une rééducation ou des outils. Il semble qu'il peut se jouer autre chose en séance qu'un acte technique visant à la résorption dudit symptôme.

Traiter du « symptôme » revient à aborder un sujet vaste. Aussi ce travail ne prétend pas en parler de manière exhaustive. Il est construit en deux parties.

La première traite de points théoriques.

Comme le symptôme peut être étudié à travers de nombreuses disciplines, il a semblé important de rappeler qu'il était abordé ici relativement à l'orthophonie. C'est pourquoi nous commençons par un court historique sur la naissance et l'évolution de la profession, encore jeune.

Puis nous nous plongeons au cœur du sujet, en essayant de définir, d'expliquer ce qu'est un *symptôme*, à l'aide de ce qu'en ont dit les pères de la psychanalyse : comment il se forme, à quoi il sert.

Cette définition se poursuit par une confrontation du symptôme aux concepts de *norme*, de *normal* et de *pathologique*. Plus précisément, nous cherchons à savoir si le symptôme relève nécessairement du pathologique.

Nous discutons ensuite du lien possible qui existerait entre des symptômes et une société donnée. Il semble que selon les civilisations et les époques, les individus ne présentent pas les mêmes symptômes.

A cela suit justement la façon dont notre société actuelle considère et donc traite les symptômes de notre époque. Un de ces symptômes étant notamment les troubles des apprentissages scolaires.

Vient enfin un questionnement autour de la *demande*, incontournable pour entreprendre un travail avec un orthophoniste. Nous nous demandons comment la demande qui est au départ sociale, donc faite par un tiers, peut devenir celle du patient, condition nécessaire à une évolution favorable de celui-ci.

Et nous finissons par une réflexion sur le *savoir*, et développons l'idée que le savoir ne vient pas toujours d'où on l'attend : l'orthophoniste a à apprendre de son patient largement autant que le patient de l'orthophoniste. Il est question ici d'un savoir qui ne s'apprend pas, mais qui vient de l'inconscient. Un savoir que l'orthophoniste doit apprendre à percevoir.

La seconde partie de ce mémoire vient témoigner de cette année de stages. Elle présente deux enfants, Jules et Camille, suivis cette année. A la lumière des éléments théoriques dont nous disposons, nous tâchons d'analyser ce que leurs symptômes disent d'eux, et expliquons ce qui a été fait pour eux, avec eux, au fil des séances.

Après quoi, nous dressons brièvement un bilan de ce que ces stages de dernière année nous ont apporté, des questionnements qu'ils ont fait naître, et aussi des réponses qu'ils ont données.

Enfin, nous concluons.

## PARTIE THEORIQUE

Pour commencer, il nous paraît intéressant, pour commencer, de resituer la profession dont la discipline est l'orthophonie, ainsi que ceux qui la pratiquent, les orthophonistes. D'emblée, nous pouvons dire qu'il existe bien des façons d'appréhender l'orthophonie aujourd'hui.

Nous verrons qu'il s'agit d'une discipline récente, qui s'est constituée petit à petit au cours des deux derniers siècles essentiellement, par la réunion de différents domaines.

La profession est reconnue légalement en France depuis 50 ans à peine, et son champ d'action, qui n'a cessé de s'étendre, est désormais bien circonscrit.

### 1. Le terme *Orthophonie*

La création du terme même d'orthophonie est attribuée à Marc Colombat, dit **Colombat de l'Isère** (1797 - 1851), un médecin français.

Étymologiquement, *orthophonie* vient du grec :

- *Ortho* signifie initialement « debout, dressé » dans le domaine de la géométrie. Mais plus généralement, il signifie « direct, en ligne droite ».

L'élément *ortho* se serait en outre enrichi de valeurs abstraites et morales : « restauré, redressé », « réussi » ou encore « véridique, correct, honnête ».

En remontant plus loin dans le temps et l'étymologie, *ortho* pourrait venir du sanskrit *ūrdhvà-*, « dressé, haut » et du verbe *vārdhati*, « élever, faire pousser ».

- *Phono* ou *phonos* est dérivé du radical *phônê*, signifiant « son de la voix, voix », « cri des animaux », « son » en général, « langage », « phrase, parole ».

Cette recherche un peu poussée des origines du mot en dit long sur l'importance de la tâche que doit relever l'orthophoniste, et sur les attentes que l'on peut avoir d'un tel travail. On entend souvent que l'orthophonie est le fait de « parler droit », autrement dit « parler bien, correctement ». Mais à la lumière de telles origines, on peut penser

qu'il véhicule une idée beaucoup plus noble, celle de la rénovation de la parole, d'une élévation que peut procurer la parole... pour peu qu'elle soit fonctionnelle, sans doute. Nous reviendrons plus loin sur les conditions de la naissance de ce mot.

## 2. Quelques précurseurs

Avant Colombat de l'Isère, le siècle des lumières et ses philosophes se sont intéressés à la surdité et aux sourds. Cette période a fait beaucoup pour eux, dont l'absence de langage les a longtemps fait passer pour inférieurs intellectuellement.

Ni le terme ni le concept d'*orthophonie* n'est encore présent. Mais les philosophes d'alors s'interrogent à propos de l'existence d'êtres humains apparemment dépourvus de langage. Parmi eux, Denis Diderot émet l'hypothèse qu'un infirme sensoriel pourrait accéder à des compétences égales ou supérieures aux autres, pour peu que les moyens adéquats pour y parvenir lui soient proposés.

**L'abbé Charles Michel de l'Épée** (1712-1789) est un précurseur bien connu de l'enseignement spécialisé dispensé aux sourds : il met au point un système de signes « méthodiques » qui associe le langage gestuel élaboré par les sourds eux-mêmes, et une grammaire française signée<sup>1</sup>.

Il publie en 1784 *La véritable manière d'instruire les sourds et muets*<sup>2</sup>, ouvrage dans lequel il décrit sa méthode, pédagogique, basée sur une logique de pensée orale. Grâce à celle-ci, certains sourds apprennent à lire et à écrire le français, accédant ainsi à la culture et au savoir.

Le docteur **Jean-Marc Gaspard Itard** (1774-1838) travaille avec Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron, admis en 1800 à l'Institut national des sourds-muets de Paris. Avec d'autres chercheurs, il s'interroge sur « le rôle joué par la société dans le développement du langage, de l'intelligence et de la moralité »<sup>3</sup>. Itard essaie durant cinq ans, mais en vain, d'enseigner à Victor la langue orale et de lui faire

---

1 Sacks, O. (1996). *Des yeux pour entendre. Voyage au pays des sourds*. Paris : Seuil, p.49. Cité par M. Durand et C. Varin dans leur mémoire, inédit.

2 Abbé de l'Épée, C-M. (1784). *La véritable manière d'instruire les sourds et muets, confirmée par une longue expérience*. Paris : Fayard, 1984, p.9.

3 Sacks, O. (1996). op cité, p.40.

développer une vie communicationnelle<sup>4</sup>.

Le docteur **Colombat** s'intéresse de son côté à la physiologie des organes phonateurs. Il étudie spécialement le bégaiement, et fonde en 1830 l'*Institut Orthophonique de Paris*. Le terme d'*orthophonie* apparaît alors pour la première fois en France. Ce centre traite les bégaiements mais aussi « toutes les maladies de la voix ». Colombat publie divers ouvrages consacrés à la phonologie, la chirurgie, la médecine et l'orthophonie. Ce mot réapparaît en 1840 dans la 3e édition du *Traité de tous les vices de la parole et en particulier du bégaiement ou Recherches théoriques et pratiques sur l'orthophonie*. Il entend sous le terme d'orthophonie l'étude du bégaiement et plus généralement des « vices de la parole »<sup>5</sup>.

Dans son approche, Colombat est *mécaniste*. Il accorde une grande importance à l'aspect fonctionnel du trouble. Il s'intéresse au rythme et à la rééducation, et s'oppose ainsi à ceux qui pensent que tout trouble de la voix ou de la parole s'explique par des anomalies organiques. En 1830, Colombat reçoit les félicitations par une commission de l'Académie Royale de Médecine, présidée par le docteur Itard pour « sa méthode (...) tellement avantageuse qu'elle amène les résultats les plus prompts et les plus nets qu'on ait obtenus jusqu'à présent ».

Son fils Emile assure dès 1866 un enseignement sur avis du ministre de l'Intérieur qui conclut à « l'utilité de la création d'un cours d'orthophonie (...) ». Cet enseignement orthophonique aborde :

- le redressement de toutes les variétés du bégaiement
- le redressement de tous les vices de la parole
- le redressement vocal des enfants arriérés
- le redressement des vices de l'articulation et de la voix déclamée ou chantée
- l'enseignement de l'articulation aux sourds-muets dits *amnistophones*, ou sourds-muets chez qui la perte de l'ouïe n'a pas entraîné la perte complète de la faculté de parler.

Emile Colombat, dans un mémoire sur *l'orthophonie au point de vue pédagogique*, énonce que la rééducation orthophonique ne doit pas relever du champ de la médecine, mais de l'enseignement, car, dit-il : « on ne traite pas un bègue, on fait son éducation ». Les bases d'une nouvelle discipline dans le champ de la

---

4 Itard, J. (1994). *Victor de l'Aveyron*. Paris : Allia.

5 Kremer, J-M. et Lederlé, E. *L'orthophonie en France*. 6ème édition. Paris : PUF, collection « Que sais-je ? », 2009, p.7.

rééducation sont ainsi posées.<sup>6</sup>

Dans un tout autre champ, **Paul Broca** (1824-1880), médecin anatomiste français, est le premier à établir une correspondance entre des lésions cérébrales et la perte du langage. Il publie en 1861 *Remarques sur le siège de la faculté du langage, suivies d'une observation d'aphémie (perte de la parole)*. Broca affirme très tôt « être convaincu que sans rendre aux aphémiques la partie de leur intelligence qui a péri (...) on [peut] (...) obtenir des résultats considérables ». Comme d'autres médecins et pédagogues de son époque, il est également persuadé des capacités d'éducabilité cognitives en général, et du langage en particulier. Cela notamment chez l'enfant retardé mental ou sourd de naissance. Il croit aussi au caractère réversible de certains troubles comme la dysphonie ou le bégaiement.<sup>7</sup>

### 3. Naissance d'une discipline : l'orthophonie

#### Naissance à l'hôpital

A la fin du XIXe siècle et jusqu'en 1914, de nombreux centres de traitement du langage sont créés, suite aux travaux réalisés par des neurologues. Ceux-ci s'intéressent aux difficultés d'apprentissage de la lecture, et la perte de l'usage de la parole et du langage dus à des traumatismes crâniens ou à des attaques cérébrales.

En France, Madame Cléricy du Collet propose une méthode contenant des exercices de rééducation des troubles vocaux : *La voix retrouvée, la voix rééduquée* .

En 1935, le docteur Parrel ouvre le Centre social de rééducation pour les déficients de l'ouïe, de la parole, de la respiration et pour les retardés scolaires, et publie avec son épouse un *Traité de rééducation* en 1939.<sup>8</sup>

Mais le développement de l'orthophonie est particulièrement lié aux apports de Suzanne Borel-Maisonny (1900-1995).

---

6 Héral, O. *L'orthophonie avant l'orthophonie...* 6e Festival Audiovisuel en Orthophonie, Nancy, novembre 2006, p.27-28.

7 Héral, O. op cité, p.7.

8 Kremer, J-M. et Lederlé, E. op cité, p.8.

Phonéticienne et grammairienne de formation, elle commence à travailler auprès du docteur Veau qui opère les enfants présentant des divisions palatines à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, à Paris. Elle observe ces enfants et expérimente avec eux une rééducation visant à leur faire recouvrer une voix et une articulation meilleures. Elle devient, avec des collaboratrices, « rééducatrices de la parole ».

A cette même période, Claire Dinville (1899-2001) qui travaille avec Suzanne Borel, étudie avec le docteur Tarnaud les troubles pathologiques de la voix, et commence à les rééduquer.

A son origine, l'orthophonie est donc clairement ancrée dans le champ de la médecine, notamment phoniatrique et ORL et se pratique dans les hôpitaux. Mais les toutes nouvelles « orthophonistes » connaissent quelques difficultés à se faire une place dans ce milieu hospitalier : aucun local ne leur est officiellement attribué, et leur rémunération est très faible, lorsqu'elles ne sont pas tout simplement bénévoles.<sup>9</sup>

### Extension vers la pédagogie

Progressivement, Suzanne Borel-Maisonny élargit son champ d'intervention. D'abord à l'articulation et au bégaiement. Puis à la parole, au langage, et enfin à la pensée-langage<sup>10</sup>. Dans les années 30, aidée de ses collaboratrices, elle explore, évalue et rééduque ces différents aspects du langage.

L'orthophonie en France embrasse donc le langage dans son ensemble, oral et écrit. Elle « rééduque » enfin les troubles, de toute origine : fonctionnelle, organique, traumatique, ou dus à divers handicaps.

A partir des années 50, les orthophonistes interviennent dans le milieu scolaire. Elles collaborent avec des pédagogues autour des difficultés d'acquisition du langage oral et écrit.

Parmi eux, citons le psychologue René Zazzo, dont les recherches portaient sur la dyslexie et les difficultés d'apprentissage de l'enfant<sup>11</sup>.

Suzanne Borel-Maisonny elle-même, met au point une méthode phonétique et

---

9 Kremer, J-M. et Lederlé, E. op cité, p.9.

10 Kremer, J-M. et Lederlé, E. op cité, p.9.

11 Durand, M. et Varin, C., op cité, p.11.

gestuelle d'apprentissage de la lecture pour les enfants dyslexiques. Cette méthode est depuis souvent utilisée par les enseignants.

Claude Chassagny (1927-1986), instituteur devenu psychanalyste, étudie l'apprentissage de la lecture chez l'enfant, notamment l'enfant inadapté scolaire et social. En 1957, il fonde l'Association Pour la Rééducation des Dyslexiques (A.P.R.D.), réunissant notamment des psychologues, des pédagogues et des neurologues. Le métier de « rééducateurs en dyslexie »<sup>12</sup> est ainsi créé. Cette nouvelle profession, vécue comme concurrentielle à l'orthophonie par les médecins universitaires concernés, est interdite en 1973, mettant fin à la tâche de formation de rééducateurs de l'A.P.R.D. Toutefois, par la loi de juin 1971, les rééducateurs jusqu'alors formés sont intégrés à la profession d'orthophoniste, avec une limitation de leur exercice au langage écrit. Il reste néanmoins inspirateur d'une certaine philosophie de la rééducation à travers la Pédagogie Relationnelle du Langage.

Afin d'éviter des confusions et des tensions naissantes entre l'orthophonie et la pédagogie, les orthophonistes mettent en avant leurs connaissances spécifiques du langage et de la linguistique pour se distancier du domaine pédagogique. Actuellement, les orthophonistes n'interviennent dans les écoles que dans le cadre d'organismes relevant du ministère de la santé, comme les S.S.E.F.I.S. (Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire) et les S.E.S.S.AD. (Service d'Éducation Spécialisée et de Soins A Domicile)<sup>13</sup>.

#### **4. Deux domaines éclairant aujourd'hui l'orthophonie**

##### La psychanalyse

De 1930 à 1960, les théories psychanalytiques sont très présentes dans la formation des orthophonistes, ce qui influence également leur exercice. La création du centre Binet-Simon en 1961 par les psychiatres et psychanalystes René Diatkine et Serge Lebovici, pour laquelle ils se sont entourés d'orthophonistes, en témoigne.

Les frontières entre les pratiques de chacun sont alors peu marquées. Pour R.

---

12 Kremer, J-M. et Lederlé, E. op cité, p.10.

13 Durand, M. et Varin, op cité, p.12.

Diatkine, entre orthophonie et psychothérapie, il n'y a pas grande différence à l'origine. Le langage est le résultat d'un investissement psychique de l'enfant. L'acquisition du langage oral et du langage écrit nécessite « un désir actif d'appropriation ». Ainsi, par sa relation avec l'enfant, l'orthophoniste doit créer un climat propice à l'émergence de son désir.<sup>14</sup>

Si les orthophonistes pionnières sont en accord avec les aspects psychologiques de la relation thérapeutique, certaines prennent de la distance avec les conceptions psychanalytiques.

Chassagny illustre à son tour cette influence par son approche novatrice de la rééducation de la dyslexie, inspirée de différents courants disciplinaires, tels que la pédagogie et la psychanalyse. Devenu lui-même psychanalyste, il intègre les apports des théories freudienne et lacanienne dans son approche du langage. Il considère le langage comme faculté constitutive d'un sujet pris dans sa relation au monde. La visée du rééducateur est alors d'accueillir les manifestations du symptôme, sans que celles-ci ne deviennent l'objet central de la rencontre. Chassagny apparaît ainsi comme l'initiateur d'une certaine philosophie de la rééducation, qu'il expose dans *Pédagogie relationnelle du langage*, publié en 1977.

De nombreux professionnels se sont servis de cet héritage. Aujourd'hui, deux associations reprennent les travaux de Chassagny : l'Institut de Transmission et d'Études Claude Chassagny (Itecc), et l'association des Ateliers Claude Chassagny (A.C.C.). Elles ont pour but de diffuser, transmettre et poursuivre les recherches que Chassagny avait initiées. Elles organisent notamment des groupes de recherche et des formations spécifiques. Celles-ci, bien connues auprès de certains orthophonistes, forment un cycle idéalement constitué en trois temps : la Pédagogie relationnelle du Langage, la Technique des Associations, et les Marqueurs Transversaux.

Par ailleurs, les Ateliers des Thérapeutes du Langage et de la Communication (A.T.L.C.), constitués à l'initiative de Geneviève Dubois, phoniatre et orthophoniste contemporaine de Chassagny, regroupent des « spécialistes du langage et de

---

<sup>14</sup> Tain, L. *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Rennes : École Nationale de la Santé Publique, 2007, p.27. Cité par M. Durand et C. Varin dans leur mémoire.

l'enfance en difficulté ». Une formation spécifique à la relation thérapeutique est proposée par cette association : la Thérapie du Langage et de la Communication (T.L.C.), qui se situe au carrefour des techniques rééducatives et pédagogiques et de la psychothérapie analytique.

La T.L.C. apporte un regard nouveau sur le trouble, envisagé comme un symptôme porteur de sens. La dimension relationnelle se trouve ainsi placée au premier plan dans la prise en charge du sujet en difficulté.<sup>15</sup>

### La neuropsychologie

L'intérêt scientifique et culturel pour le cerveau est très ancien. Les neurosciences, constituées entre 1960 et 1970, tiennent aujourd'hui une place très importante dans la société. Elles rassemblent « les disciplines scientifiques dont la recherche a pour objet la connaissance du système nerveux et de son fonctionnement »<sup>16</sup>.

De nombreuses découvertes neuroscientifiques ont offert à l'orthophonie des perspectives nouvelles dans la compréhension de certaines pathologies et l'appréhension de leur prise en charge. Nous pouvons citer en exemple la découverte des aires corticales liées au langage (Broca et Wernicke), la notion de plasticité cérébrale, ou encore la recherche sur les neurones miroirs.

La neuropsychologie, constituée à la frontière entre neurosciences et psychologie cognitive et expérimentale, est en plein essor depuis les trente dernières années. Elle a pour objet d'étude la relation entre les diverses structures du cerveau et le comportement humain. La notion de comportement englobe à la fois le langage, la perception, la mémoire, l'attention et la dextérité manuelle ; mais aussi l'agressivité, l'impulsivité, l'inhibition, etc.

A partir de l'étude des lésions cérébrales chez l'adulte, les chercheurs en neuropsychologie ont déduit le fonctionnement normal du cerveau humain.

Depuis, des enseignements en neuropsychologie ont été ajoutés à la formation des orthophonistes et se sont intensifiés progressivement. Aujourd'hui, orthophonistes et neuropsychologues travaillent ensemble, notamment dans le cadre de centres de

---

<sup>15</sup> Durand, M. et Varin, C., op cité, p.18.

<sup>16</sup> Clarac, F. et Ternaux, J-P. (2008). *Encyclopédie historique des neurosciences : du neurone à l'émergence de la pensée*. Paris : De Boeck, p.3. Cité par M. Durand et C. Varin dans leur mémoire.

rééducation fonctionnelle, de centres psychogériatriques, des centres de référence du langage, ou même en exercice libéral. Par ailleurs, de nombreux orthophonistes se forment à la neuropsychologie. Dans un tel contexte, les fonctions de chacun sont parfois confuses, les objets d'étude de ces disciplines se recoupant largement<sup>17</sup>.

## 5. L'orthophonie – l'orthophoniste : construction d'un statut légal

### Définition de la profession

Le 10 juillet 1964, paraît la loi n° 64-699 dans le journal officiel, relative à la profession d'orthophoniste.

Ainsi, d'après l'*article L. 504-1 du code de la santé publique* : « Est considéré comme exerçant la profession d'orthophoniste toute personne qui, non titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine, exécute habituellement des actes de rééducation de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit, hors la présence du médecin.

Les orthophonistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale. »

Le décret n° 65-240 du 25 mars 1965 précise les conditions dans lesquelles les rééducations sont menées, et la place de chaque professionnel.

L'article premier stipule : « Les orthophonistes (...) ne peuvent pratiquer leur art que sur prescription médicale indiquant à la fois la nature du traitement et le nombre de séances qu'il doit comporter. Seul le médecin traitant peut modifier le nombre de séances initialement prévu. »

### Qualification de l'orthophoniste

La qualification de l'orthophoniste est précisée dans l'*article 504-2 du code de la santé publique*, issu de la loi du 16 juin 1971. Il y est précisé que : « Nul ne peut exercer la profession d'orthophoniste s'il n'est muni du certificat de capacité d'orthophonie établi par le ministre de l'Éducation Nationale et le ministre de la Santé Publique et de la Population (...)»

---

<sup>17</sup> Durand, M. et Varin, C., op cité, p.19.

## Compétences de l'orthophoniste

Le champ de compétences de la profession est précisé pour la première fois par le *décret du 24 août 1983*. Il a été révisé plusieurs fois, depuis.

Un important décret, celui n° 2002-721 du 2 mai 2002 redéfinit ces compétences.

L'article premier énonce : L'orthophonie consiste :

- à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;
- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

L'article 2 du décret constitue une avancée importante : le diagnostic orthophonique est désormais posé par l'orthophoniste lui-même, et non plus par le médecin traitant. Désormais, la prescription du médecin pour une prise en charge orthophonique se limite au « *bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire* ». L'orthophoniste est dès lors responsable de la mise en œuvre du traitement.

Article 2 : « Dans le cadre de la prescription médicale, *l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins*. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis *susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical*, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution. »

L'article 3 établit les *domaines* dans lesquels l'orthophoniste intervient :

« L'orthophoniste est habilité à accomplir [d]es actes (...) :

1. Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite
2. Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques
3. Dans le domaine des pathologies neurologiques »

## **Conclusion**

En France, comme dans de nombreux pays européens (Belgique, Portugal, Royaume-Uni, etc.), la profession s'est d'abord enracinée dans le secteur médico-hospitalier. Dans d'autres pays (Danemark, Espagne et certains pays nordiques), les premières initiatives ont émergé du système scolaire, en direction d'enfants souffrant de troubles des apprentissages.

Ainsi, les conditions historiques d'émergence de la profession ont influencé les conditions d'exercice des orthophonistes-logopèdes européens. Dans certains pays, l'orthophonie est considérée comme une profession scolaire ou para-scolaire, dans d'autres comme une profession paramédicale exercée en cabinet privé ou au sein d'établissements médico-sociaux ou hospitaliers. D'autres pays encore donnent un quasi-statut de profession médicale aux orthophonistes.

En France, l'orthophonie reflète aujourd'hui de nombreuses réalités cliniques selon les orientations professionnelles des thérapeutes. Cela est lié notamment à leur formation initiale et aux théories qui influencent leur pratique<sup>18</sup>.

---

18 Durand, M. et Varin, C., op cité, p.19.

### 1. Définition du symptôme

Le sens de ce mot est à peu près connu de tous. Il est aussi plutôt constant. Le symptôme est habituellement considéré comme le signe de quelque chose, un événement, un phénomène, une maladie.

Dans cet essai de définition du symptôme, nous commencerons par discuter de sa signification au sens large. Cela, ne serait-ce que pour nous rappeler à quel point ce nom est couramment utilisé, et dans de nombreux domaines. Au fil de ces sens, nous tâcherons de nous rapprocher du domaine qui nous intéresse ici, et auquel le symptôme peut être rattaché : l'orthophonie. L'objectif ici est d'aboutir à une définition précise de ce que nous entendons par *symptôme* dans le cadre de l'orthophonie. Cela nous permettra par la suite d'utiliser le terme de symptôme en nous référant toujours à cette définition.

#### Un peu d'étymologie...

L'actuel nom *symptôme* vient du latin médical *symptoma*, issu du grec *sumptōma*. On peut encore le décomposer : il est formé de *sun*, « avec », et *piptein*, « arriver », « tomber », « survenir ». Étymologiquement, ce nom a une connotation négative. Il signifie l'« événement malheureux », l'« accident », la « coïncidence de signes »<sup>19</sup>. C'est aussi l'« événement fortuit »<sup>20</sup>. Cette idée de « coïncidence » nous interpelle. Un symptôme peut-il être là par hasard ? Et est-il arbitraire ? Dans son ouvrage *La parole rééducatrice*, Yves de la Monneraye semble lui aussi s'interroger. Il écrit : « Le symptôme, c'est donc à l'origine ce qui survient avec ou ce qui arrive avec. Mais avec quoi ? »<sup>21</sup>. La réponse médicale, courante, est que le symptôme est ce qui arrive avec la maladie, et doit permettre de la déceler. Mais pas seulement. C'est pourquoi cette dernière question nous paraît centrale dans le travail que nous entreprenons, et il serait prématuré de vouloir y répondre ici et maintenant.

---

19 Dictionnaire historique de la langue française, Éditions Le Robert 2006, p. 3723.

20 TLF1 : Trésor de la Langue Française Informatisé.

21 De la Monneraye, Y. *La parole rééducatrice*, Dunod, 2e édition, Paris, 2004, p. 52.

## Définition générale

Si l'on cherche dans un dictionnaire une définition de *symptôme*, le premier champ lexical auquel il est rattaché est celui de la médecine.

Le TLFi nous propose en tout premier lieu : « Manifestation spontanée d'une maladie permettant de la déceler, qui est perçue subjectivement par le sujet ou constatée objectivement par un observateur », puis, plus généralement mais toujours dans ce même registre, « signe, manifestation d'une maladie, d'une affection, d'un état. ».

Le symptôme, tel que l'entend notre médecine, est quelque chose qui se ressent (symptôme subjectif) ou se voit (symptôme objectif) ; en tout cas, quelque chose qui se détecte. C'est un signe, un trouble qui fait souffrir et qui est le plus souvent rattaché à un état malade, pathologique, dont il est l'expression.

Ce sens du symptôme en tant que signe est souvent repris par analogie, et peut potentiellement s'appliquer à toutes les situations :

« Par analogie, signe, indice de l'évolution, de la manifestation imminente d'un phénomène naturel.

Ce qui révèle, manifeste un état de choses ; signe, indice avant-coureur d'un phénomène, d'un processus :

- Manifestation généralement visible d'un état d'esprit, d'un sentiment, d'une pensée.
- Événement, phénomène mettant au jour ou présageant un état, un processus, l'évolution de quelque chose. »<sup>22</sup>

Voici ce que l'on peut écrire pour expliquer brièvement ce qu'est un symptôme, de façon très générale.

## **2. Le symptôme en psychanalyse**

Le deuxième domaine dans lequel le symptôme tient une place importante est la psychanalyse. Cette approche du symptôme inspirée par la psychanalyse guidera notre réflexion dans ce travail. Nous pensons qu'il est intéressant d'avoir cette ouverture en tant que future orthophoniste, dans la mesure où tout trouble langagier menant un sujet à rencontrer un orthophoniste peut être considéré comme un

---

22 TLFi : Trésor de la Langue Française Informatisé.

symptôme.

### Nature du symptôme en psychanalyse

Le symptôme est entendu ici comme une manifestation, une façon de faire ou d'être avec les autres, pour une personne. C'est un malaise qui s'impose au sujet. On a coutume de dire qu'il vient *dire* quelque chose. Mais plus qu'un dire, on pourrait le comparer à un *code* qu'il faut décrypter pour essayer de le comprendre. Car le sens d'un symptôme, en psychanalyse, quelle que soit la forme qu'il prenne – souffrance, mot d'esprit, acte manqué... – n'est jamais donné d'emblée ni à celui qui le manifeste, ni à celui qui l'entend, le perçoit. Il n'est pas lié directement, visiblement, à ce qui le cause. Autrement dit, le symptôme se glisse – arbitrairement ? – à la place d'un quelque chose que le sujet refoule, et dont il n'a par conséquent pas conscience. « Un symptôme se forme à titre de substitution », écrit Freud, « [il] vient se substituer à quelque chose que le refoulement empêche de s'extérioriser »<sup>23</sup>.

Le symptôme semble être un moyen de faire place à un désir inconscient, d'y répondre tout en le transformant, pour qu'il puisse franchir la barrière du refoulement. J.D. Nasio écrit que le symptôme est un acte qui ne renvoie pas tant à un état malade qu'à un « processus appelé inconscient. »<sup>24</sup>. Il est la manifestation de l'inconscient. Pour Y. de la Monneraye, le symptôme serait « une construction qu'un sujet a tant bien que mal mis en place pour maintenir quelque chose de son désir dans sa relation à autrui »<sup>25</sup>, ce qui nous permet d'introduire l'idée que le sujet tient à son symptôme : il ne s'en défait pas facilement, bien que souvent, celui-ci le fasse souffrir. Nous y reviendrons.

J.D. Nasio parle de la triade *symptôme – savoir – jouissance*, car pour lui, le symptôme est le fil conducteur permettant d'expliquer le principe relatif à l'inconscient et celui relatif à la jouissance.

Il propose d'aborder le symptôme de plusieurs façons.

Dans un premier temps, il peut être expliqué à travers trois caractéristiques.

Le symptôme est d'abord une façon pour le sujet, d'exprimer sa souffrance. Plus

---

23 Freud, S., *Introduction à la psychanalyse*, Payot p. 358.

24 Nasio, J.D., *Cinq leçons sur la théorie de Jacques Lacan*, Payot, p. 15.

25 De la Monneraye, Y., op. cité, p. 51.

précisément, la façon dont il la *dit*, les mots qu'il utilise. Ce qui retient l'attention de l'analyste lors de la cure analytique est moins ce qui est dit que la façon de le dire : ce que J.D. Nasio nomme les « paroles impromptues », sans rapport évident avec le contenu du discours.

Le symptôme se caractérise aussi par l'interprétation que le patient en fait. Il s'agit toujours d'un événement douloureux, il importe donc que l'analysant essaie de comprendre la cause de son malaise, tâche de le formuler. En effet, « il n'est pas de souffrance en analyse sans que l'on se demande pourquoi on souffre ». Si aucune raison n'est trouvée, c'est l'analyste qui devra aider son patient à formuler une théorie expliquant ce malaise, en le faisant s'interroger sur lui-même.

A force de réflexion, d'interprétation sur le pourquoi de sa souffrance, le patient commence par faire de l'analyste le destinataire de son symptôme, pour plus tard, le considérer finalement comme la cause même du symptôme. C'est ce que J. Lacan a appelé le *sujet-supposé-savoir*. Il s'agit du fait que l'analysant *suppose* que son analyste détient un savoir sur lui (analysant), certes, mais surtout qu'il est à l'origine de sa souffrance « ou de tout événement inattendu » : c'est parce que je fais une analyse qu'il se produit ça dans ma vie. L'analyste devient l'Autre du symptôme de l'analysant. De plus en plus, souffrance et analyste sont liés dans la pensée de l'analysant. Il ne peut plus évoquer sa souffrance sans qu'arrive à sa pensée l'analyste, et inversement. Celui-ci fait partie du symptôme du patient en ce sens il est mis « à la place de la cause du symptôme »<sup>26</sup>. Il s'agit là de la troisième caractéristique du symptôme, porte d'entrée de ce que l'on appelle le *transfert analytique*. Le transfert peut en effet être vu comme « le moment particulier de la relation analytique où l'analyste fait partie du symptôme du patient »<sup>27</sup>.

Plus tard, J.D. Nasio propose d'envisager le symptôme sous un autre angle conceptuel. Ce dernier peut alors être vu sous la forme de deux faces, respectivement la *face signe* et la *face signifiant*.

Lacan définit le *signe* comme ce qui représente quelque chose pour quelqu'un. Cela d'après la définition du logicien C.S. Peirce, « un signe (...) est quelque chose qui tient lieu pour quelqu'un de quelque chose, sous quelque rapport ou à quelque titre ». Un symptôme représente donc quelque chose pour celui qui souffre et parfois pour celui qui écoute.

---

26 Nasio, J.D., op. cité, p.19

27 Nasio, J.D., op. ité, p.18.

A partir de cette définition, considérer le symptôme comme un signe revient pour le patient à chercher à *expliquer* n'importe quel événement douloureux de sa vie, qui survient dans le cadre de la cure. Cette explication est basée sur le principe de supposition. C'est-à-dire que pour expliquer un symptôme, le patient place d'emblée son analyste dans la double position de destinataire et cause dudit symptôme.

Cet aspect du symptôme comme signe n'est pas central, mais reste important car c'est lui qui permet l'installation et le développement du transfert.

Considérer maintenant le symptôme sous sa face signifiante revient à l'envisager tout autrement que sous sa face signe. La différence majeure est qu'ici, on ne cherche pas à donner un sens au symptôme. Il est une souffrance qui s'impose au sujet, hors de sa volonté ; souffrance qui est vue comme un événement, parmi d'autres événements. Et ces différents événements sont liés entre eux.

Le symptôme en tant qu'événement signifiant adopte les trois caractéristiques d'un signifiant.

- Le symptôme est dit signifiant parce qu'il est *involontaire*. C'est-à-dire qu'il s'actualise en un geste ou une parole réalisé(e) sans aucune intentionnalité, au-delà de tout savoir conscient.
- Il est également signifiant car, nous l'avons dit, il est dépourvu de sens, et n'est donc pas explicable. Nasio dit du signifiant qu'il est, « sans plus ». Ainsi, inutile de vouloir interpréter le symptôme en tant qu'événement signifiant.
- Enfin, ce qui fait d'un symptôme un événement signifiant est qu'il se répète, parce qu'il est rattaché aux autres événements signifiants, bien que de manière imperceptible pour le sujet ou l'analyste. C'est pourquoi JD. Nasio parle d'*Un* événement. Ce *Un* vient dire deux choses. Chaque événement tient, au moment où il advient, la place de l'*Un*. Il est à la fois unique dans sa réalité matérielle, car il est chaque fois un peu différent de la réalisation précédente ou suivante. Et en tant que signifiant, il est identique à tous les autres, car chacun tiendra, le moment venu, la place de l'*Un*. En tant qu'un symptôme peut être signifiant, tous les symptômes sont identiques parce que « tous apparaissent un par un à la place de l'*Un* »<sup>28</sup>.

Le symptôme peut être considéré comme un événement signifiant dès lors qu'on ne peut lui trouver ni cause, ni sens, et qu'il se répète.

Ainsi peut s'expliquer le fait qu'un sujet réfléchisse à tel ou tel de ses symptômes,

---

28 Nasio, J.D., op. cité, p.23

essaye de lui donner un sens et une explication, et que pour autant il se surprenne à le voir sans cesse revenir (sous une forme ou sous une autre), et ressent à chaque fois cette difficulté à le surmonter. En effet, le symptôme est *Un*. Il surprend le sujet, s'impose à lui, et se répète.

### La formation du symptôme

S. Freud reprend très tôt pour le compte de la psychanalyse le terme de symptôme. Il explique qu'il est intrinsèquement lié à l'inconscient : « toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'un symptôme, nous devons conclure à l'existence chez le malade de certains processus inconscients qui contiennent précisément le sens de ce symptôme. »<sup>29</sup>

#### 1. *Le symptôme : rattaché à l'inconscient*

Le symptôme serait, selon S. Freud, le retour d'une représentation refoulée insupportable pour le sujet, qui, après avoir été rejetée dans les méandres de l'inconscient, se manifesterait à la conscience sous une forme plus acceptable.

Il explique que le sens d'un symptôme doit en effet resté inconscient pour que celui-ci se produise.

Dès qu'un processus inconscient devient conscient, alors le ou les symptômes névrotiques liés à ce processus disparaissent. Mais certains processus psychiques ne parviennent pas à se développer normalement, de façon à arriver jusqu'à la conscience. Ce sont ces processus qui donnent lieu à des symptômes névrotiques. Le symptôme est ainsi ce qui affleure à la conscience du sujet, en remplacement de ce qui n'a pas « réussi à se manifester au dehors », sous l'action du refoulement.

D'après Y. de la Monneraye, ce qui fait symptôme est « ce qui est arrivé avec quelque chose », pour reprendre ce que nous avons introduit à propos de l'étymologie du mot, « mais qui demeure, alors que ce quelque chose à disparu ou, plus exactement, est devenu inconscient »<sup>30</sup>. Comme S. Freud, il considère que le symptôme résulte d'un événement jugé insupportable pour le sujet. Le symptôme serait en quelque sorte le résidu de cet insupportable, rendu supportable par l'inconscient.

---

29 Freud, S., op. cité, p. 336-337.

30 De la Monneraye, Y., op cité, p. 52.

S'il y a bel et bien un lien à faire entre inconscient et symptôme, c'est par le fait d'une autre instance, que nous avons mentionné plus haut, le *refoulement*.

S. Freud le considère en effet comme la « condition préliminaire à la formation d'un symptôme »<sup>31</sup>.

Nous l'avons écrit, il pense que tout processus psychique étant à l'origine d'un symptôme fait au départ partie de notre inconscient. Et dans certaines circonstances, il pourrait passer dans notre système du conscient – ou préconscient, phase intermédiaire entre l'inconscient et la conscience. Freud distingue deux sortes d'inconscients. Celui qu'il dit *latent*, car potentiellement accessible à la conscience, et l'autre, dit *refoulé*, incapable de devenir conscient, du moins lorsqu'il n'est pas incité à le devenir. Il existerait une sorte de censure. C'est elle qui déciderait si une « tendance » peut ou non passer dans le champ de la préconscience, pour ensuite éventuellement devenir consciente. Et les tendances restées dans « l'antichambre » de l'inconscient seraient donc *refoulées*.

Juan-David Nasio, qui reprend les théories de Lacan, présente également le symptôme comme un phénomène au caractère hautement inconscient. Il définit le symptôme comme étant « avant tout un acte involontaire, produit au-delà de toute intentionnalité et de tout savoir conscient. »<sup>32</sup>

L'inconscient est ici vu comme un savoir. Le *savoir inconscient*. Si l'on considère le symptôme comme signifiant, alors celui-ci n'est plus juste une souffrance dont on cherche la cause, mais un événement dont on se surprend à penser qu'il survient à un moment propice. Le symptôme, quelque forme qu'il prenne, sait se placer à un moment donné, de sorte « qu'enfin je comprenne »<sup>33</sup>. La question est ici *qui* comprend ? Est-ce le sujet ? La théorie psychanalytique explique que ce ne peut être le sujet, mais bien le savoir inconscient qui a su placer le symptôme à bon escient pour éclairer une situation. L'inconscient est constitué d'un savoir que le sujet véhicule, mais dont il est ignorant. Il ne cesse de se manifester, de s'extérioriser, que ce soit à travers des symptômes, mais aussi des paroles, des mots d'esprit, des actes... Tout en gardant les caractères d'un signifiant : ce qui en sort reste involontaire, dénué de sens et répétitif.

---

31 Freud, S., op cité, p.354

32 Nasio, J.D., op cité, p.15.

33 Nasio, J.D., op cité, p.25

J.D. Nasio va plus loin en affirmant qu' « il n'y a pas d'inconscient à soi »<sup>34</sup>. Selon lui, l'inconscient peut être considéré comme une structure de signifiants répétitifs, s'actualisant dans un « dit » ; un « dit » qui peut être le fait d'un sujet ou d'un autre – en l'occurrence, du patient ou du thérapeute. C'est pourquoi l'inconscient ne peut pas être considéré comme individuel, propre à chacun. Il n'est pas non plus collectif. Pour J.D. Nasio, l'inconscient est produit dans « l'espace de l'entre-deux »<sup>35</sup>, c'est-à-dire entre les deux acteurs de l'analyse. Il serait comme une entité reliant, englobant ces sujets. L'inconscient, structure de signifiants, rebondit donc, d'un sujet à l'autre.

De même, un symptôme – qui peut prendre la forme d'un dit – échappant initialement à l'analysant, pourra se répéter une autre fois, chez lui, analysant, comme dans la parole d'un autre sujet, pour peu qu'il y ait un lien de transfert entre ces sujets.

Le symptôme-signifiant, donc, n'appartient pas à un sujet, il *ricoché*, et relie les individus.

Il nous semble donc que le symptôme ne peut se révéler, s'actualiser, que par l'action de l'inconscient. Un inconscient qui n'est qu'un ensemble de signifiants, que les sujets partagent.

## 2. *Comment le symptôme se constitue*

Un symptôme se caractérise généralement par le fait d'être une souffrance pour celui qui en est touché, car synonyme, souvent, de manifestations pénibles, d'actes semblant inutiles et accomplis avec aversion.

Mais il est, d'un autre point de vue, le résultat d'un conflit, insupportable pour le sujet, qui a trouvé une solution de résolution, un compromis.

Le conflit est celui de pulsions à l'intérieur de l'appareil psychique, auxquelles le sujet n'a donc pas accès, et du moi.

Le symptôme est en effet une souffrance pour le *moi*, fruit de l'éducation, qui cherche désespérément à maintenir refoulées des pulsions qui dérangeraient dans la vie sociale et nous ferait passer pour incivils.

Mais si l'on se place du côté de notre inconscient, le symptôme est un soulagement.

Partons de l'explication que donne S. Freud dans son chapitre « Les modes de

---

34 Nasio, J.D., op cité, p27

35 Nasio, J.D., op cité, p. 29.

formation de symptômes »<sup>36</sup>.

Selon lui, pour qu'un symptôme soit, deux temps se succèdent.

Tout d'abord, surviennent un événement extérieur, ou bien des impressions venues de l'extérieur. Ceux-ci ont forcément été conscients au départ, mais ont pu par la suite être oubliés. Ils se sont engrangés dans l'inconscient, et constituent ce que l'on peut appeler l'origine du symptôme.

Puis, issu de ce point de départ, un processus « endopsychique » - donc inconscient dès le départ- , qui a pu ou non devenir conscient à un moment donné : le but du symptôme. Il s'agit autrement dit des intentions que sert le symptôme.

Selon S. Freud, le symptôme est la réconciliation de deux forces qui s'étaient séparées, un compromis entre les exigences pulsionnelles et celles du moi.

Plus précisément, il y a symptôme lorsque la libido est insatisfaite de la réalité actuelle dans laquelle se trouve le sujet. Elle s'engage alors sur la voie de la régression, au mépris des lois du moi et de toute éducation. C'est-à-dire qu'elle recherche une satisfaction enfouie, connue lors de stades antérieurs de son développement, et depuis oubliée. Ces représentations de la libido ont lieu dans les méandres de l'inconscient. De l'autre côté, le moi, qui se trouve en partie ancré dans le champ de la conscience, n'accepte pas ces régressions puisqu'il s'est conformé au principe de réalité.

Pour S. Freud, l'origine du conflit entre ces deux instances vient de ce que la libido recherche un mode de satisfaction, un moyen de « dépenser sa réserve d'énergie d'après les exigences du principe de plaisir »<sup>37</sup>, tandis que le moi sait qu'il est « indispensable de renoncer à la satisfaction immédiate, de différer l'acquisition de plaisir »<sup>38</sup>.

Le symptôme s'avère être un moyen pour la libido et le moi d'utiliser le même mode d'expression, donc de créer un équilibre tenable pour le sujet. Freud résume donc ainsi que le symptôme est « un produit considérablement déformé de la satisfaction inconsciente d'un désir libidineux, un produit équivoque, habilement choisi et possédant deux significations diamétralement opposées. »<sup>39</sup>

J.D. Nasio a également tenté d'expliquer comment naissait un symptôme. Pour ce faire, il part de ce postulat de S. Freud : tout au long de sa vie, chaque individu tend

---

36 Freud, S., op cité, p.432

37 Freud, S., op cité, p.437.

38 Freud, S., op cité, p.432.

39 Freud, S., op cité, p.437.

vers un but impossible, celui d'accéder au bonheur absolu. Cette quête est permanente et, bien entendu, jamais réalisée. En réalité, ce « bonheur absolu » n'est rien d'autre que le désir. A l'origine désir incestueux.

Ce désir, né dans les zones érogènes du corps, crée un état de tension psychique. Cet état de tension est accru par la barrière du refoulement, qui n'est là que pour réfréner le désir.

Celui-ci ne peut rester contenu. Il doit « s'épancher ». C'est pourquoi face au refoulement, il se voit contraint de prendre simultanément deux directions, de s'engager sur deux chemins. Une partie du désir parvient à traverser le mur du refoulement. Elle se décharge à « l'extérieur », c'est-à-dire hors de l'inconscient, sous forme de dépenses énergétiques, accompagnant les manifestations de l'inconscient : gestes, lapsus, symptôme. L'autre chemin est la voie de la rétention : celle que prend la partie de l'énergie qui n'a pu se faufiler à travers le barrage du refoulement, et qui reste donc conservée dans l'appareil psychique. Elle s'y accumule comme une énergie résiduelle.

Ce processus fait donc état d'une libération incomplète de l'énergie puisqu'une partie reste retenue dans l'inconscient. Curieusement, c'est cette libération incomplète qui est source du soulagement évoqué plus haut, alors même qu'elle produit le symptôme.

La tension restée contenue dans l'inconscient par le refoulement est un excès d'énergie, du « plus-de-jour », comme la nomme Lacan, qui maintient la tension à un niveau toujours très élevé. Ce haut niveau de tension appelle donc à une prochaine libération d'énergie. Ainsi se répètent les manifestations de symptômes.

Le symptôme ne vient donc pas selon J.D. Nasio d'un problème d'ajustement entre les pulsions internes et le moi. Il est juste l'expression, la libération de ces tensions. De ce point de vue, le symptôme ne relève plus du malaise, de la souffrance, mais véritablement du soulagement pour l'inconscient. Le soulagement occasionnant la jouissance d'une satisfaction.

### La fonction du symptôme – à quoi sert un symptôme ?

Le symptôme tel que le voit la psychanalyse peut rendre compte de divers phénomènes. Tout comme dans le champ de la maladie, il peut être la manifestation de la maladie, en même temps qu'un indice. Ici, le symptôme est tantôt ce qui permet au sujet de maintenir un équilibre entre les pulsions du ça et les exigences du moi,

tantôt la libération incomplète des tensions internes. Dans chacun de ces cas, le symptôme reste un mode de satisfaction. Mais nous allons le voir, le symptôme est également le moyen d'interroger le sujet.

D'après S. Freud, le symptôme est à relier à la notion de *satisfaction*. Il viendrait se substituer à une satisfaction dont une personne serait privée, se mettrait en lieu et place d'un désir inassouvi. Freud dit que cette satisfaction serait d'ordre sexuel. Ainsi, comme il l'écrit à propos d'une de ses patientes présentant une névrose obsessionnelle, « son symptôme obsessionnel lui procure ce à quoi elle aspire [...]. Ce symptôme n'est au fond, tout comme un rêve, qu'une satisfaction d'un désir et, ce que le rêve n'est pas toujours, qu'une satisfaction d'un désir érotique. »<sup>40</sup>. Le symptôme, selon Freud, tente de supprimer le ou les obstacles venant s'opposer à la satisfaction, notamment la satisfaction sexuelle, et de réaliser des désirs érotiques.

Le symptôme peut alors, à un certain niveau, être vu comme un palliatif, venant combler un vide, quelque chose dont notre vie manque. Freud le dit clairement : « La seule manière adéquate de comprendre les symptômes consiste à les considérer comme une satisfaction substitutive, destinée à remplacer celle qu'on se voit refuser dans la vie normale. »<sup>41</sup>

Lacan rapproche plutôt le symptôme d'un mode de jouissance de l'inconscient. Cette jouissance, nous dit G. Chatenay, trouverait satisfaction, « réalisation », dans différents modes, parmi lesquels, le symptôme. Une satisfaction toute inconsciente, donc. Mais en écho à ce qui est écrit plus haut, le symptôme peut également être souffrance. Il l'est, le plus souvent. C'est d'ailleurs ce qui nous est accessible, consciemment, que nous soyons porteur du symptôme, ou celui qui l'observe chez un autre. Bien souvent, le symptôme dérange dans la vie sociale, professionnelle, etc. Cette satisfaction de l'inconscient occasionne une souffrance du moi : c'est lui qui pâtit des perturbations qu'exprime le symptôme. Pourtant, tout désagréable qu'il est pour le sujet ou son entourage, le symptôme reste, continue d'exister. On parle souvent d'un attachement particulier du sujet à son symptôme, alors même qu'il y a une volonté consciente du sujet de faire céder ce symptôme. C'est parce qu'il protège malgré tout de cet insupportable que le sujet a remis dans son inconscient.

---

40 Freud, S., op cité, p.360.

41 Freud, S., op cité, p.361.

Puisque selon Lacan, le symptôme est à considérer comme un signifiant, il donne à voir un tout autre aspect que celui que nous venons d'expliquer. Le symptôme peut être vu comme moyen de s'interroger. Il n'est pas question ici d'essayer de trouver une cause au symptôme. On verrait alors le symptôme comme signe. Mais s'il est vu comme signifiant, il revêt la caractéristique de survenir « juste à temps pour nous interroger »<sup>42</sup>. Dans cette optique, le symptôme n'est plus quelque chose que le sujet subit, devant lequel il est passif. Il devient « souffrance questionnante [et] pertinente »<sup>43</sup>. Il est comme une opportunité qui serait donnée au sujet d'avoir connaissance de faits ignorés de son histoire. Il vient lui dire ce qu'il ne savait pas jusqu'alors. Certes la manifestation du symptôme est souvent pénible ou douloureuse, mais celui-ci a la curieuse tendance de survenir au moment opportun. Il nous éclaire sur notre vie. Le symptôme, tel une pièce manquante d'un puzzle. C'est là la portée signifiante du symptôme : surgir au moment juste, « comme la pièce indispensable »<sup>44</sup>. C'est finalement « grâce » au symptôme que le sujet se pose la bonne question, celle qui ouvre la porte à « l'inconscient considéré comme un savoir ».<sup>45</sup> Par le savoir inconscient, le sujet ressent, malgré la souffrance infligée par le symptôme, qu'il se passe quelque chose. Qu'un voile est levé, lui permettant d'accéder à ce qui était jusqu'alors resté dans l'ombre. Le symptôme survient « juste à temps pour que j'apprenne que mon infortune ne relève que de mon désir »<sup>46</sup>.

G. Chatenay<sup>47</sup> pense que le symptôme est à relier aux questions existentielles que se pose un sujet. Comme une tentative pour comprendre le monde et la vie, une façon de vivre avec ce que le sujet comprend de sa vie, le symptôme est une sorte d'arrangement qu'il se concocte. Il s'agit pour lui d'essayer de s'expliquer pourquoi la vie, la mort, la différence des sexes... Car pour G. Chatenay, ces questions sont autant d'*apories* : elles restent sans réponses rationnelles, bien que, dit-il, les religions tentent de leur trouver des réponses.

Le symptôme, quel qu'il soit – hystérique, psychotique, etc. -, est une « interprétation en acte » de ces questions, de ces apories. A travers le symptôme, *par* le symptôme, le sujet essaie de « faire avec » pour que le monde qu'il s'est créé tienne. En cela, parce que ces interprétations et ces actes sont toujours personnels, donc différents

---

42 Nasio, J.D., op cité, p.24.

43 Nasio, J.D., op cité, p.24.

44 Nasio, J.D., op cité, p.24.

45 Nasio, J.D., op cité, p.24.

46 Nasio, J.D., op cité, p.25.

47 Chatenay, G., *Symptôme nous tient*, Psyché, Éditions Cécile Defaut, 2011, p.120.

d'un sujet à l'autre, le symptôme est subjectif. Il sera question de cela plus loin : le symptôme est propre à la personne qui le porte. Il participe à sa singularité et à son unicité. C'est ce qui mérite qu'en tant que praticien, nous lui portions une certaine attention.

### Une fonction double

Le symptôme est en même temps le *mode d'expression* d'un certain fonctionnement chez un sujet, et une *tentative de guérison*. Ledit sujet peut avoir développé tel symptôme suite à un traumatisme quelconque : un événement particulier, un choc psychologique... Le symptôme est alors la conséquence de ce traumatisme.

Mais il est une autre valeur du symptôme, où celui-ci représente « la façon singulière qu'a le sujet d'écrire la clocherie qui l'affecte »<sup>48</sup>, et de ce fait, lui permet de continuer, de « faire avec ».

---

48 Chatenay, G., op. cité, p.67

## LE SYMPTÔME ET LE PATHOLOGIQUE

Ces deux mots doivent probablement, à un moment donné, se trouver nez à nez, le symptôme dans l'imaginaire collectif faisant écho le plus souvent à la maladie, donc à un état pathologique : le symptôme comme signe d'un dysfonctionnement, voire dysfonctionnement lui-même. Les éternuements et le nez qui coule signalent le rhume, par exemple, en même temps qu'ils *sont* le rhume.

### 1. Le pathologique : définition

Mais avant de se demander si le symptôme est par essence pathologique, s'il ne l'est que parfois – et donc quand il ne l'est pas – il convient de s'arrêter sur le terme de *pathologique*. Qu'est-ce que le pathologique ? Peut-on expliquer le pathologique sans évoquer son contraire, le « non-pathologique » ? Le pathologique existe-t-il en soi, ou bien ne peut-il exister que par rapport à autre chose ?

Claude Bernard répond à cette dernière question de la façon suivante : « la connaissance de l'état pathologique ou anormal ne saurait être obtenue sans la connaissance de l'état normal. » En admettant que nous partions de ce postulat pour tenter de définir le pathologique, Claude Bernard met ici le doigt sur un autre problème : si le pathologique ne peut s'expliquer que par ce qu'il n'est pas, de quelle nature est le non-pathologique ? Comment le qualifier, le nommer ? C. Bernard propose ici l'adjectif « normal ». Mais ne peut-on pas élargir ?

Dans le champ de la médecine, un métabolisme, un organe est pathologique lorsqu'il ne fonctionne pas ou plus de manière à garantir un état de santé correct. Le pathologique révèle un état maladif : il correspond à une dégradation de l'état général, entraînant un déclin des capacités voire la disparition de l'individu. Il s'oppose dans ce cas à ce qui est *sain*. Seraient alors considérés comme sains un organisme, une forme parfaitement adaptés au milieu où ils vivent, dans la mesure où leur bonne santé leur permet d'accomplir les tâches nécessaires à leur vie.

Un autre point de vue est de considérer comme pathologique le fonctionnement d'un organisme, lorsqu'il diffère du fonctionnement de la majorité des organismes du genre auquel il appartient. On est dans le registre des « statistiques » et du nombre.

Il s'agit d'un écart par rapport à une majorité, à une moyenne. Le fait que ce mode de fonctionnement minoritaire, marginal, soit nocif pour l'organisme, qu'il entraîne des dégradations n'est pas tellement la question ici. Est considéré pathologique dans ce sens, le fait de fonctionner différemment par rapport à ce qui est habituel. On touche ici à la notion de *norme*, à l'idée du général et du particulier. Le général l'emporte sur le singulier, la quantité étant la référence pour constituer une norme. Le pathologique deviendrait ainsi *l'anormal*, par opposition au *normal*.

Le pathologique semble donc être tour à tour le contraire de ce qui est sain, et de ce qui est normal.

Cela suffit-il pour autant à définir ce qu'est le pathologique ? Et surtout cela donne-t-il une approche exacte de ce qu'est le pathologique ?

Pour établir qu'un état est pathologique, ne faut-il pas faire mention d'un contexte, d'un environnement ? Il semble qu'un individu, sa santé, n'est pas pathologique dans l'absolu. Il faut, pour l'affirmer, des points de référence. Particulièrement au monde qui est le sien. Son adaptation au réel, au monde où il vit en sera l'indicateur. Le pathologique peut être le simple fait de ne pas pouvoir vivre de façon autonome, parce qu'un état physique, psychique ou autre ne le permet pas, dans des conditions de vie données. Un individu sera affublé du qualificatif d' « être pathologique » dans le cadre d'un certain environnement, et sera « sain » ou « normal », dans un autre environnement. Le statut de pathologique est relatif à l'environnement.

Un état peut être également jugé pathologique juste parce qu'il diffère des autres représentants de son espèce. Canguilhem écrit à ce propos que « ni le vivant ni le milieu ne peuvent être dits normaux si on les considère séparément, mais seulement dans leurs relations. »<sup>49</sup> Si cette vérité existe pour le normal, elle l'est sans doute aussi pour le pathologique. Le seuil pathologique peut être franchi lorsque l'équilibre qui réunissait un être avec son milieu est perturbé, trop perturbé, et que les symptômes de cet individu le font basculer dans la maladie. On retrouve alors l'opposition citée plus haut entre le pathologique et la santé. La difficulté est alors d'apprécier à quel moment un état devient pathologique. Car il n'existe pas de frontières nettes et objectives entre le pathologique et le non-pathologique. Nous y reviendrons.

---

49 Canguilhem, G., « Le Normal et le pathologique », *La connaissance de la vie*, éditions Vrin, Paris, 1971, p.161.

Par ailleurs, notons le caractère tout relatif du pathologique. Celui-ci peut être vu comme un écart par rapport à un état « normal », le normal étant ici « le plus grand nombre », autrement dit le « général », s'opposant et dominant l'individuel, le « singulier ».

Comme nous le fait remarquer G. Canguilhem, dans la nature, les milieux comme les individus évoluent – notamment par le biais des mutations génétiques pour les derniers. De plus, il serait dommage de penser que le pathologique soit le fait d'une absence de normes. Ce que classiquement la majorité a tendance à considérer « pathologique » relève en fait d'un autre type de fonctionnement que le sien. Cet autre fonctionnement indique l'usage d'*autres* normes, chez une population quantitativement minoritaire au moment de la déclaration. Mais en aucun cas l'absence de normes. Cela devrait donc exclure la qualification pour un individu ou un groupe d'*anormal*.

Cela amène à nous dire deux choses.

D'une part, si on ne peut plus dire que le pathologique corresponde à une absence de norme – ce qui empêche par là même de dire que ce qui est pathologique est anormal – , on ne peut opposer plus longtemps « pathologique » et « normal », comme nous l'avions imaginé dans un premier temps.

D'autre part, il ne faut pas assimiler « normal » avec « le plus fréquent », s'opposant à « pathologique » signifiant alors « représentant minoritaire ». Car comme cela se vérifie bien souvent dans la nature, ce qui est la règle un jour peut devenir l'exception le lendemain et inversement. Les normes qui étaient marginales deviennent alors courantes puis majoritaires. Mais on ne peut pas pour autant déclarer que le pathologique est devenu normal. On ne peut pas non plus lui attribuer un jugement de valeur. Ce qui était pathologique peut devenir le mode d'existence dominant juste parce qu'il est plus apte qu'un autre à se développer et à survivre dans un certain milieu. Cette modification peut bien sûr être le résultat d'une transformation du dit milieu, les deux étant intimement liés.

Pour conclure cette approche du pathologique, nous retiendrons ce qu'a écrit G. Canguilhem à ce propos, à savoir qu' « un état pathologique n'est pas absence de normes, mais présence d'autres normes »<sup>50</sup>. De nouvelles normes, qui certes ne permettent plus à un individu de participer à la vie qui était antérieurement la sienne

---

50 Canguilhem, G., op. cité, p.166.

et qui reste permis à d'autres.

C'est pourquoi nous opposons en revanche pathologique et sain, car un état pathologique signe trop souvent une santé insuffisante.

## **2. Le symptôme est-il toujours pathologique ?**

Qu'en est-il alors du lien possible entre le symptôme et le pathologique ? Le pathologique caractérise-t-il toujours un symptôme ? Bien sûr, on peut classer certains symptômes sans trop d'ambiguïté dans cette catégorie. C'est le cas de signes objectivement observables, qui entravent la vie de qui les porte : une grosse fièvre, par exemple, symptôme d'une infection de l'organisme, laissant l'individu incapable d'autre chose que de rester couché.

La question que l'on peut se poser ici est de savoir de quelle façon le symptôme impacte la vie de celui qui le porte.

Mais peut-être faut-il maintenant commencer à resserrer la notion de symptôme au domaine qui nous concerne, l'orthophonie. Même à ce niveau, ils peuvent encore être très variés. Sans chercher à lister les causes amenant un sujet à rencontrer un orthophoniste, on peut citer comme principaux symptômes les troubles de la voix, de la parole, du langage, les troubles des apprentissages scolaires.

Peut-on, doit-on dire de ces troubles qu'ils sont pathologiques ? Il s'agit moins de donner une réponse péremptoire à cette question que d'y réfléchir.

Nous avons expliqué plus haut que semblait pouvoir être considéré pathologique ce qui n'était pas sain. A la lumière de cette définition, et considérant qu'un bégaiement ou qu'un blocage à la lecture n'entraînent pas « directement » un affaiblissement de l'organisme, nous sommes en droit de penser que ce type de symptômes n'est pas à proprement parler pathologique. Ceux-ci ne sont pas une menace à la vie.

Mais alors ? Pourquoi les nomme-t-on « symptômes », mot ayant une connotation très médicale et propre à la maladie ? Pourquoi occasionnent-ils aujourd'hui une vive inquiétude des parents, et par conséquent une prise en charge orthophonique ? Enfin, un même symptôme a-t-il toujours la même valeur pour les différentes personnes qui vivent avec ?

Peut-être peut-on commencer par là. Il semble qu'un même trouble ne soit pas vécu de la même façon d'un sujet à l'autre. Untel « souffrira » de son symptôme alors

qu'un autre ne se sentira pas gêné par celui-ci. Il est donc ici question du ressenti intime du sujet portant/supportant le symptôme. Un symptôme peut devenir souffrance. Celle-ci en est d'ailleurs « l'aspect le plus évident »<sup>51</sup>, nous dit J.D. Nasio. Le sujet voit sa vie modifiée parce que son symptôme l'empêchera – croit-il – d'entreprendre, d'oser. Le symptôme, comme amputant sa vie d'une part de liberté d'être ou d'agir. Cela par honte, par complexe, par peur... Si l'on reprend terme pour terme ce qu'écrit G. Canguilhem à ce propos, à savoir que l'état pathologique « [interdit] au vivant la participation active et aisée, génératrice de confiance et d'assurance, à [la vie] »<sup>52</sup>, alors pour des sujets vivant ainsi la présence insistante, insidieuse de leur symptôme, ce dernier peut être considéré comme pathologique. Il est *personnellement* considéré comme tel. Et difficile pour quiconque d'affirmer le contraire, difficile d'objectiver le caractère pathologique d'un symptôme.

Si l'appréciation personnelle du sujet décide, en quelque sorte, du statut pathologique du symptôme, l'appréciation de l'entourage du sujet n'est pas non plus sans répercussion. Ce que nous venons d'expliquer comme relevant de l'intime, du ressenti, quant à la perception d'un trouble, concerne également les proches du sujet présentant un symptôme. Nous pensons évidemment aux parents, ici.

Un trouble du langage – oral ou écrit – chez un enfant ne laisse pas son entourage indifférent. Il agace, dérange, et bien souvent, inquiète. Le langage est au centre de nombreux enjeux, parmi lesquels la socialisation et la réussite scolaire puis professionnelle. Et sa fonctionnalité semble un préalable au succès de ceux-ci.

Cet état de fait pour certains, ou croyance pour d'autres, engendre une grande variété de réactions, d'attitudes. Chez certains parents, le fait que leur enfant puisse s'écarter d'une quelconque manière de l'idée qu'ils s'étaient faite de lui, et de ce que serait sa vie – de ce que doit être la vie – peut les perturber. L'écart qu'ils observent entre leur « enfant imaginaire » et celui de chair et d'os sous leurs yeux peut faire office de frontière entre le non-pathologique et le pathologique. Mais de quelle sorte de pathologique parlons-nous ici ? De celui dont parle Canguilhem, qui interdit une participation active à la vie ? Ou d'un autre, qui finalement est contestable, mais que beaucoup considèrent comme réel, qui est le constat d'une différence objectivable, démontrable (et démontrée?), statistique par rapport à une majorité ? Il ne nous appartient pas ici de le dire. Nous ne savons pas ce qui inquiète, légitimement, les

---

51 Nasio, J.D., op. cité, p.30.

52 Canguilhem, G., op. cité, p.167.

parents d'un enfant faisant du langage son symptôme. Mais il est probable que ces deux idées – celle d'une vie plus difficile, autant qu'une différence avec la majorité – soient de nature à effrayer des parents.

Pour autant, là encore, tous les parents ou accompagnateurs ne placent sans doute pas le « curseur » du pathologique au même niveau. Nous avons essayé de le démontrer, l'idée qu'un symptôme soit pathologique, le moment où le symptôme *devient* pathologique, est propre à chacun. Ainsi, il est impossible d'établir un parallèle entre la gravité d'un trouble et l'ampleur de la réaction qu'il suscitera chez les proches du sujet présentant le symptôme.

Beaucoup de raisons peuvent expliquer cela, certainement. Nous n'allons pas les lister toutes et les expliquer.

Cela va plutôt nous amener à placer le symptôme au centre d'un autre débat : celui de la place qui lui est faite, en France et dans les sociétés occidentales, au XXI<sup>e</sup> siècle.

## SYMPTÔME ET SOCIÉTÉ

Nous avons dit que le symptôme peut être, ou non, considéré comme pathologique. Et cela, tout-à-fait indépendamment de la sévérité des troubles constituant le symptôme. Nous disions que le statut « pathologique » semblait précisément donné par celui qui porte le symptôme, ou bien par ses proches, d'après un ressenti personnel, bien plus qu'il existe une reconnaissance officielle et objective d'un symptôme, reconnu pathologique à partir d'un certain stade.

Nous souhaitons maintenant aborder un tout autre aspect du symptôme : son lien avec la société à travers le temps. Il semble en effet qu'au fil des époques, les symptômes majeurs d'une société se déplacent. Comme si les symptômes d'une population venaient refléter le fonctionnement de sa société ; ou tout au moins, disaient quelque chose de ce fonctionnement.

On commence à relier possiblement des symptômes somatiques à des causes psychologiques à la fin du XIXe siècle. J.M. Charcot comme S. Freud relatent de nombreux cas de névroses hystériques. Ces pathologies semblent être un symptôme caractéristique de cette époque. Aujourd'hui, ce type de manifestations est peut-être moins fréquent, et a laissé sa place à d'autres formes de symptômes. J. Pirard cite parmi ces derniers les troubles des apprentissages, de l'attention ou encore du comportement chez les enfants ; elle explique pourquoi les symptômes des jeunes, aujourd'hui, se cristallisent autour de ce domaine que sont les apprentissages.

Pour ce faire, il faut comprendre comment un individu acquiert la disponibilité nécessaire pour faire sienne la culture dans laquelle il vit, et de développer harmonieusement avec ses pairs. Selon J. Pirard, cela passe par un processus de subjectivation, qui, lorsqu'il se déroule sans heurt, fait d'un nourrisson dépendant de sa mère, un sujet responsable et autonome. Les symptômes peuvent signifier qu'à un moment de ce processus, de cette chaîne, un maillon a fait défaut.

### 1. Le processus de subjectivation du nourrisson

Voyons comment le tout-petit, objet de sa mère accède progressivement au statut de sujet. Nous pourrions alors voir en quoi les sociétés peuvent faire dysfonctionner ce

processus et donc « créer » des symptômes.

Lorsqu'il naît et durant les semaines qui suivent, l'enfant est dans une relation symbiotique avec sa mère. D. Winnicott parle d'un « stade pendant lequel (...) elle (la mère) est le bébé et le bébé est elle »<sup>53</sup>. Le bébé est pour la mère un objet comblant. Il comble la mère et est comblé par elle. Cette première expérience permet au bébé « d'être », grâce à quoi il pourra plus tard « agir, faire et subir ». Ce sont là les bénéfices que lui apporte sa mère, que Winnicott qualifie de « mère ordinaire normalement dévouée »<sup>54</sup>. Cet état premier de dépendance est donc une étape nécessaire car « le soutien du moi de la mère facilite l'organisation du moi du bébé ». Ce sont donc les prémises de l'individualité et du sentiment d'identité.

Ces deux notions doivent impérativement se développer. Le bébé ne peut rester dans sa position d'objet comblant pour sa mère. Il doit prendre conscience de son existence propre, et de celle des autres individus. Car l'homme ne vit pas seul, il a besoin de ses semblables pour survivre : sa vie est « sociale », depuis les origines de son espèce.

Or, le fait de *vivre ensemble* nécessite de nombreuses adaptations par rapport à l'état premier du nouveau-né. Cela suppose avant tout de pouvoir supporter l'interaction, et l'intersubjectivité, qui nécessite un accordage entre les protagonistes de l'échange. L'homme est caractérisé par sa prédisposition à la communication avec ses congénères. Une communication qui a atteint une forme très élaborée : le langage.

Le petit d'homme doit donc apprendre à vivre parmi ses semblables, avec eux. La première étape clé dans cette aventure est la différenciation d'avec sa mère. Juste après la naissance, la mère est au plus proche de son bébé. Elle sait intuitivement ce qui est bon pour lui, car elle fait appel à ses propres souvenirs de bébé pour répondre aux besoins de son bébé.

Mais la mère ne peut continuer de laisser son enfant croire qu'ils sont la continuité l'un de l'autre. Ils ne sont pas *Un*. Elle s'occupe de son enfant tout en pensant au père de cet enfant. Le père est toujours là, il vient faire du tiers dans la relation mère-

---

53 Winnicott, D., « La mère ordinaire normalement dévouée », *La Mère suffisamment bonne*, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1996, p. 58.

54 Winnicott, D., « La mère ordinaire normalement dévouée » : titre de son article, 1966, op. cité, p. 51

enfant. Ce sont les prémisses de la fonction paternelle et de la castration symboligène. L'intrusion du père, même s'il n'est pas physiquement présent, est le premier pas vers la différenciation de la mère et de l'enfant. Un pas qui mène vers la culture et la socialisation.

Ainsi, la mère saura instaurer graduellement une distance entre elle et son enfant, en même temps que l'enfant deviendra capable, petit à petit, de supporter son absence à elle. *Naturellement*, écrit D. Winnicott. Tout en étant maintenu dans une position suffisamment sécurisante, l'enfant devra éprouver le *manque*. La mère qui manque, car elle laisse son enfant, puis qui revient, signifie à son enfant qu'elle se différencie de lui. L'enfant, lui, a tendance à s'éloigner de sa mère, mu par une curiosité à connaître le monde qui l'en détache. Un accordage s'établit donc entre la capacité de l'enfant de se séparer de sa mère, et la confiance qu'a celle-ci en son enfant. Elle laisse son bébé, car elle sent qu'il pourra être *un peu* sans elle.

## 2. Manquer pour se socialiser

Du manque, naissent différents concepts, centraux dans le développement de l'individu et de son inscription dans sa communauté. Le manque engendre notamment la *castration symbolique*. Celle-ci vient apprendre à l'individu qu'il ne peut pas jouir de tout, qu'il n'est pas tout-puissant. Il ne peut pas commander sur les objets – les autres individus étant dans un premier temps considérés comme objets. Pour J. Pirard, la castration symbolique, renoncement à la jouissance, est primordiale pour l'existence d'un lien social. En effet, elle est nécessaire pour que le petit enfant devienne sujet, et qu'ainsi il entre dans le processus de socialisation.

Le manque est nécessaire puisque c'est par lui qu'arrive la castration, mais également parce qu'il est créateur de *désir*, lui-même « condition d'humanisation » : « Que l'objet soit toujours manqué, que nous n'ayons pas à notre environnement un rapport direct, adéquat, instinctuel, c'est ce qui nous constitue comme sujet manquant donc désirant. »<sup>55</sup> L'enfant doit manquer pour désirer, et il doit désirer pour s'éveiller au monde qui l'entoure et souhaiter y participer.

En acceptant la loi symbolique, l'individu devient sujet et reconnaît l'autre. Car le symbolique fait lien à l'autre. En devenant sujet désirant, l'individu devient social.

---

55 Pirard, J., « Le Symptôme objecteur du sujet dyslexique », p.4

La castration trouve son origine, selon S. Freud, dans la fonction paternelle. Celle-ci a fonction de tiers séparateur entre la mère et l'enfant. En s'immiscant dans leur dyade, le père amène de l'altérité permettant à l'enfant de se constituer une place, différenciée de celle de sa mère. C'est de cette manière, pense S. Freud, que l'enfant accède à une subjectivité.

J. Lacan reprend lui aussi la castration. C'est lui qui la définit comme symbolique. Il pense que « c'est le fait de parler qui nous castre (...) et fait de nous des êtres manquants et désirants ». Ici, c'est le langage qui fait tiers, et qui en conséquence fonde le sujet.

L'enfant devient progressivement sujet, au terme de l'acceptation du manque. Il peut donc désirer, pour vivre. Voici le processus dont nous parlions au début.

### **3. Une société et ses symptômes**

Revenons maintenant à l'idée qu'une société semble porter des symptômes qui parlent d'elle, « [des] symptômes, [des] modes de jouir et de souffrir, [qui] fluctuent avec les civilisations, avec (...) les modes de régulation des liens sociaux »<sup>56</sup>.

Nous l'avons dit rapidement en introduction, au XIXe siècle dans la société viennoise de S. Freud, un symptôme fréquent était la névrose, notamment hystérique. Ces névroses, explique J. Pirard, étaient la conséquence d'une société patriarcale, qui valorisait des notions comme le renoncement, l'abolition de la jouissance, et une « hyperrépression du sexuel ». Le lien social se construisait alors autour du père, qui détenait une autorité incontestée. C'est ce renoncement, notamment autour du sexuel, qui fait conclure à S. Freud que les symptômes névrotiques sont « l'effet d'un conflit qui s'élève au sujet d'un nouveau mode de satisfaction de la libido ».<sup>57</sup>

Mais ce temps de la prévalence du père semble passé.

De « société patriarcale », nous sommes aujourd'hui passés à une société dite « de consommation ». Mais comment cela peut impacter la nature, la forme des symptômes ?

---

<sup>56</sup> Pirard, J., article cité, p.5

<sup>57</sup> Freud, S., op. cité, p.436.

La consommation, l'accès à des biens matériels tient aujourd'hui une place importante. La « réussite » est directement liée à la capacité à acquérir, à acheter. La réussite professionnelle signifie pouvoir consommer. Elle s'articule avec la réussite sociale qui consiste à jouir des biens acquis, et d'un certain pouvoir qui en découle. L'impératif semble aujourd'hui de pouvoir tout posséder. Toujours plus. Cela rappelle furieusement l'illusion de toute-puissance du petit enfant. Croire que l'on peut tout avoir revient à nier l'existence de la castration. Le manque n'a plus de place. Nous pensons que si nous manquons, c'est de quelque chose, d'un quelque chose qui s'achète et qu'il nous faut acquérir pour combler ce que son manque nous procure. J. Pirard parle de « la promotion de la jouissance par l'objet »<sup>58</sup>. La perte de jouissance, donc la castration symbolique, ne serait plus nécessaire puisque l'on peut accéder à la satisfaction pleine - « l'objet comblant [venant] guérir le sujet manquant »<sup>59</sup>.

Mais dans une telle logique se pose la question du *désir*. Nous avons dit qu'il naissait du manque, et aidait l'enfant à devenir sujet, parmi les autres sujets. Que devient-il lorsque « le désir à réaliser se [réduit] au besoin à satisfaire »<sup>60</sup> ? L'absence de manque induit-il l'absence de désir ? L'individu ne désire plus puisque ses « besoins », croit-il, se trouvent satisfaits, ses envies comblées, avant même d'en avoir ressenti le manque. Ce manque de manque revient à une annulation de la castration, favorisant un comportement régressif, précisément parce qu'il empêche la subjectivation. C'est en cela que les hommes retrouvent une position de toute-puissance face à l'autre. Il n'y a plus de place pour un tiers, donc plus la possibilité de se confronter à l'altérité. C'est là ce qui conduit J. Lacan à parler d'« enfance généralisée ». Le manque de subjectivation rend plus difficile le fait d'accéder à une place, de devenir autonome. C'est ainsi que J. Pirard conclut que les troubles des apprentissages viennent faire symptôme aujourd'hui. Ils seraient la conséquence de l'objectivation dans laquelle se trouvent englués nombre d'enfants ; une objectivation faisant que le manque de désir empêche d'apprendre. Car « il n'y a pas d'apprentissage possible sans cette inscription de la castration »<sup>61</sup>.

Le rapport à la castration engendrerait de nouveaux symptômes.

Des symptômes qui ont en effet à voir avec cette jouissance devenue beaucoup trop envahissante. Car si un symptôme est la part d'irréductible du sujet au lien social, il sera ici une manifestation à l'encontre de la toute-jouissance. Cette manifestation

---

58 Pirard, J., article cité, p. 5

59 Pirard, J., article cité, p. 5

60 Pirard, J., article cité, p. 6

61 Pirard, J., article cité, p. 6

peut prendre deux directions opposées : une volonté d'accumuler toujours plus de jouissances – les toxicomanies par exemple –, ou inversement, un écœurement de la jouissance qui conduit à des pathologies exprimant ce trop plein. On y trouve la dépression, l'anorexie, ... les troubles des apprentissages. Ceux-ci ne sont rien d'autre pour un sujet qu'une façon de refaire du manque, en réponse au gavage que lui impose la société de consommation. « « Je ne sais rien » serait la protestation symptomatique du sujet à l'injonction (...) « jouis », « réussis », c'est-à-dire « consomme du savoir ». »<sup>62</sup>

---

62 Pirard, J., article cité, p.8

## SYMPTÔME OBJECTIVITÉ VS SYMPTÔME SUBJECTIVÉ

Nous venons de parler de l'influence que peut exercer la société sur la formation des symptômes, et sur leur nature même. Nous disions que les symptômes ont tendance à changer au gré de l'évolution d'une société, de par ce que celle-ci renvoie aux individus qui la composent : comme une sorte de ligne conductrice leur indiquant « comment vivre ».

De même que les troubles – faisant symptômes – varient d'après les modes de vie, la façon même de qualifier et de prendre en charge ces troubles est étroitement liée à une société.

Nous pouvons considérer qu'il existe (au moins) deux façons de prendre en compte un symptôme (cette distinction a été succinctement abordée dans la définition générale du symptôme) :

- le symptôme vu objectivement, tel une différence quantitative par rapport à une moyenne statistique.
- le symptôme comme une réalité subjective, c'est-à-dire intimement lié à celui qui le porte. Il est le fruit des événements vécus, arrangés et intériorisés par un sujet. Le symptôme est en ce sens unique et singulier.

Revenons dans un premier temps au lien que nous souhaitons faire entre la prise en compte du symptôme et *la société*. G. Chatenay dit du symptôme qu'il « interroge la politique », et même qu'il est politique. Comment comprendre cela ? Est-ce parce qu'il vient dire que les difficultés de la population sont liées à leur vie quotidienne (Une hyper consommation empêchant le manque, par exemple...) ? Est-ce le côté revendicateur du symptôme ? J. Lacan disait en effet que Marx avait inventé le symptôme. La grève, la lutte des classes, n'était-ce pas ce qui venait faire symptôme dans le fonctionnement économique, social et donc politique de la société ? Le symptôme contestataire...

Le symptôme viendrait dire aujourd'hui, selon G. Chatenay, « qu'il y a de l'incalculable »<sup>63</sup>. Il dit cela à propos de notre mode de vie, de notre temps qui, dit-il, « est celui du délire scientifique de la quantification généralisée »<sup>64</sup>. Le symptôme signe de l'incalculable dans un monde du chiffre, où justement beaucoup de choses

---

63 Chatenay, G., *Symptôme nous tient*, , Psyché, Éditions Cécile Defaut, 2011, p.9

64 Chatenay, G., op. cité, p.9

sont calculées, quantifiées, décomposées... Lui aussi reçoit cependant ce traitement analytique, quantifié... objectivé. Le symptôme doit pouvoir être objectivable pour être traité, résorbé. Mais qu'est-ce qu'un symptôme objectivable ? Ce serait une différence, un écart, un défaut, même, « un dysfonctionnement par rapport à une normalité standard »<sup>65</sup>, écrit J. Pirard. Le symptôme, ainsi objectivé, est « décortiqué » par les professionnels qui essaient de le mesurer, d'en décrire les différentes composantes, de le nommer, afin de mieux le faire disparaître. Le symptôme est ici quelque chose de problématique. Dans la mesure où il écarte celui qui le porte d'une pseudo-normalité – de la majorité, en tout cas –, il est vu négativement. Il est « la clocherie [qui fait] désordre dans un monde ordonné »<sup>66</sup>. A ce titre, il convient donc de le supprimer ; ou si cela n'est pas possible, au moins de le faire taire.

Cette vision qui veut objectiver le symptôme fonctionne par « tranche ». Un symptôme est un dysfonctionnement dans une compétence particulière. Cette compétence, quelle qu'elle soit, requiert de nombreuses composantes pour être efficiente. Dans le cadre des difficultés d'apprentissage, par exemple, les apprentissages sont « déclinables en un ensemble de fonctions : perception, représentation des durées, des actions, articulation parlée, langage écrit, mémoire, concentration, contrôle »<sup>67</sup>. Il s'agit aujourd'hui de déceler, objectivement, c'est-à-dire par le biais de bilans étalonnés et chiffrés, quelle(s) composante(s), parmi celles citées, dysfonctionne(nt), lesquelles sont faibles et entraînent une diminution des performances scolaires d'un enfant.

On retrouve ici la définition du symptôme objectif qui existe dans le domaine médical : grâce aux tests réalisés, les praticiens – médecins, psychologues ou orthophonistes – peuvent rendre compte du symptôme, de son importance, via le calcul d'écart-types. Ils le rendent observable, mesurable, presque palpable via les « résultats » des tests. D'une certaine façon, l'objectivation du symptôme peut rassurer les différents protagonistes de l'aventure. Le patient – et souvent ses parents – s'entendent poser un diagnostic ; des mots sont là, qui expliquent pourquoi telles difficultés. Le praticien, ici l'orthophoniste, peut utiliser ce même diagnostic et les résultats de tests pour commencer la prise en charge, donner une orientation au travail à venir. Ces tests aux résultats chiffrés sont également des indicateurs

---

65 Pirard, J., article cité, p.1

66 Chatenay, G., *op. cité*, p.9

67 Pirard, J., article cité, p.1

« objectifs » pour mesurer l'évolution, les progrès du patient.

Un symptôme objectivé, donc, afin de le traiter objectivement. L'objectivité est vue ici comme une garantie contre l'erreur humaine. Elle protège de toute instabilité liée à l'humeur, à « l'impression » propre à chacun. L'objectivité est synonyme de fiabilité, elle traverse le temps sans être influencée par aucun facteur extérieur à ce dont il est question, croit-on.

En orthophonie, la réponse que l'on peut apporter ici est d'ordre rééducatif. L'orthophoniste exerce, entraîne le patient, en vue de combler l'écart observé entre ses compétences et la norme, de compenser les difficultés qu'il rencontre. Cela, pour essayer de rattraper le niveau standard pour un âge donné.

Ces arguments mis en avant pour prendre en compte le symptôme objectivement laissent de côté un aspect pour le moins crucial du symptôme : il est humain.

Et une autre façon d'entendre le symptôme est de considérer qu'il fait partie de l'individu. C'est un trait parmi d'autres, constituant la personnalité de l'individu. Certes, le symptôme porte une connotation négative. Il vient signifier que quelque chose ne fonctionne pas comme il devrait. Mais cela n'empêche pas de garder une vision globale de l'individu, où le symptôme n'est finalement qu'une façon que s'est concoctée le sujet, de faire du sens, de supporter un insupportable ; « ce par quoi le sujet tente de répondre à l'inconsistance du monde (...) »<sup>68</sup>, de son monde. Le symptôme n'est pas dans ce cas, un parasite venant se greffer à un organisme au fonctionnement lisse, ce n'est pas un élément venu se déposer là presque par hasard, et qui enraie le mécanisme. Il se constitue au plus profond de l'individu, de son inconscient. Il est alors propre à cet individu, « la fixation singulière d'une jouissance », dit C. Soler<sup>69</sup>. D'où la notion de singularité que véhicule le symptôme.

Le symptôme est qualifié de subjectif, donc propre au sujet, en ce qu'il résulte du compromis que se fabrique le sujet entre l'obligation d'une conformation pour la vie sociale, et « un reste pulsionnel insistant »<sup>70</sup>. Il révèle une résistance à céder complètement et entièrement à la vie sociale.

G. Chatenay parle de « faire tenir ensemble » : le symptôme serait la « tentative d'un sujet de faire tenir ensemble ce qui ne tient pas ensemble »<sup>71</sup>.

---

68 Chatenay, G., op. cité, p.9

69 Soler, C., *La politique du symptôme*, in *Quarto* 65, cité par G. Chatenay.

70 Pirard, J., article cité, p.7

71 Chatenay, G., op. cité, p.9

## LA DEMANDE

Étymologiquement, le terme « demande » vient du latin *demandare*, « confier », issu lui-même de *mandare*, « mander, solliciter ». Lorsqu'il y a demande, il y a donc l'idée d'une relation à un autre, cet autre qui reçoit la demande, et à qui il est demandé une réponse.

Notre réflexion sur le symptôme, considéré sous l'angle d'un travail orthophonique, nous pousse à nous interroger sur la demande. Beaucoup de questions peuvent en effet se poser à ce propos, et notamment :

- Qui demande ?
- Que demande-t-on ? Ou plus exactement de quelle nature est la demande ?
- Quelle est la vraie demande ?

La demande peut être entendue à plusieurs niveaux, selon la personne qui la formule.

Nous allons donc voir dans un premier temps que la demande pour une prise en charge orthophonique est, au départ, sociale. Nous verrons ensuite que derrière la demande sociale s'en cache le plus souvent une autre, non formulée car inconsciente, une demande d'amour.

### 1. La demande sociale

#### A l'origine, la demande est sociale

Dans le cas de prise en charge d'enfants, la demande est toujours sociale.

Elle émane nécessairement d'une tierce personne. Ce sera généralement l'enseignant de l'enfant, parfois son médecin traitant, ou directement ses parents. Dans tous les cas, ce seront ces derniers qui, directement ou indirectement, feront la demande auprès du thérapeute. Soit qu'ils demandent de leur propre initiative la prise en charge de leur enfant, soit qu'ils le fassent sur les conseils de l'enseignant.

Selon Hug-Hellmuth, une pionnière de la psychanalyse des enfants, « l'enfant vient en traitement à la demande de ses parents, au contraire du malade adulte qui y vient

de son propre gré »<sup>72</sup>. Un enfant ne demande pas de lui-même à rencontrer un orthophoniste sous prétexte qu'il a du mal à parler, à lire ou à écrire. C'est là une grande différence entre un patient adulte et un patient enfant. Dans le cas où c'est l'enfant qui présente un trouble, la plupart du temps, ce ne sera pas lui qui souffrira de son symptôme. Autrement dit, le symptôme n'est pas perçu initialement par l'enfant (ou très rarement). Il est d'abord entendu par une première personne qui va faire entendre le symptôme à un autre : le parent soutient et amène l'enfant pour traiter ce symptôme. Ainsi, lors de la première rencontre entre la famille – parent(s) et enfant – et l'orthophoniste, lorsque celui-ci demande à l'enfant pourquoi il vient, s'il sait pourquoi il est là, l'enfant est bien souvent en peine de fournir une réponse personnelle. Peut-être pourra-t-il formuler ce que ses parents lui ont expliqué : « c'est parce que je parle mal » ; « c'est pour mieux parler » ; « parce que j'ai du mal à écrire »... Parfois il ne dira rien.

A la question « qui souffre, qui demande ? », Xavier Renders cite Françoise Dolto dans son livre *le jeu de la demande* : « L'enfant qui a besoin d'une thérapie s'en rend compte, parce qu'il ne peut pas assumer ses pulsions et les transformer en commerce harmonieux avec autrui »<sup>73</sup>. Dans cette situation, l'enfant est potentiellement en position de demandeur.

Cependant, cela nécessite d'être nuancé car « le processus par lequel il se met à souffrir de ses difficultés est parfois très lent, ou même ne s'enclenche pas »<sup>74</sup>. Il s'avère alors que « des parents viennent demander de l'aide, alors que l'enfant, lui, grâce à ses symptômes ne souffre pas toujours d'anxiété et n'éprouve aucun désir d'en comprendre le sens ni de sortir des difficultés à vivre que ces troubles manifestent, encore moins d'en parler à quelqu'un »<sup>75</sup>.

C'est pourquoi on peut dire que symptôme et souffrance peuvent être dissociés. L'enfant peut ne pas souffrir de ses symptômes. Il n'a alors aucune raison de demander de l'aide. Et s'il souffre il faut qu'il sache vers qui se tourner, pour faire entendre son malaise, ses difficultés.

Par conséquent, lorsqu'une demande est faite auprès d'un professionnel, elle est

---

72 Renders, X, *Le jeu de la demande*, Bruxelles, De Boeck Université, 1996, p.71, cité par S. Carfantan dans son mémoire, inédit.

73 Dolto, F, *Séminaire de psychanalyse d'enfants*, 1, Paris, Seuil, 1982, p.185 in Renders, X, , op. cit., p.314 .

74 Renders, X, op. cit., p.314 .

75 Renders, X, op. cit., p.314 .

avant tout *sociale*. Elle vise, au moins dans un premier temps, à soulager les parents qui souffrent de voir leur enfant vivre avec ce symptôme dont celui-ci se sient bon an mal an pour vivre. La demande sociale sert aussi de vecteur entre l'enfant et le professionnel, considéré comme apte à l'aider dans ses difficultés. Car sans elle, leur rencontre serait apparemment impossible<sup>76</sup>.

### D'où vient cette demande sociale ?

Plusieurs facteurs peuvent motiver les parents à demander une prise en charge pour leur enfant, qu'elle soit orthophonique ou relevant d'une autre spécialité. Nous en avons relevé trois.

#### 1. *Projection et narcissisme parentaux*

Il est ici question de l'affrontement entre *l'enfant imaginaire* et *l'enfant réel*.

Le parent a tendance, inévitablement, à se projeter dans son enfant. Jean-Claude Quentel écrit à ce propos : « (...) L'enfant est un lieu de projection incomparable (...). En lui se réalise véritablement le narcissisme de ses parents. L'adulte s'y retrouve littéralement : non seulement il s'y contemple, mais il le construit, il l'élabore proprement à son image. »<sup>77</sup>. Il précise même qu'il s'agit d'une projection de l'enfance même du parent et explique : « La projection correspond en effet, dans la théorisation psychanalytique, à l'opération par laquelle nous prêtons à l'autre, sans en avoir la moindre conscience et en refusant même à l'occasion de le reconnaître, nos propres manières de penser, d'agir et de désirer. En d'autres termes, le parent tend à se reproduire en l'enfant »<sup>78</sup>.

Le parent revit donc, d'une certaine façon, son enfance, à travers son enfant. Cette enfance, il l'a le plus souvent idéalisée. C'est ce que la psychanalyse nomme l'enfant imaginaire : il peut soutenir le narcissisme des parents et peut tout combler.

Mais nous savons que l'enfant réel n'est pas l'enfant imaginaire dont rêvent ses parents. Les « deux enfants » peuvent faire un bout de chemin ensemble, mais ils se séparent inmanquablement. Souvent, c'est lorsque la personnalité de l'enfant réel

---

76 Carfantan, S. *Comment appréhender les demandes dans un cadre orthophonique concernant l'enfant?* Mémoire d'orthophonie soutenu à Nantes, 2010-2011, p.9-10.

77 Quentel, J.C., *L'enfant dans son rapport à l'altérité in Anthro-pologiques*, 4. Peeters, Louvain-La-Neuve, 1992, p.142.

78 Quentel, J.C., *Le parent*, Bruxelles, De Boeck Université, 2008, p.61

commence à s'affirmer, toujours plus ou moins différente de ce à quoi s'attendent les parents. Parfois, et c'est alors plus douloureux, lors de la découverte d'un trouble dans le développement de l'enfant « en chair et en os ».

J. C. Quentel écrit alors que « l'enfant réel s'oppose ici radicalement – trop radicalement, précisément – à cet enfant merveilleux que le parent garde en lui ; il le heurte très profondément et se scinde en quelque sorte de lui (...). L'adulte ne parvient plus à se retrouver, au sens plein du terme, en cet enfant »<sup>79</sup>.

## 2. *Quand la demande parentale répond au principe d'homéostasie*

Robert Neuburger, dans son ouvrage *L'Autre demande*, présente le *principe d'homéostasie*. A l'origine, ce terme appartient au domaine de la biologie. Il signifie « stabilisation des différentes constantes physiologiques »<sup>80</sup>. R. Neuburger le reprend pour expliquer un certain type d'équilibre familial : un membre de la famille est comme *désigné* porteur d'un symptôme, et l'équilibre de la famille se crée autour de cet état de fait.

Ici la demande n'est pas formulée par le patient, quel que soit son âge, mais par son entourage. Selon R. Neuburger, les éléments qui constituent la demande sont présents, mais ne sont pas présentés par le sujet qui souffre des troubles. En effet, « l'un a le symptôme ; l'un ou d'autres en souffrent parfois plus que le patient lui-même ; un autre allègue de ce symptôme pour demander de l'aide »<sup>81</sup>.

Il s'agit donc bien ici d'une certaine forme de demande sociale. Demande qui pourrait être formulée comme suit : « Faites quelque chose pour lui dont l'état nous fait souffrir ! »<sup>82</sup>.

## 3. *La « pression sociale »*

Samuel Carfantan développe l'idée qu'aujourd'hui, tout s'articule sur et autour de l'enfant pour réussir au mieux son éducation. Il parle de ces « experts de l'enfance », qui sont en constante augmentation, et des parents qui angoissent quant au bon *fonctionnement* de leur enfant. Leur place est donc délicate, et ce d'autant plus que, comme certains l'observent, la pression sociale s'accroît. Elle risque donc d'amplifier la blessure narcissique des parents quand un trouble survient chez

---

79 Quentel, J.C., op cité, p.74-75

80 Dictionnaire Historique de la langue française, Éditions Le Robert, p.1728

81 Neuburger, R, *L'Autre demande*, Paris, ESF, 1988, p.51, cité par S. Carfantan dans son mémoire.

82 Neuburger, R, op cité, p.57.

l'enfant, car elle « marque leur enfant et l'exclut en quelque sorte de la norme »<sup>83</sup>.

S. Carfantan attire également notre attention sur les nouvelles orientations françaises pour la prise en charge des enfants présentant des troubles des apprentissages. On peut citer parmi d'autres la création des centres référents des troubles du langage et des apprentissages, en 2001, ou la loi d'intégration scolaire de février 2005 pour la scolarisation des élèves handicapés. Dans le même temps, les recours auprès de la MDPH, afin de créer des aménagements pour les enfants difficultés, augmentent... Tout cela témoigne d'une volonté d'aider les enfants en difficulté, en même temps que cela engendre une pression sur les parents « dans une quête de diagnostic et de réparation qui s'amplifie »<sup>84</sup>.

### *Conclusion*

La demande sociale existe parce qu'il y a souffrance. Parfois souffrance du patient, beaucoup plus souvent, souffrance parentale.

Il semble que ces deux réalités – demande sociale et souffrance – viennent pour une bonne part d'un système fait de normes : normes sociales, normes culturelles...

Cette question de la norme fait intervenir des appréciations, des jugements de valeur du type *bon/mauvais*, *bien/mal*. Ainsi les parents demandent une prise en charge orthophonique parce que leur enfant ne parle *pas bien* – pour ne pas dire *mal* –, il ne parle pas normalement.

La demande sociale existe également dans le cas de la prise en charge d'un enfant, précisément parce que le patient est un enfant. De ce fait, celui-ci « a besoin, statutairement, tant qu'il est enfant, de la garantie de l'adulte »<sup>85</sup>, nous dit J.C. Quentel. L'enfant ne peut en effet s'assumer seul socialement. Il ne peut donc demander un service de lui-même.

### Les limites de la demande sociale

Quantité de demandes de prise en charge – orthophoniques, mais pas seulement – sont à l'origine des demandes sociales. Nous avons vu que ce type de demandes

---

83 Dubois, G, & Kuntz, J.P., *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*, Paris, Masson, 1999, p.48, cité par S. Carfantan dans son mémoire.

84 Carfantan, op cité, p.14.

85 Quentel, J.C., op cité , p.241-242 .

était forcément parental dans le cas d'une prise en charge d'enfant. Elle ne peut être autrement puisque l'enfant ne peut faire, seul, une demande pour lui-même.

La demande sociale est souvent demande de *réparation* : les parents souffrent de voir leur enfant s'exprimer ou écrire difficilement. Ils se tournent donc vers l'orthophoniste pour lui demander de réparer le dysfonctionnement, de normaliser le langage de leur enfant.

La demande est dite sociale car « elle s'élabore en fonction d'autrui, selon les attentes de la société »<sup>86</sup>.

Si cette demande sociale est quasi inévitable, on peut en revanche se demander si elle est suffisante pour qu'une prise en charge en orthophonie porte ses fruits.

Deux arguments nous viennent pour remettre en cause l'aspect « suffisant » de la demande sociale.

D'une part, comme nous l'avons dit plus haut, la demande sociale est formulée par un tiers, un parent généralement. Mais alors, qu'en est-il du sujet ? En l'occurrence l'enfant ? La demande n'émanant pas de lui, comment va-t-il pouvoir supporter un travail qu'il n'a pas demandé, et que peut-être il ne souhaite pas ? Car elle peut ne pas correspondre à ses attentes. La promesse d'un accès ou d'un retour à la norme suffira-t-elle pour remédier aux difficultés qu'il rencontre ? Dans ces conditions, le risque est que l'enfant n'investisse pas la demande pour son propre compte.

Il faut donc tâcher de faire émerger la demande à un autre niveau.

D'autre part, nous pouvons mentionner une idée défendue par F. Dolto, qui est l'écoute et le respect de la parole de l'enfant. Elle écrivait dans *La Cause des enfants* qu'« on parle *de* l'enfant et on ne *lui* parle pas »<sup>87</sup>. Cela serait dû à la préoccupation toujours grandissante de la société et des adultes concernant l'enfant. A ce propos, X. Renders explique qu'aujourd'hui, les parents ont auprès de leurs enfants une fonction d'assistance probablement trop importante. Il rappelle en outre qu'ils n'ont pas de droits sur eux. « Ils ont cependant une responsabilité, précise-t-il, et de taille : celle de s'adresser à [eux] et de [leur] parler »<sup>88</sup>. Sans cela, l'enfant reste dans une position d'objet, ce qui ne lui permet pas de dire ses désirs. Le désir de l'enfant est

---

86 Carfantan, S. op cité, p.16.

87 Dolto, F., *La Cause des enfants*, Paris, Laffont, 1985, p..273. Cité par S. Carfantan dans son mémoire.

88 Renders, X, op cité p.290 .

cependant une composante indispensable pour que celui-ci s'empare des aides ou des enseignements qui lui sont proposés. C'est en substance ce que dit J. Pirard lorsqu'elle explique que l'enfant, s'il est maintenu en position d'objet, objet de l'Autre, est « pris dans une demande dont ne peut s'extraire un désir propre »<sup>89</sup>. Il semble donc qu'il n'est pas possible de ne considérer que les préoccupations sociales. Le désir de l'enfant est à prendre en compte.

Cela met le doigt sur une difficulté : celle de réussir à laisser la parole à l'enfant pour qu'il essaie d'exprimer son désir. Il apparaît qu'il n'est pas facile pour les proches de respecter *vraiment* le désir de l'enfant, pour divers raisons.

Parce que parfois l'enfant manque de mots ou de langage pour exprimer assez clairement ce désir. Parce que d'autres fois, les adultes eux-mêmes ont du mal à réprimer leurs propres désirs, quant à ce qui leur paraît juste et bon pour cet enfant. Cela peut être valable pour les parents, les enseignants, les soignants pour les enfants handicapés, et le cas échéant, pour l'orthophoniste. Alors même qu'ils pensent « faire bien » – leur but est de faire *progresser* l'enfant –, ces adultes n'entendent pas l'enfant, et son désir s'en trouve ainsi nié. S. Carfantan résume ce dilemme en posant la question suivante : « Au nom du désir parental, au nom d'un idéal thérapeutique, qu'advient-il de l'enfant et de son propre désir ? Où et comment se manifeste son désir dans ce contexte ? »<sup>90</sup>

Tout cela nous permet désormais de dire que la demande sociale ne suffit pas pour qu'une prise en charge – orthophonique – réussisse. En effet, un autre facteur, et non des moindres, intervient : le désir de l'enfant. J.C. Quentel dit qu'en conséquence, la demande doit être *travaillée* : certes, elle « se formule d'abord socialement »<sup>91</sup>, cependant, « elle n'est pas à considérer du seul point de vue social : elle recouvre nécessairement d'autres dimensions, et notamment celle du désir, appelant alors à un type de réponse spécifique »<sup>92</sup>. La réponse de l'orthophoniste doit s'attacher à écouter et respecter l'enfant autant que son symptôme, tandis que la demande sociale tendrait plutôt à faire disparaître ce dernier.

Dans ce qui va suivre, nous aborderons donc la demande sous cet angle nouveau :

---

89 J. Pirard, *Le symptôme objecteur du sujet dyslexique*, p.9.

90 Carfantan, op cité, p.20.

91 Quentel, J.C., op cité, p.216.

92 Quentel, J.C., op cité, p.216.

la demande s'articulant autour du désir. Le désir de l'enfant, plus précisément, duquel pourra peut-être émerger sa propre demande.

## 2. La demande : articulée autour de la problématique du désir

Pour qu'une demande aboutisse – c'est-à-dire pour qu'une réponse adéquate à cette demande soit proposée –, nous avons vu qu'il n'est pas possible de ne la traiter que sous son aspect social. La demande sociale est formulée par un tiers ; elle a pour but une tentative de *normalisation* du patient, ce qui implique de gommer ce qui cloche chez lui : son symptôme. La demande sociale est par là même une tentative de réparation narcissique pour les proches du patient, ses parents généralement.

Mais dans la mesure où il s'agit souvent d'un enfant ici, nous avons aussi vu que cette gêne sociale éprouvée par les parents ne touchait pas nécessairement l'enfant. Rarement, en vérité.

La demande sociale n'est donc pas la demande de l'enfant – cet enfant dont on voudrait voir son symptôme (retard de langage, impossibilité d'apprendre à lire...) disparaître. Pour qu'une demande émerge de l'enfant lui-même, disons grossièrement qu'il faut que celui-ci trouve une bonne raison de se défaire de son trouble. Cette demande là est à entendre au sens analytique.

Qu'est-ce qu'une demande, au sens où l'entend la psychanalyse ? Sans doute peut-on dire qu'une telle demande existe lorsqu'on retrouve chez un patient un symptôme – témoin du conflit interne –, une souffrance, une plainte, ou encore une demande d'aide. Ces éléments témoignent qu'un sujet est demandeur, pour lui-même, et qu'il souhaite engager un travail pour son propre compte.

De même que des parents viennent solliciter un orthophoniste parce que les difficultés de leur enfant les font souffrir, l'enfant sera à son tour demandeur d'une prise en charge si son symptôme le dérange, le fait souffrir. C'est le cas lorsque celui-ci, quel qu'il soit, se met à la place d'un désir qui ne parvient pas à se dire.

La demande, en tant que propre à celui qui souffre d'un symptôme, est donc à relier à la problématique du désir.

Cela pose alors la question de ce qu'est le *désir*. De quelle nature est ce désir, au sens où la psychanalyse l'emploie ? Et comment naît-il et se développe-t-il chez l'être

humain ? Quel lien existe finalement entre demande et désir ? Nous allons voir comment Joël Dor, dans *Introduction à la lecture de Lacan*, établit le lien existant entre le besoin, le désir et la demande, le désir se trouvant « dans la marge où la demande se déchire du besoin »<sup>93</sup>, écrit J. Lacan.

### Le désir naît des premières expériences de satisfaction...

Pour expliquer l'origine du désir, J. Lacan se réfère à la conception freudienne des premières expériences de satisfaction, particulièrement de la satisfaction alimentaire. S. Freud y a en effet repéré « l'essence du désir et la nature de son processus »<sup>94</sup>.

Qu'en est-il donc des premières satisfactions pulsionnelles ?

Le nourrisson ressent initialement un *déplaisir* occasionné par un *état de tension*. Celui-ci est dû à un besoin qui nécessite d'être satisfait : il a faim. Il s'agit alors d'un processus essentiellement organique. L'adulte lui propose alors un objet de satisfaction – la mère lui présente le sein ou le biberon –, « sans qu'il le cherche et sans qu'il lui soit donné d'en avoir une représentation psychique »<sup>95</sup>. C'est ce que J. Lacan nomme un *pur besoin*, en ce sens qu'il est satisfait sans aucune médiation psychique. Cette satisfaction engendre un *plaisir immédiat*, car l'état de tension dû à la pulsion est réduit.

Cette première expérience de satisfaction laisse dans l'appareil psychique une *trace mnésique*. La satisfaction est désormais « liée à l'image/perception de l'objet ayant assuré cette satisfaction »<sup>96</sup>. Et « la trace mnésique constitue la représentation du processus pulsionnel pour l'enfant »<sup>97</sup>.

Lorsqu'un état de tension réapparaît, la trace mnésique et la perception de l'objet de satisfaction sont réinvestis par l'enfant, de sorte que cette nouvelle manifestation pulsionnelle ne peut plus être considérée comme un pur besoin. C'est désormais un *besoin lié* à la représentation mnésique de satisfaction.

Une succession d'expériences de satisfaction suit la première. Ces premières expériences sont souvent hallucinatoires. En effet, à ce stade, l'enfant « [confond] dans un premier temps l'évocation mnésique de la satisfaction passée avec la

---

93 Lacan, J., *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966

94 Dor, J., *Introduction à la lecture de Lacan*, Paris, Denoël, 2002, p. 179.

95 Dor, J., op cité, p.180.

96 Dor, J., op cité, p.180.

97 Dor, J., op cité, p.180.

*perception de l'événement présent* »<sup>98</sup>. Autrement dit, il y a confusion entre l'*objet représenté* de la satisfaction passée et l'*objet réel*. Freud avance que cette hallucination est possible car l'enfant investit trop l'image mnésique, ce qui provoque « le même indice de réalité qu'une perception réelle »<sup>99</sup>. La distinction d'entre l'image mnésique et la satisfaction réelle sera possible à force de répétition des expériences de satisfaction.

En revanche, l'enfant utilise l'image mnésique comme un modèle : elle le guide, d'une certaine façon, dans sa recherche vers un objet réel pour satisfaire sa pulsion. L'image mnésique dans l'appareil psychique permet donc une « représentation anticipée de la satisfaction en liaison avec le dynamisme du processus pulsionnel »<sup>100</sup>. Tel est pour S. Freud le sens du désir dans la psychanalyse : « le désir naît d'un réinvestissement psychique d'une trace mnésique de satisfaction liée à l'identification d'une excitation pulsionnelle »<sup>101</sup>. D'ailleurs, J. Dor précise que le désir reste dans le domaine du psychisme. « Il n'y a pas, à proprement parler, de satisfaction du désir dans la réalité. (...). La dimension du désir n'a d'autre réalité qu'une réalité psychique »<sup>102</sup>. En effet, contrairement à la pulsion qui peut trouver un objet de satisfaction dans la réalité, le désir, lui, ne le peut.

### ... Et dans la relation à l'Autre

J. Dor écrit que la genèse du désir « présuppose, au-delà du besoin, la présence de l'Autre »<sup>103</sup>, et que le désir « ne peut naître que dans une relation à l'Autre »<sup>104</sup>.

Dans les premiers temps de son existence, l'enfant ne peut satisfaire seul ses besoins, notamment alimentaires. Il s'ensuit des manifestations corporelles conséquentes à cet état de manque. Ce serait cette « incapacité où l'enfant se trouve de satisfaire lui-même ces exigences organiques [qui] appelle autant qu'elle justifie la présence de l'Autre »<sup>105</sup>.

En effet, l'Autre va donner une valeur de *signe* à ces manifestations du bébé, il va décider de comprendre que l'enfant est dans un état de besoin. Et ce n'est qu'à partir

---

98 Dor, J., op cité, p.180.

99 Dor, J., op cité, p.181.

100 Dor, J., op cité, p.181.

101 Dor, J., op cité, p.181.

102 Dor, J., op cité, p.182.

103 Dor, J., op cité, p.185.

104 Dor, J., op cité, p.185.

105 Dor, J., op cité, p.186.

du moment où la mère attribue un sens aux gesticulations de son bébé que précisément elles en prennent un.

Bien sûr, à ce stade, il n'y a aucune intentionnalité de l'enfant, à mobiliser ainsi son corps. Cependant, en y prêtant du sens, la mère immerge son enfant dans un monde de communication, « où l'intervention de l'autre se constitue comme une réponse à quelque chose qui a d'abord été supposé une demande »<sup>106</sup>.

L'enfant est plongé dans l'univers sémantique de l'adulte, et de ce fait, ne peut faire autrement que de prendre pour son propre compte ses signifiants. Dès lors, la mère se place auprès de l'enfant « comme un autre privilégié : l'Autre »<sup>107</sup>.

Cette place d'Autre, la mère l'acquiert également parce qu'elle répond à l'enfant en allant au-delà du simple besoin. Elle lui procure ainsi ce que J. Dor nomme une détente organique prolongée, ce dont l'enfant peut jouir « au-delà de la satisfaction de son besoin »<sup>108</sup>. La mère fournit à l'enfant de l'*en plus*, qui étaye cette satisfaction liée au besoin.

Nous sommes au terme de l'expérience de satisfaction, une satisfaction que J. Dor appelle globale, puisqu'à la satisfaction organique du besoin s'ajoute la jouissance, supportée par l'amour de la mère.

Ainsi l'enfant est en mesure de « désirer, par la médiation d'une demande adressée à l'Autre »<sup>109</sup>.

L'enfant reprend les signifiants que sa mère a utilisés avec lui : ses gestes deviennent intentionnels, ils ont pour but de retrouver la satisfaction déjà éprouvée. Dans cette forme de demande à l'Autre, l'enfant utilise les prémisses d'une communication symbolique.

### Pourquoi l'enfant en vient à désirer ?

La demande, en tant qu'expression du désir est double. Nous l'avons dit, à la satisfaction du besoin s'ajoute « la demande de « l'en plus » qui est avant tout demande d'amour »<sup>110</sup>. Cela correspond au fait que l'enfant désire être l'unique objet du désir de son Autre.

Il s'agit en fait d'une tentative de « re-trouvaille » : l'enfant recherche la sensation

---

106 Dor, J., op cité, p.186.

107 Dor, J., op cité, p.186.

108 Dor, J., op cité, p.187.

109 Dor, J., op cité, p.187.

110 Dor, J., op cité, p.188.

éprouvée lors de sa toute première expérience de satisfaction, où celle-ci fut immédiate, car sans le biais d'une demande. Là, se trouve le désir de l'enfant. Il veut revivre cette expérience. Il essaie donc de *signifier* son désir. Et ce faisant, il expérimente la perte, le *manque*. La demande essaie de signifier l'objet de désir, mais en vain : l'objet de désir, la Chose, nous dit Lacan, est *innommable*. Si jamais l'on essaie de la nommer, on se trouve face à une « impossible saturation symbolique »<sup>111</sup>, car il y a forcément une inadéquation entre ce qui est désiré, et ce que l'Autre entend du désir de la demande. Un écart persiste entre la demande et la réponse fournie, même si elle comble le besoin.

Le désir vient du désir d'accéder à un objet inaccessible, que la demande tente pourtant de signifier. C'est en cela que le désir vient du manque : il naît du manque laissé par l'objet inaccessible. L'écart existe, est là, constamment entre ce que le sujet demande, vient chercher et rencontre finalement. C'est à ce propos que J. Lacan parle de l'*objet a*, *objet éternellement manquant* et par là même *producteur de manque*.

## Conclusion

La demande intime de chaque individu semble venir de très loin. Elle est comme enfouie en chacun de nous puisqu'elle remonte à nos premières expériences de vie. Elle est alimentée par le désir, dont l'enfant fait l'expérience très tôt, dans la relation qui se crée avec son Autre. Cet Autre qui vient mettre du sens à ses manifestations, au départ désordonnées et inintentionnelles ; qui comble ses besoins physiques et en plus lui donne son amour.

L'enfant découvre alors le plaisir qui en découle et cherche à le revivre, encore et encore.

Étudier la question de la demande chez le patient rencontrant un orthophoniste, implique de se poser celle du statut que se donne l'enfant : en est-il au stade d'être l'unique *objet* de désir de l'Autre, ou bien est-il devenu *sujet* désirant ?

Être et rester unique objet du désir de l'Autre : cela revient, selon J. Dor à « récuser

---

111 Safouan, M., *Le Structuralisme en psychanalyse*, Paris, Seuil, 1968, p.44. Cité par S. Carfantan dans son mémoire.

l'essence fondamentale du désir qui est le manque. Autant l'enfant récusé, pour son compte propre, cette dimension du manque, autant cherche-t-il à récuser le manque dans l'Autre en se présentant lui-même comme objet de ce manque »<sup>112</sup>. Autrement dit, l'enfant refuse d'accepter le manque, il le conteste. Car ce faisant, il peut jouir de la mère et réciproquement, il la fait jouir dans le sens de la possession. Il vient ici en lieu et place de ce qui manque à la mère.

A l'inverse, « reconnaître le manque dans l'Autre comme quelque chose d'impossible à combler témoigne que l'enfant accepte le manque dans le procès de son propre désir »<sup>113</sup>. L'enfant accepte le manque. Il est délogé d'une position de toute jouissance et accepte ce fait. Il peut alors « être mis au travail ». Ici, la fonction paternelle qui introduit du tiers à opéré. L'enfant comprend qu'il ne peut pas jouir de sa mère absolument. Cela vaut pour l'enfant comme pour la mère.

Nous nous demandions au départ : « qui demandait ? », « qu'est-ce qui était demandé ? ».

Nous avons constaté qu'une demande n'est jamais unique et n'est jamais univoque : les intérêts des uns et des autres ne vont pas dans la même direction.

La demande sociale tend vers une « normalisation » de l'enfant : que ses difficultés – qui font symptôme – disparaissent, notamment parce qu'elles sont source de souffrance et d'inquiétude pour ses parents.

Si l'on se place du point de vue de l'enfant, une première question est de savoir si une demande de sa part est possible. L'enfant peut-il (s') expliquer sa venue chez l'orthophoniste ? Qu'en attend-il ? Cela a-t-il du sens pour lui ? Et surtout, est-il prêt à lâcher ce qui lui permettait de tenir jusqu'alors ?

Nous avons terminé en disant que la possibilité pour lui de désirer lui permettait d'accéder au statut de sujet, de sujet désirant. Cela le rend théoriquement capable de s'approprier une demande personnelle.

Peut-être peut-on dire simplement qu'un travail en orthophonie devient possible avec un patient, enfant comme adulte, dès l'instant que celui-ci peut bel et bien exprimer une demande personnelle vraie, réelle, en son nom.

---

112 Dor, J., *op cité*, p.189.

113 Dor, J., *op cité*, p.190.

## LE SAVOIR

Nous souhaitons, dans le cadre de ce travail sur le symptôme, aborder la question du *savoir*. Nous pensons ici aux enfants rencontrant des difficultés dans les apprentissages scolaires. Car l'acquisition de ces apprentissages est en effet directement liée au savoir, aux savoirs.

L'orthophoniste est couramment sollicité, sinon pour résoudre, du moins pour travailler avec l'enfant sur ce qui lui pose problème. Différentes approches existent aujourd'hui pour essayer de remédier aux difficultés concernant l'acquisition des savoirs et des connaissances. L'une d'elles consiste à voir ces difficultés comme conséquence de troubles instrumentaux. On y répond par un entraînement au long cours sur les points difficiles, par des aménagements scolaires, ou par la mise au point de stratégies facilitantes ou compensatrices. La dimension psycho-affective n'a pas sa place ici. Cette approche est largement répandue et se défend tout-à-fait.

Nous souhaitons néanmoins aborder les troubles des apprentissages sous un angle différent, celui d'un « savoir empêché ». On considère alors qu'apprendre à lire, à écrire, etc., sont autant de savoirs qui nécessitent une disponibilité psychique afin qu'ils puissent se fixer durablement chez l'enfant ; que celui-ci s'en imprègne et en reconnaisse l'utilité pour lui-même.

De cette façon, lorsque l'enfant est indisponible, les apprentissages ne s'ancrent pas, et ce dernier ne peut se les approprier. Son savoir se trouve comme bloqué, suspendu. On entend alors souvent parler d'*échec scolaire*. On peut aussi considérer cette incapacité à entrer dans les apprentissages comme un *symptôme*. L'enfant ne peut apprendre, parfois ne veut pas savoir, car c'est pour lui le moyen de se protéger de quelque chose de menaçant, d'insupportable pour lui. Cela peut être aussi la façon de signifier ce qui lui pose problème, ce qui reste irrésolu. Les difficultés d'accéder au savoir peuvent donc bel et bien *faire symptôme, être un symptôme*.

### 1. Un savoir empêché

Commençons par nous demander *par quoi* ce savoir est empêché.

Il semble que cet empêchement ne résulte pas d'un problème isolé, mais plutôt d'un

faisceau de raisons, interdépendantes.

Notre attention se porte alors sur la *nature* du savoir. Dans leur mémoire d'orthophonie, Sylvie Bourrinet et Erwan Caër introduisent les notions de « savoir conscient » et « savoir inconscient »<sup>114</sup>. Selon eux, « à un certain niveau, il n'existe pas d'indépendance entre ces derniers. Ils sont un seul et même ensemble au sein duquel il y a des liens permanents. (...) Dans tout savoir, il y a du conscient et de l'inconscient. Quand un nouveau savoir est traité, il l'est aussi bien de manière consciente qu'inconsciente »<sup>115</sup>. En effet, Maud Mannoni écrit que le savoir inconscient est *un savoir qui ne se sait pas*. Pour autant, il est loin d'être à négligé, car le savoir inconscient *agit*. Il oriente vers certains savoirs, et c'est là qu'il nous concerne : il peut empêcher que d'autres savoirs soient intégrés. Il joue donc un rôle dans la construction du savoir de tout individu.

Ainsi, les capacités d'apprentissage de l'enfant, face consciente du savoir, peuvent se trouver empêchées par un savoir dit inconscient. Le thérapeute n'est alors pas celui qui porte le savoir de ce qui entrave l'enfant dans ses apprentissages, c'est bien l'enfant lui-même qui pourra trouver la clé, solution à ses difficultés.

*D'où* peut venir cet empêchement ?

Voici quelques propositions de réflexion concernant les enjeux qui entourent les apprentissages.

Les apprentissages correspondent à une demande parentale, celle d'apprendre. Mais à la différence des autres demandes auxquelles l'enfant s'est déjà trouvé confronté – alimentation, propreté... –, celle-ci peut être plus difficile pour l'enfant. Comme l'écrit Anny Cordié dans son livre *Les Cancres n'existent pas*, « cet impératif suppose que le sujet auquel il s'adresse soit lui-même en position *active*, qu'il puisse poser un acte autonome ». Elle ajoute plus loin : « apprendre n'est pas écouter, mais *élaborer* le savoir qui vous est proposé, la passivité n'est plus de mise. Apprendre implique un désir, un projet, une perspective, ça n'est pas seulement comprendre »<sup>116</sup>. Il s'agit là pour l'enfant de trouver, d'accepter une position, celle d'élève, position qui n'est pas simple à occuper pour certains.

---

114 Bourrinet, S., Caër, E., *Les fondements clinique orthophonique : quelles positions pour quel soin ?* Mémoire d'orthophonie soutenu à l'école de Nantes, 2010/2011, p.53.

115 Bourrinet, S., Caër, E., op. cité, p.53.

116 Cordié, A., *Les Cancres n'existent pas*, Éditions du Seuil, 1993, p. 33.

Apprendre implique de pouvoir aller à l'école, d'être seul – sans la mère ni le cocon familial – au sein d'un groupe : c'est la confrontation à la loi sociale. A. Cordié parle, à propos de cette séparation, d'un « travail de deuil, d'un douloureux travail psychique de réaménagement des positions subjectives. Au lieu d'être l'objet qui satisfait l'Autre, l'enfant doit devenir un sujet à part entière (...) »<sup>117</sup>. C'est un travail d'individualisation, de castration, d'autant plus difficile pour l'enfant si la situation l'est aussi pour la mère. Il existe dans un tel cas une dépendance totale entre la mère et l'enfant. Or, comme l'écrivent S. Bourrinet et E. Caër, « pour que l'enfant apprenne, il doit pouvoir être suffisamment sécure dans son individualité, mais (...) cette sécurité ne dépend pas que de lui »<sup>118</sup>.

Une autre difficulté à surmonter pour entrer dans les apprentissages, et donc accéder au savoir, est d'accepter que les apprentissages ne procurent plus les mêmes satisfactions que les jeux propres à la petite enfance. Les apprentissages scolaires impliquent de supporter une certaine frustration, car ici, la satisfaction n'est plus immédiate, comme elle a pu l'être avant. L'acceptation de la frustration permettra à l'enfant de différer la satisfaction, et de pouvoir se projeter dans l'avenir. Il arrive, chez un jeune, que les processus d'apprentissage qui semblaient bien « enclenchés », se bloquent. Cela alors même que son désir d'apprendre semblait libre. On observe néanmoins comme un arrêt du mécanisme des apprentissages, une inhibition de ceux-ci. A. Cordié précise que l'inhibition n'est pas systématiquement synonyme de *symptôme*, mais qu'elle le devient quand l'enfant reconnaît que les troubles qu'il présente sont les siens propres.

Dans le cas qui nous occupe ici, il arrive qu'un enfant s'interdise l'accès à la connaissance au moment où il rencontre « un point de danger, un élément qu'il se doit d'ignorer. L'inhibition va se fixer sur ce point et contaminer tout le système ». En conséquence, « par envahissement progressif, le mécanisme inhibiteur entraîne l'arrêt de tout investissement intellectuel et, de ce fait, la débilité »<sup>119</sup>. Il semble que ce soit donc quelque chose du savoir lui-même qui peut rendre un enfant indisponible aux apprentissages.

Les inhibitions qui paralysent un sujet et parfois arrêtent la pensée, peuvent avoir des causes très diverses. Des secrets de familles, un questionnement sur les origines,

---

117 Cordié, A., op. cité, p. 34.

118 Bourrinet, S., Caër, E., op. cité, p. 54.

119 Cordié, A., op. cité, p. 217.

l'arrivée d'un autre enfant dans la famille, etc., peuvent inhiber toute curiosité intellectuelle.

L'enfant peut également s'identifier à l'un de ses parents, et s'approprier ses symptômes.

Ou encore, dans un tout autre ordre, une inhibition peut apparaître, beaucoup plus tardivement, « quand le savoir devient synonyme de réussite, et que la réussite signifie devenir adulte et réveille la rivalité œdipienne (...). Le surmoi interdit au garçon de dépasser le père, et certaines jeunes filles, brillantes jusque-là, ne peuvent plus assumer leurs réalisations phalliques, du fait d'une trop grande rivalité avec le père ou la mère, ou d'une trop grande satisfaction donnée au père, satisfaction qui prend le sens d'une réalisation incestueuse »<sup>120</sup>.

Ces exemples illustrent l'annulation possible du désir de connaissance. Ils nous montrent à quel point le savoir est source d'enjeux très forts entre parents et enfant.

## 2. La construction du savoir du thérapeute

Nous venons de voir pourquoi et comment l'enfant peut avoir du mal à acquérir ou à conserver ce qui lui est appris à l'école. Nous allons nous interroger maintenant sur ce qu'il en est du savoir du thérapeute, en l'occurrence de l'orthophoniste. De quelle nature est ce savoir ? Qu'en fait-il, une fois qu'il en est le détenteur ? Comment l'orthophoniste, progressivement, connaît son patient et peut l'aider à accéder au sien, *retranché* ?

Le savoir qu'un thérapeute, et donc qu'un orthophoniste, acquiert à propos d'un enfant se constitue au fil des rencontres. Il a auparavant étudié « dans les livres » et possède des connaissances dans sa discipline. Mais le savoir dont nous parlons ici est « de l'ordre d'un savoir particulier, non généralisable »<sup>121</sup> : il s'agit d'essayer de comprendre les raisons de la souffrance d'un patient. L'orthophoniste se doit donc de rester humble : au début de la rencontre, lui et le patient ne se connaissent pas. Il ne peut donc rien savoir de celui-ci.

Les connaissances que l'orthophoniste va progressivement acquérir sur le patient, il

---

120 Cordié, A., op. cité, p. 218.

121 Bourrinet, S., Caër, E., op. cité, p. 56.

peut les obtenir de deux façons : à partir d'un discours *sur* le sujet, notamment via les parents de celui-ci ; et à partir du discours *du* sujet. Dans l'approche qui est la nôtre ici, nous pensons qu'il est capital de laisser s'exprimer le patient. Nous sommes là pour parler avec lui, pas pour l'observer, sans quoi il risque de se considérer réellement comme le résultat de notre observation. C'est ce que dit en substance Yves de La Monneraye dans son livre *La Parole rééducatrice* : « Observer quelqu'un, c'est l'objectiver et le nier comme être parlant. S'adresser à lui en lui parlant, qu'il soit en état de nous répondre ou non, c'est faire de lui un être parlant »<sup>122</sup>.

Par ailleurs, il convient de rester prudent quant à la quête d'informations que l'on cherche à recueillir sur l'enfant. S'il est si important de solliciter l'enfant, c'est parce qu'il est nécessaire que la parole vienne de lui pour qu'un changement arrive. En effet, « un savoir anamnétique sur le patient n'a pas d'effet thérapeutique sur ce dernier »<sup>123</sup>.

Que peut faire le thérapeute du savoir qu'il a de son patient ?

Ce savoir est à manipuler avec une extrême prudence.

Une fois un savoir acquis sur son patient, un risque que peut rencontrer le thérapeute est le désir, l'envie de révéler au patient ce que lui, professionnel, a compris de ses difficultés. Il doit apprendre à garder pour lui ce qu'il sait désormais de son patient. Ce genre de révélations pourraient s'avérer très intrusives pour le patient, et être à l'origine de réticences et résistances de celui-ci. Donald Winnicott a lui-même expérimenté ce *trop de révélations*, et tire la conclusion suivante : le thérapeute doit « se retenir de proclamer ce qu'il sait »<sup>124</sup>. Il prend sinon le risque, assez terrible pour le patient, d'empêcher des changements de se faire.

Une interprétation livrée au patient n'est donc pas de mise.

L'acquisition pour le thérapeute d'un savoir concernant le patient a pour but ultime d'aider le patient à faire ou à refaire du sens, pour le sortir de sa situation d'échec. En effet, « le sens a été perdu ou caché, sans que [l'enfant] sache où ni comment, et c'est pour cela qu'il est en difficulté »<sup>125</sup>.

---

122 de La Monneraye, op. cité, p.146.

123 Bourrinet, S., Caër, E., op. cité, p.56.

124 de La Monneraye, Y., extrait de *Jeu et réalité* de D.W. Winnicott, op. cité, p. 211.

125 de La Monneraye, Y., op. cité, p.198.

### 3. Qu'en est-il du savoir que nous suppose le patient ?

Le thérapeute, et donc l'orthophoniste, ne sait pas tout ; il n'est pas « un superman au Moi fort »<sup>126</sup>. Il est important que le patient perçoivent la non-toute-puissance du thérapeute face au savoir, ainsi que la possibilité de remettre en cause tout savoir.

Le thérapeute, comme le patient, n'a pas fini d'apprendre et de s'interroger. Comme l'écrivent S. Bourrinet et E. Caër, « dans notre désir de « faisant-soin », ne cherche-t-on pas à ce que l'enfant prenne lui aussi le chemin que nous faisons nous-mêmes ? »<sup>127</sup>

Le savoir du thérapeute semble pouvoir être remis en cause autant qu'il le faudra, pour laisser à l'enfant la place de construire ses propres savoirs.

Si l'on reprend une idée de J. Lacan, l'analyste – et sans doute aussi l'orthophoniste – est mis dans la position de celui qui est supposé savoir. Autrement dit, on le suppose détenir un savoir sur le patient. Le patient va développer un amour pour ce savoir : l'amour de transfert. Son amour pour le savoir, le patient va le déplacer sur la personne du thérapeute. Dans cet amour, le patient « vise l'objet qui comblerait son manque. (...) Le sujet manquant vient chercher en l'Autre la réponse à la question de son désir, de son existence qu'il va supposer en l'Autre »<sup>128</sup>.

Ce savoir correspond finalement à ce que Lacan a nommé *objet a* : objet que personne ne possède, il cause et fait surgir le propre désir du sujet.

Dans une analyse, le patient pense que son thérapeute va lui apprendre ce qu'il sait de lui – le patient. Mais l'analyste, lui-même être manquant, n'aura qu'à lui offrir son propre manque. C'est donc cette réponse particulière – une non-réponse ? – qui poussera le patient à s'interroger sur son désir et son manque à lui.

De même, dans la relation patient/orthophoniste, le patient découvrira que l'orthophoniste possède ses connaissances « théoriques » sur le langage, sur le monde, mais qu'il n'en a pas sur lui, patient.

### 4. Savoir et perspectives thérapeutiques

---

126 de La Monneraye, Y., op. cité, p. 62.

127 Bourrinet, S., Caër, E., op. cité, p. 58.

128 Bourrinet, S., Caër, E., op. cité, p. 58.

L'objectif de l'orthophoniste est d'amener le savoir du côté de l'enfant. Pour ce faire, l'orthophoniste amène le patient à réfléchir sur lui-même, ses souffrances, ses difficultés face aux apprentissages.

L'orthophoniste, ici comme l'analyste, est dans une position d'écoute, et à certains moments, peut faire des suggestions de liens. Mais il est important que sa parole ne viennent pas en lieu et place du trou occupé jusqu'alors par le symptôme. « Si le thérapeute reste dans une perspective d'apporter des solutions à son patient, il ne fait que reboucher le trou et le manque lié à la question du sexuel, de la mort, etc. C'est ainsi que les inhibitions pourront être levées, non en bouchant le trou, mais en le faisant apparaître. C'est le manque qui produit le questionnement, qui crée le désir de savoir. Le thérapeute ne pourra donc susciter le désir, mais faire apparaître une place pour qu'il émerge, pour la libération d'une curiosité fondamentale, qui était refoulée »<sup>129</sup>.

Le travail de l'orthophoniste est aussi d'amener le patient à être à l'écoute de ses propres dires, et de l'interpeller sur la non-univocité de ceux-ci : ses paroles peuvent avoir différents sens, et le patient seul pourra finalement choisir parmi eux.

L'orthophoniste apprend au patient qu'il peut interpréter ce qu'il dit, et lui donner de lui-même un autre sens. Cela est tout-à-fait différent d'une interprétation que soumettrait le professionnel à son patient. Et de par cette possibilité de donner du sens, le soin devient possible. Le patient découvre alors cette part du savoir qui lui échappe, mais qui pourtant lui appartient.

Ainsi, l'orthophoniste accompagne le patient dans le rétablissement de son savoir. Le travail en séance pourra s'exporter hors de ce cadre, et avoir des effets dans la vie quotidienne du patient.

---

129 Bourrinet, S., Caër, E., op. cité, p.60.

## PARTIE PRATIQUE

### 1. Sujet

Nous nous intéressons dans le cadre de ce mémoire à la manière dont un orthophoniste peut appréhender le / les symptôme(s) d'un patient, en fonction du champ de compétences qui lui est imparti, l'orthophonie.

### 2. Problématique

Comment l'orthophoniste peut prendre en compte à la fois le sujet qui se présente à lui, et le symptôme de celui-ci, symptôme qui provoque sa venue chez l'orthophoniste, souvent à la demande d'un tiers ? Comment l'orthophoniste peut aider le patient à aller mieux en diminuant les effets néfastes de son symptôme, sans pour autant attaquer celui-ci de front ? Comment reconnaître, derrière la façade qu'est le symptôme, la vraie difficulté du patient ? Où se situent les limites du champ d'action de l'orthophoniste dans l'appréhension de ce symptôme ?

### 3. Hypothèses

Le symptôme est ce qu'un sujet donne à voir de ce qui lui pose problème. Il vient cristalliser une peur, une angoisse, mais il n'est pas le problème lui-même.

Un travail orthophonique qui consisterait à travailler sur le symptôme pour le faire disparaître semble voué à l'échec. Il ne s'agit pas de gommer le symptôme, mais d'essayer de trouver le cœur du problème du sujet, avec le sujet. Supprimer le symptôme et supprimer la difficulté sont deux choses différentes ! En s'acharnant à ne faire disparaître que le symptôme, la difficulté reste. Et n'ayant plus ce premier symptôme dans lequel s'incarner, elle en crée un nouveau.

Le travail de l'orthophoniste peut en revanche aboutir à une diminution des manifestations d'un symptôme parfois gênant, et améliorer la qualité de vie d'un patient.

### 4. Méthodologie

## 1. Population de l'étude

Pour travailler sur un thème tel que le symptôme, il nous est apparu assez clairement, dès le début, qu'il faudrait exposer des situations concrètes.

C'est pourquoi nous avons opté pour la présentation de cas cliniques. Cette forme nous permet de décrire et d'analyser l'évolution de patients, en l'occurrence d'enfants, avec assez de précision. Elle illustre et nourrit notre réflexion, au départ plus théorique.

Notre étude porte sur deux garçons scolarisés en CE1. Le premier, Jules, est âgé de 7 ans et demi au début de notre travail. Il est suivi par un orthophoniste en libéral. Le second, Camille, a juste 8 ans quand nous nous rencontrons la première fois. Ses séances d'orthophonie ont lieu dans le cadre d'un CMPP.

Il s'agit dans les deux cas d'une étude longitudinale : notre analyse porte sur une période qui commence lors des premières rencontres, début octobre, et va jusqu'au début avril de l'année suivante, date à laquelle nous rédigeons ce travail.

Les garçons rencontrent leur orthophoniste toutes les semaines, pour des séances de trente minutes. Par souci de confidentialité, nous avons modifié leurs prénoms.

## 2. Approche clinique

Nous avons choisi ici d'adopter un point de vue clinique, c'est-à-dire fondé sur l'observation des patients et des situations qu'ils vivent. C'est là le principe de la rédaction d'un cas clinique.

Notre démarche est donc qualitative. Nous tâchons de décrire et d'analyser aussi finement que possible ce que nous donnent à observer les deux enfants dont nous parlons.

Bien que notre travail essaie d'être « objectivement » juste, ce que nous relatons de leur histoire, les analyses que nous en faisons, tout cela est sans doute empreint de subjectivité. Un tri inconscient a sûrement opéré quant aux informations que nous prenons en compte. Nous avons cependant élaboré ce travail en nous aidant de la théorie qui existe à ce sujet, et en échangeant régulièrement avec les professionnels qui rencontrent ces enfants.

Ce que nous en concluons n'engage peut-être que nous-même. Mais cela nous

donne les bases sur les lesquelles fonder notre travail dans le cas où nous devrions par exemple suivre ces enfants dans leur travail orthophonique.

## 1. Présentation de Jules

Jules est un garçon de 7 ans, scolarisé en CE1.

Il a deux sœurs. Une, plus âgée que lui, a 17 ans. Elle prépare un CAP petite enfance. La seconde est plus petite. Elle a 4 ans, et est en moyenne section de maternelle.

Les parents de Jules se sont séparés à l'automne 2010, et les trois enfants vivent avec leur mère, dans une maison. Ils ont déménagé en octobre dernier. Le déménagement a occasionné un changement d'école pour les deux plus jeunes.

D'emblée, Jules s'est dit content de sa nouvelle école et de son nouveau maître. Alors que nous le rencontrons pour la première fois début octobre, 2 ou 3 jours après son arrivée dans sa nouvelle école, il dit s'être déjà fait des copains.

## 2. Jules et l'orthophonie

Jules travaille avec l'orthophoniste depuis plusieurs années : la prise en charge a commencé en octobre 2009.

Il venait à l'origine pour un retard de parole et de langage. Aujourd'hui, il a bien progressé en langage oral. Mais persiste toujours un trouble d'articulation. Celui-ci est aléatoire. Parfois, Jules se met à remplacer les [r] par des [l] dans des syllabes complexes de types : /tr/, /kr/, /str/, /skr/, /spr/.

A l'heure actuelle, il est difficile de dire dans quel contexte survient la déformation, s'il y en a un. Est-ce lié à une situation, une émotion particulières ? Un sujet précis ? Ce qui sûr, c'est que le trouble n'est pas permanent.

Depuis que Jules est entré au CP, l'axe de travail a un peu changé : le langage écrit est devenu une priorité. Notre constat, orthophoniste et stagiaire, est qu'à la fin du deuxième trimestre de CE1, Jules ne nous a pas montré qu'il pouvait utiliser pour lui le langage écrit, lecture comme écriture.

En effet, un bilan de renouvellement vient tout juste d'avoir lieu. Jules a accepté de lire un peu – avec la garantie qu'après on jouerait – et a catégoriquement refusé

d'écrire. Sur une feuille blanche, l'orthophoniste parvient finalement à lui faire écrire MAMAN et son prénom à lui, aussi en capitales. Mais aucune épreuve d'écriture dans les tests n'a pu être faite.

A l'époque de ce bilan, il refuse toute confrontation à l'écrit pendant les séances.

Cela contraste fortement avec le discours de la mère de Jules, rencontrée tout récemment. Elle nous dit alors que Jules a beaucoup progressé ces derniers temps à l'école. Son maître est content de lui, et avec encore de l'aide, et des efforts de sa part, Jules « pourra bientôt être un bon élève ». Cette nouvelle nous surprend, mais nous rassure un peu cependant. Nous sommes étonnées d'un si grand écart entre ce que nous voyons en séance et ce que nous dit la maman. Car en s'en tenant aux séances, nous commençons à être embarrassées par ce que Jules nous donnait à voir de lui.

Notre idée sur Jules est qu'il ne parvient pas à investir les apprentissages, car il est « encombré » par un certain nombre de problèmes dans sa vie d'enfant, et dans sa vie familiale. À un travail ou même une réflexion sur l'écrit en séance – lecture comme écriture – il préfère jouer. À des jeux que l'on pourrait qualifier de « petits » pour son âge, ou alors à des jeux qu'il invente, et qui font fi des règles et des autres joueurs.

### **3. Une problématique autour du corps**

Jules est un garçon vif, souriant et aimable. Il discute volontiers de sa vie et de ses activités – quand nous le voyons, le mercredi après-midi, il arrive du foot. Il est même assez bavard.

Nous relevons, parallèlement à cela, que son discours comme ses jeux portent souvent sur le corps, la santé, la maladie. Jules lui-même rencontre des soucis avec son corps. Il semble donc que quelque chose se joue autour du corps chez Jules, et dans sa famille.

#### Incontinence

Jules arrive souvent sale en séance, qu'il arrive ou non du foot. Plus gênant encore,

il lui arrive de sentir franchement mauvais. Il a longtemps souffert d'oncoprésie. Sa mère nous redit au dernier entretien que les choses se sont arrangées, que ce n'est arrivé que « 2 ou 3 fois depuis le début de l'année ». Mais il semble quand-même, comme nous avons pu le constater au cours de plusieurs séances, récemment, que le problème n'est pas réglé.

En CP, il se plaint pour la première fois à l'orthophoniste que des gens de sa classe se moquent de lui à cause de ça. Il avoue aussi, alors qu'il est en période d'évaluation à l'école, qu'il pense qu'il ne doit pas aller aux toilettes pendant la classe. D'ailleurs, jusqu'à une date assez récente – fin de CP – il n'ose pas demander la permission à sa maîtresse pour aller aux toilettes.

Il nous paraît intéressant de rapprocher l'incontinence actuelle de Jules de l'âge très précoce auquel il aurait été propre : 14 mois, dit sa mère lors du premier entretien en 2009.

### Plainte somatique

Jules est très souvent dans la plainte somatique. Quand il arrive en séance, il parle beaucoup de douleurs qu'il a eues, d'une fatigue récurrente.

Lors de la séance 5, il se plaint particulièrement d'être fatigué parce qu'il doit faire beaucoup de choses chez lui. Il nous rapporte : « Jules, viens mettre la table ; Jules, débarrasse la table ; Jules, fais-ci ; Jules, fais ça... ». Il n'est pas simple de savoir quoi faire de cette plainte. Jules découvre-t-il qu'en grandissant, son entourage attend de lui qu'il participe davantage à la vie en communauté, et voit-il cela comme un gros inconvénient ? Ou se trouve-t-il réellement dans une situation où on lui en demande beaucoup (trop?) pour un garçon de 7ans ?

Il se plaint aussi régulièrement de sa petite sœur, qui vient l'embêter. D'ailleurs, les fois où il est fait mention de cette petite sœur, c'est pour dire qu'elle perturbe Jules : elle l'empêche de passer un moment au calme, seul, ou bien dérange sur le temps des devoirs. Les devoirs à la maison sont d'ailleurs très compliqués, nous explique la mère, à cause de la petite sœur de Jules.

Tout cela, nous dit-il au cours de l'hiver, fait qu'il n'a pas le temps de lire ses livres.

### Une famille « malade »

La mère de Jules est souvent malade, et se retrouve facilement couchée, clouée au lit. C'est une dame « douloureuse », qui semble avoir une santé fragile, et à qui il arrive sans cesse des bricoles. Elle-même rapporte souvent être très fatiguée, et avoir beaucoup à faire, avec ses enfants. Quelle place occupe Jules dans ce cas ? Quel rôle lui confie-t-on alors dans la maison ?

Par ailleurs, il vient d'être diagnostiquée une maladie grave au père de Jules, un cancer du poumon. Lorsque nous l'avons rencontrée, la mère de Jules nous explique que désormais la vie de ce monsieur ne sera plus qu'une alternance entre l'hôpital et son domicile. Elle précise également que désormais, Monsieur ne prend plus les enfants chez lui le week-end. Ils ne se rencontrent que pour de brefs moments, le samedi après-midi par exemple.

### La question de la filiation chez Jules

Cette question du corps chez Jules se trouve renforcée par une filiation particulière, du côté de son père : pour des raisons de fertilité, la mère n'a pas eu ses enfants avec son mari, à l'époque, mais celui-ci les a reconnus à leur naissance. C'était une sorte d'accord entre les deux parents, que madame ait ses propres enfants malgré la stérilité paternelle. Nous ne savons pas quelle connaissance les enfants ont de cette situation. Mais dans tous les cas, cela renforce la question suivante : quelle place, donc, peut-on accorder au corps dans une famille où le père des enfants n'est pas leur père biologique ? La question du corps se pose donc à un autre niveau que celui de la filiation. Ce sujet n'est pas évoqué par les parents au moment où commence le travail avec Jules. Il ne l'est que très récemment, lors du début de prise en charge pour la petite sœur, par la collègue de l'orthophoniste.

### Jules et son drôle de discours sur la santé

Certaines réflexions de Jules autour de la santé, de son corps, nous ont interpellé. Ce qui nous étonne tient autant de la fréquence de ces remarques – au moins une à chaque séance –, que du fait qu'elle résonnent étrangement dans la bouche d'un enfant de cet âge.

Pendant l'hiver, Jules est très souvent arrivé en séance en tenue « de ville », et non de sport. Il nous explique qu'il n'a pas été au foot : « Ben non, il fait trop froid ! »

Une fois, il parle de rugby. Nous lui demandons s'il aimerait en faire. « J'peux pas, je suis trop fragile. »

Un autre jour (séance 10), au début de la séance, l'orthophoniste demande à Jules : « ça va ? »

J- Je pète la forme !

Et presque sans transition : « souvent, j'ai mal au ventre, j'ai des maux de douleurs. »

Ces anecdotes nous font nous interroger sur la valeur qu'accorde Jules à la santé. Et aussi sur ce qui relève de son propre discours d'une part, et de ce qu'il entend et répète d'autre part. Il nous vient en effet à l'esprit qu'il n'est pas courant de voir un garçon de 7 ans se préoccuper de la température qu'il fait quand il s'agit d'aller jouer au foot (d'autant que l'hiver n'a pas été rude), pas plus que de se décrire comme « fragile ». Nous nous permettons donc l'hypothèse que peut-être, Jules entend (ou s'entend dire) des choses qu'il comprend plus ou moins, et reprend généralement à bon escient, mais cela heurte quand-même un peu : nous le répétons, ces propos sont inhabituels pour son âge.

Pour lui, qu'est-ce que peut bien signifier être malade ? Être en bonne santé ? Peut-on se déclarer malade parce que c'est commode ?

Cette dernière interrogation nous vient suite à une conversation entre l'orthophoniste et Jules, à propos du bilan, qu'il va bientôt falloir commencer. L'orthophoniste l'informe en effet que la semaine suivante, on commencerait quelques épreuves de tests. Pas forcément très longtemps, pour qu'il reste du temps pour faire autre chose pendant la séance. Jules fait la moue, mais dit : « mmh, je pense que je voudrais bien en faire un peu. ». A la fin de la séance, l'orthophoniste lui rappelle le programme de la semaine à venir. Alors, Jules précise : « Si je viens ! »

O- Pourquoi tu ne viendrais pas ?

J- Ben, si je suis malade ?

La maladie semble être chose courante pour cet enfant, et de ce fait, rien ne peut jamais être sûr, car plane toujours le risque « d'être malade ». Nous notons d'ailleurs qu'il semble difficile pour Jules et sa famille de s'astreindre à un rythme régulier aux séances : sur les 21 séances où nous aurions pu nous rencontrer – en excluant toutes les vacances scolaires – Jules a manqué 8 fois.

Cette façon d'évoquer et d'envisager la maladie au conditionnel est retrouvée dans le dossier de Jules. Sa mère elle-même use de cette raison pour prévenir que Jules ne

viendra « peut-être » pas la semaine suivante, « peut-être pas ». Il s'agit d'une séance précédant les vacances d'avril. L'orthophoniste demande à Jules s'il veut venir pendant les vacances, mais c'est sa mère qui répond : « Il viendra... S'il n'est pas malade ». Elle ajoute ensuite : « Des fois, c'est moi qui ne suis pas bien ». La mère souhaite visiblement profiter des vacances scolaires pour faire une pause, et fait porter cela à Jules. Lui, n'arrive pas à se prononcer ce jour.

#### **4. Jules et le jeu dans les séances d'orthophonie**

##### Des jeux pour tout-petits

A 7 ans, Jules prend encore beaucoup de plaisir, visiblement, à manipuler.

Lors de notre première rencontre, il choisit de commencer la séance en jouant avec Monsieur Patate. Il essaie plein de combinaisons possibles : yeux avec lunettes / sans lunette ; moustache / pas de moustache ; chapeau / cheveux... Il s'en amuse, fait des commentaires amusés sur les têtes de Monsieur Patate ainsi obtenues.

Une autre fois, il décide de jouer au docteur. Il est le docteur. Le malade est un poupon – c'est d'ailleurs un patient bébé –, l'orthophoniste est la mère de l'enfant et la stagiaire, la standardiste du docteur.

Le jeu va vite. Jules bouge beaucoup, il fait beaucoup de choses. Il prend plaisir à imiter les différentes séquences, les différents temps d'une consultation chez le médecin. Il passe beaucoup d'appels téléphoniques, à la mère de l'enfant malade, à sa standardiste, à l'hôpital... Il manipule les instruments d'auscultation. Et surtout, il semble se régaler à utiliser certains mots, qu'il répète de nombreuses fois : il parle sans cesse du « matos » qu'il doit emporter pour la visite à domicile, dit « ciao » lorsqu'il raccroche son téléphone.

Il lance aussi une phrase qui nous paraît obscure dans un premier temps. Alors que le bébé malade doit partir à l'hôpital se faire opérer :

J- Il faudra éviter de lui donner du poulet.

Jules ne dit rien d'autre et continue ses actions. Nous ne lui demandons pas ce qu'il veut dire. Et la réponse ne tarde pas à venir :

J- Parce qu'il peut y avoir des os. Il a peut-être un os coincé dans la gorge !

Ce jeu semble permettre à Jules de manipuler, encore et encore. D'ailleurs, il n'hésite pas à en faire « des tonnes » : le bébé subit de nombreuses piqûres, autant d'auscultations, il doit finalement se faire opérer...

Nous pensons dans un premier temps qu'à travers ce jeu, observé une fois avec Jules, il peut rejouer des scènes de sa vie personnelle : un médecin qui vient à la maison, le fait peut-être de partir aux urgences... Après tout, cela n'est pas sans rappeler le thème habituel de Jules. Cette histoire lui donne peut-être l'occasion de reprendre à son compte la découverte, marquante pour lui, que les os de poulet peuvent être dangereux, se coincer dans la gorge...

Il lui arrive à d'autres occasions de vouloir jouer à *Ohé, Matelot !* ou à des lotos pour petits. *Ohé, Matelot !* peut se jouer dès 2 ans. C'est un jeu coopératif où il s'agit de construire progressivement un voilier, à l'aide d'un dé, en suivant un court circuit. Comme ces jeux sont rapides, on enchaîne souvent 3 ou 4 parties de suite. Jules ne s'en lasse pas. C'est plutôt l'adulte qui lui propose de faire autre chose, si jamais il reste du temps.

Il semble que Jules ait besoin de passer du temps sur ce genre d'activités, qu'il ait besoin de s'entraîner à manier les objets, de répéter ces gestes et ces courts rituels de jeux, de les épuiser.

Ces jeux simples mais qui monopolisent les concepts de bases des jeux de règles semblent lui être bénéfiques. Jules a encore du mal à se conformer aux règles, comme nous allons le voir par la suite. Et même dans ces jeux simples et courts, il ne lui est pas toujours facile de jouer avec les autres.

Lors de la séance 5, Jules prend *Ohé, Matelot !*, mais apparemment, y jouer ne l'intéresse pas tant que ça. Son plaisir, ce jour là, est de construire le bateau, le démonter, et recommencer. Il continue alors même que l'orthophoniste lui dit que la séance est terminée et qu'il faut ranger.

### Utilisation de jeux de règles plus élaborés

Jules a encore du mal, nous le voyons, à se plier aux règles d'un jeu, même simple pour son âge.

Il lui sera donc plus difficile encore de jouer à un jeu dont les règles sont plus

élaborées.

Au fil des séances, nous notons que systématiquement, lorsque Jules jouera avec un jeu « de son âge » - jeux de cartes, de plateaux – il ne pourra pas aller au bout du jeu en maintenant et en respectant les règles.

L'évolution du jeu est sensiblement la même à chaque fois. On commence un jeu ; les règles sont expliquées et tacitement acceptées par tous les joueurs. Très rapidement, en général vers le deuxième ou troisième tour de jeu, Jules ne tient plus face à la consigne. Il a besoin, dirait-on, de sortir du cadre du jeu. Il propose systématiquement une variante. Puis une autre. Et il revient sur la première pour déjà la modifier... Finalement, il organise le jeu de manière à sortir avantageusement de la partie. Le fait-il pour gagner ou plutôt pour éviter de perdre, ce qui peut lui sembler insupportable ? Ou est-ce encore pour une autre raison – être maître du jeu, des autres joueurs ? Difficile à dire.

Ce qui semble problématique dans ces situations est qu'à travers ces changements de règles, le jeu qu'il propose devient incohérent.

Par exemple, nous jouons un jour à un jeu dont le but est de *se souvenir* de petites figurines cachées dans des godets<sup>130</sup>. Il est donc important de montrer au départ quelle figurine se trouve dans quel godet, puisqu'il faut s'en rappeler par la suite. Jules, lui, veut cacher la figurine sans l'avoir montrée aux autres joueurs. Peut-être parce que si le joueur peut dire quelle est la figurine dans le godet désigné, il gagne la figurine. Le fait d'essayer ensuite de retrouver quelle figurine est cachée dans quel godet n'a donc plus aucun sens puisque c'est impossible.

Ce genre d'incohérence ne heurte pas Jules. Le fait de lui rappeler le but, donc la nécessité de voir au départ la figurine n'y change rien. Jules continue dans « son » jeu.

Nous notons par ailleurs que lors de ces modifications de jeu, Jules s'énerve, s'excite. Au début, il continue le jeu en essayant de nous faire accepter ses nouvelles règles. Mais rapidement, il part... Il continue seul dans l'histoire qu'il se crée, prenant par exemple les pions pour des personnages qui finissent par se battre entre eux.

Lors de la séance 4, notamment, l'orthophoniste propose un jeu de plateau. Les pions font un parcours, et avancent au moyen de deux dés. Les pions figurent un

---

130 Voir dans les annexes, la séance 1.

train, et le parcours doit les mener à une gare.

Dès le début, Jules veut modifier le jeu : de deux dés, on passe à un. Et puis non, à cinq... Puis Jules décide que tout le monde change de pion. Il choisit le sien parmi plein de petits animaux. L'orthophoniste, puis la stagiaire font de même. Jules veut alors tour à tour celui de l'orthophoniste, puis de la stagiaire. La suite des modifications du jeu consiste alors à trouver des règles justifiant que Jules obtienne nos différents pions. Dès lors, la situation dégénère. Jules fait faire la course aux pions ; il les fait se taper. Le pion-panthère noire mord les fesses du pion-gorille... Jules est hilare. L'orthophoniste propose que le jeu cesse. De toute façon, c'est presque l'heure.

Ces deux situations montrent comment Jules s'énerve, et aussi que le jeu est impossible.

Dans ces situations, il est très souvent question de « manger » ou d'« être mangé ». Jules met en scène un personnage, parmi les éléments du jeu, qu'il doit juger être « très fort », et qui peut manger tous les autres. Il a d'ailleurs tout pouvoir sur les autres, considérés comme « mineurs ».

Dans la scène de la séance 4, Jules s'est d'abord choisi un animal quelconque. L'orthophoniste a choisi le gorille, sans doute plus fort que celui que Jules a pris. Il veut donc le gorille. La stagiaire prend une panthère noire. Jules, qui a obtenu le gorille, demande maintenant la panthère noire.

Jules semble avoir en tête comme une « loi du plus fort », un plus fort qui peut donc tout.

Dans un jeu où une piranha mange des poissons, Jules détourne le jeu. La piranha devient un personnage qui dévore les poissons, mais sans aucune condition, sans aucun répit pour ces derniers. Ils ne peuvent bénéficier d'aucune aide. Même cachés, à l'abri, la piranha peut les trouver et les dévorer. Elle est comme toute-puissante.

Est-ce que Jules s'identifie à ces animaux tout-puissants, dévorateurs, au-dessus de toute règle ? Il semble que Jules ne peut supporter aucune frustration : les règles le contraignent, elles l'empêchent de mener à bien ses envies, ses projets (contrôler, « dévorer » l'autre?). Ce n'est pas supportable pour lui, alors il les change pour que la situation lui convienne. Les pulsions semblent encore mener Jules, de même que son incapacité à supporter la frustration, peut-être est-ce donc ce qui l'empêche de

se soumettre à des règles.

### Le jeu du docteur

Nous constatons, après consultation de son dossier, que pendant plus de 2 ans, Jules a épuisé ce jeu du docteur, y jouant très souvent, parfois plusieurs séances de suite, avec des scénarios toujours à peu près identiques. Il est toujours le docteur. Les malades varient. Au début, le patient est souvent le poupon.

Par la suite, il met souvent dans le rôle du malade son père. Il se fait souvent opérer parce qu'il a mal au ventre. Une fois, le médecin lui retire même deux clous de l'estomac, après quoi, le père « se jette sur tout ce qui se mange ».

Suite au décès de sa grand-mère, Jules ajoutera à son histoire que le père meurt. Ce décès arrive quand Jules va avoir 6 ans. Il arrive un jour en séance en annonçant que sa mamie est « décédée », sans comprendre que ce mot signifie « être mort ». Il n'empêche, le jour même, il fait « mourir » son père dans son jeu du docteur. Les scénarios varieront un peu : il meurt car ne peut être sauvé par le médecin, ou parce qu'il s'est fait tuer, en se faisant prendre son argent.

Jules ne parvient pas en revanche à faire mourir sa mère. Il essaie, une fois, mais cela doit lui paraître insupportable : « Maman est morte.... Non, j'rigolais ».

Jules semble aussi profiter de ce jeu pour « lâcher » des bouts de sa vie. Ces éléments sont parfois sombres. Une fois, les personnages sont dans l'impossibilité d'acheter à manger ce qui pourrait faire guérir. « Le riz, c'est trop cher. Le jambon aussi ».

Jules investit le jeu du docteur pour dire ce qu'il a en tête, son quotidien – la maladie –, ses peurs – la mort, la maladie ? –, son attachement à sa mère ?

## **5. Un comportement contrasté**

Nous notons cependant un contraste entre le comportement de Jules que nous venons de décrire, comportement finalement assez immature, enfantin dans le jeu, et

un autre, beaucoup plus mûr et responsable par moments.

Il s'agit de scènes observées entre Jules et son père. Jules nous surprend à avoir une attitude se rapprochant de la bienveillance envers son père.

Un jour notamment (séance 4) , Jules indique à son père le chemin pour aller aux toilettes. (Il faut pour s'y rendre traverser le bureau de l'orthophoniste, qui est en l'occurrence en séance avec un autre enfant à ce moment là). Jules guide son père en le tenant par la main. Le père remercie son fils qui répond alors gentiment : « de rien, Papa ».

Cette scène est curieuse, presque dérangeante, peut-être parce que les rôles semblent s'être inversés : le fils guide le père, qui nous apparaît en difficulté. Ce jour là, il avoue d'ailleurs à demi ne pas pouvoir aider beaucoup son fils pour ses devoirs. Jules doit écrire une phrase pour l'école, le lendemain. Son père demande alors indirectement à l'orthophoniste si elle accepte de le faire avec Jules pendant la séance. Mais Jules refuse catégoriquement : il veut le faire le soir, avec sa mère. Lorsque la séance commence, Jules ne veut que jouer. Cette séance le voit d'ailleurs sortir du cadre du jeu.

Peut-on alors voir dans le « jeu à tout prix » un exutoire pour Jules ? Son débordement n'est-il pas le signe d'un trop plein qui ressort ? Signe peut-être d'un poids trop lourd à porter pour lui ? Nous nous demandons si le prix à payer pour cette attention portée à son père – et peut-être à certains moments à sa mère – n'est pas ce désaccordage avec l'autre. Durant la séance, Jules laisserait libre court à ce qu'il contient tant, pour être un bon fils pour ses parents...

## **6. Le refus de lire de Jules : son symptôme ?**

Le rapport qu'entretien Jules avec la lecture est curieux : il varie beaucoup durant l'année. Jules oscille entre les périodes où il accepte de lire un peu, et celles où il refuse. Ce refus, lorsqu'il est là, est alors catégorique. Il *ne veut pas* lire.

Il y a cependant une période où Jules semble s'intéresser davantage aux livres et à la lecture. Mais dans ce cas, l'initiative vient de lui. C'est lui qui apporte en séance son nouveau livre de lecture de l'école. Sa motivation naissante semble venir de ce qu'il est capable de lire un peu. Il emmène d'ailleurs son livre pour nous montrer un passage qu'il a réussi à lire avec sa mère. Mais à la séance suivante, essayant de lire un autre passage du livre sans y parvenir, il renonce. Il arrête de lire, ne

ramènera pas de livres, et refusera ceux qui lui seront proposés en séance. La porte semble close depuis lors.

### Travail à partir de la méthode d'imprégnation syllabique

Depuis le courant de l'année de CP, l'orthophoniste propose régulièrement à Jules de se familiariser à la lecture par le biais de fiches de lecture de syllabes, inspirées de la méthode par imprégnation syllabique.

Le problème est que cette technique nécessite que la feuille soit retravaillée par l'enfant chez lui entre deux séances, avec le soutien d'un adulte. Si Jules accepte de lire ces feuilles en séance, il reconnaît ne pas les reprendre chez lui. Il s'avère qu'il ne peut bénéficier de l'aide nécessaire. Sa mère ne peut visiblement pas assumer le suivi de ce travail. Devant cette motivation assez mitigée de la famille, l'orthophoniste propose à Jules de stopper les feuilles de syllabes, au moins pour un temps. Il n'est pas question de proposer ce travail à un enfant et de le laisser s'en débrouiller seul chez lui. Elles sont reprises au moment où Jules montre un peu plus d'intérêt pour la lecture, et arrêtées à nouveau : la situation à la maison n'a pas changé, Jules n'est toujours pas aidé. Et de toute façon, lorsque l'orthophoniste lui demande, Jules dit ne pas vouloir continuer.

### Jules ne veut pas lire

Tel est notre constat actuel. Même une histoire agréable avec un texte simple, comme les histoires de Dinomir le géant.

Les résultats du bilan le prouvent, le niveau de lecture de Jules est faible. On note des confusions lors de la lecture de syllabes (« GAL » pour « GLA »), et dans les graphies composées (« ON » pour « OU »).

Mais ce qui paraît vraiment étrange, et qui nous fait penser que Jules ne *veut* pas lire plus, qu'il ne *sait* pas lire, est son attitude et sa performance dans une épreuve d'appariement *mot écrit/image*.

Il est apparemment tout-à-fait capable d'assembler les lettres entre elles pour former des syllabes – malgré les confusions énoncées plus haut – et peut parfois déchiffrer rapidement un mot. Ce qui nous interpelle est le fait qu'à plusieurs reprises, il est incapable de lire un mot lu correctement quelques secondes plus tôt.

C'est notamment le cas avec le mot *lune*, qu'il doit approcher de l'image de la lune. Il

le lit une première fois. Mais ce n'est pas le mot qu'il cherche alors, alors il ne s'en occupe pas. Lorsqu'il cherche vraiment le mot *lune*, alors qu'il a le regard posé dessus et le doigt juste en dessous, il est incapable de le déchiffrer. Il persévère avec le son [ch] à l'endroit du « n ». Il finit, mais bien plus tard, par lire correctement le mot.

Ce déchiffrement bizarre et aléatoire nous fait nous demander ce que représente la lecture pour Jules. Nous serions tentés de dire que Jules n'a pas encore saisi l'intérêt de la lecture. Il ne peut l'utiliser à son propre compte, comme un outil lui permettant de s'ouvrir au monde, aux connaissances, ainsi qu'un moyen de communiquer. Il n'en est peut-être pas encore capable.

Nous nous disons aussi que l'écrit en général est peut-être le moyen que Jules utilise pour dire ce qui ne va pas, ce qui est insupportable pour lui. Avec son refus de lire et d'écrire, Jules résiste juste là où les adultes ont des attentes vis-à-vis de lui : au niveau des apprentissages.

### Un constat assez négatif

La lecture et l'écriture ne semblent pas figurer dans les priorités de Jules. Nous venons de le dire, ses problèmes se cristallisent peut-être à cet endroit, mais il apparaît clairement que Jules est aux prises avec d'autres préoccupations.

Les débuts de la prise en charge étaient prometteurs. Jules a rapidement progressé en langage oral : il a vite compensé son retard de langage, et son trouble de parole diminuait, sans toutefois disparaître complètement. C'était un petit garçon pétillant, très volontaire, qui savait se saisir de l'aide qui lui était proposée. Il en était même demandeur.

Depuis un an environ, il semble que Jules n'ait plus cet appétit.

L'orthophoniste constate que les jeux symboliques se sont progressivement appauvris. Le jeu du docteur notamment, ne nourrit plus le questionnement que Jules avait au départ, il y met moins d'imagination dans ses personnages et ses scénarios. Il semble que cela ne le fasse plus avancer.

Et des troubles du comportement sont apparus. Les difficultés que nous avons relatées dans le jeu, le fait de ne pouvoir respecter les règles, de ne pouvoir aller

jusqu'au bout du jeu, cela n'existait pas avant.

Jules refuse catégoriquement toute confrontation à l'écrit, sous quelque mode que ce soit. Le jeu avec l'autre devient lui aussi problématique. Quant à certaines manipulations censées être acquises à son âge – lancé de dé, puzzles – Jules présente une maladresse et un retard dans ce domaine, retard qu'il ne cherche pas à compenser actuellement, puisqu'il n'adhère pas forcément aux propositions de l'orthophoniste allant dans ce sens.

## **7. Conclusion**

Ces différents symptômes que Jules traîne avec lui semblent venir dire des choses quant au corps, à la filiation.

Ses problèmes d'oncoprésie, tout d'abord, ainsi que son discours sur la maladie et la santé, ne viennent-ils pas en place de questions que peut se poser Jules sur le pourquoi de son existence, de son rapport à ses parents ? Peut-être que son moyen de s'identifier à eux passe par leur traits les plus saillants : le corps, la maladie... Car la mère de Jules semble exister, véritablement, à travers ses nombreux maux. Et le rythme à la maison est aussi donné par ceux-ci : tout s'arrête, ou presque, lorsque la mère est malade : activités extra-scolaires, et il y a peu, encore, l'école pour les plus petits. La maladie – même bénigne – fait donc partie du quotidien de Jules. Il nous le montre bien à travers ses jeux, ayant ce thème de façon récurrente.

Les rapports difficiles de Jules avec l'écrit, ensuite, nous interpellent. Nous le disions dans la dernière partie de cette présentation, Jules a compris les mécanismes d'assemblage nécessaires à l'acquisition de la lecture. Et pourtant, il bloque. La lecture ne démarre pas. Il ne peut vraiment pas lire un texte : il se trouve généralement bloqué aux premiers mots et alors abandonne vite.

Nous faisons l'hypothèse, plus haut, que c'était là la manière de Jules d'exprimer son malaise. Un malaise qui pourrait être dû à ses difficultés familiales : Jules ne réussit pas à assumer tout ce qu'on attend de lui. Il trouve consciemment qu'il en est demandé beaucoup, notamment au niveau des tâches ménagères. Et il nous fait part à plusieurs reprises du fait que sa petite sœur est un problème pour lui.

L'oncoprésie et le refus d'entrer dans l'écrit peuvent-ils être, ensemble, le refus de Jules de grandir ?

Nous nous demandons également si ce blocage face à l'écrit n'est pas une façon de montrer sa loyauté à son père. C'est un monsieur en grande difficulté sociale, qui n'est visiblement pas en mesure d'aider Jules pour l'école. Cette loyauté pourrait empêcher Jules de trop apprendre, afin de ne pas *dépasser* son père, dont la « scolarité » s'est passée en IME. Sentiment qui peut être exacerbé par le fait que ce père ne l'est justement pas par le corps. Il faut donc travailler d'autant plus à tisser ce lien, puisqu'il n'est pas aussi évident que ça, aussi sûr que pour la plupart des individus.

Nous nous demandons, aux vues de cette problématique prégnante autour du corps, si justement Jules n'est pas trop dans le corporel, dans le réel. Si cet engluement dans le corps ne l'empêche pas d'accéder au symbolique, et donc à l'écrit.

Les dernières séances d'orthophonie ont mis en évidence que Jules ne se sert pas de ce lieu pour investir l'écrit. De plus, après une période d'assiduité en fin d'année (civile) passée, où Jules a justement fait des tentatives de lecture, il manque assez souvent les séances depuis le début d'année. Lorsqu'il vient, il est complètement réfractaire à une activité autour de l'écrit.

Aussi, à l'issue du bilan de renouvellement en mars de cette année, l'orthophoniste propose à Jules d'arrêter, au moins pour un temps, le travail en orthophonie. Cette décision est renforcée par le discours de la mère de Jules, disant que le garçon avance bien à l'école.

Jules est d'abord d'accord avec cette décision. Sa mère nous dit que l'enfant lui-même en aurait fait la demande en se rendant à ce dernier rendez-vous. Mais au moment de l'annonce de l'arrêt, il ne veut plus. L'orthophoniste lui dit qu'il pourra revenir un peu plus tard, et qu'alors ils auraient un autre projet. Jules répond : « j'en ai un, projet, c'est l'écriture ». L'attitude de Jules est assez déroutante. Alors qu'il ne peut apparemment pas supporter d'écrire ou de lire en séance depuis plusieurs mois, la perspective d'arrêter ce travail lui pose problème. Il se dit même prêt à vouloir écrire.

Nous nous posons alors la question suivante : la demande de Jules, clairement formulée juste au-dessus, de travailler l'écrit, ne révèle-t-elle pas une peur d'être abandonné ? Ne vaut-il pas mieux pour lui, à cet instant, prendre le risque d'écrire que celui de perdre sa relation avec l'orthophoniste, un adulte non-malade ?

Cela nous fait nous interroger également sur la place de la parole de l'enfant, de sa demande, même. Qu'en est-il réellement de la demande d'écrire de Jules, à ce moment précis ? Quelle valeur y accorder ? Faut-il maintenir la décision d'arrêter les séances, ou son insistance à continuer doit-elle être entendue et respectée, ceci, alors que les dernières séances n'encourageaient pas à poursuivre un travail ?

Peut-être peut-on partir du principe que cette pause imposée donnera à Jules la possibilité de réfléchir aux difficultés qu'il rencontre. Dans ses relations avec les jeunes de son âge, et bien sûr, ses difficultés en lecture et écriture. Cet arrêt peut être vu comme une possibilité pour Jules de trouver l'essor qui lui manque actuellement pour s'emparer de cet outil qu'il ne parvient pas à s'approprier.

## **1. Présentation de Camille**

Camille est aujourd'hui un jeune garçon de 8 ans et demi.

Il est scolarisé en CE1, classe qu'il redouble cette année. Son année se passe plutôt bien, son redoublement semble lui être bénéfique, comme en témoigneront sa mère et son beau-père un peu plus loin.

Les parents de Camille sont séparés, divorcés depuis deux ans environ.

Camille vit avec sa mère, récemment remariée à un homme qui s'est lui-même présenté au psychiatre du CMPP comme le beau-père de Camille. Il a lui aussi un fils, que nous appellerons Igor, et qui a six mois d'écart avec Camille. Les deux garçons s'entendent bien, ils sont même assez complices. Lorsque Camille parle de lui en séance, il l'appelle régulièrement son « frère ». Cette année, ils sont tous les deux en CE1, mais pas dans la même classe.

Camille voit son père régulièrement, il passe un week-end sur deux dans sa famille paternelle.

Camille se présente aujourd'hui comme un garçon plutôt souriant. Il semble content lorsqu'il arrive en séance d'orthophonie, et parle volontiers de lui, de ce qu'il a fait depuis la séance précédente, ou d'un projet qu'il peut avoir. Cela concerne les gens qu'il a vus – un repas chez ses grands-parents maternels –, un voyage prévu, à propos desquels il a toujours des choses à dire.

Camille est bien entré dans le langage écrit. Il lit beaucoup, se sert spontanément de la lecture pour lire pour son propre compte. « Ça le sauvera », dit sa mère lors d'une rencontre très récemment. L'écriture elle aussi se développe bien. Il lui arrive en séance d'écrire parce qu'il en a envie. Là encore, sa mère affirme qu'il a fait beaucoup de progrès cette année, notamment en conjugaison, où c'était catastrophique, dit-elle, l'an passé.

## **2. Sa venue au CMPP**

Camille est régulièrement suivi au CMPP depuis janvier 2011. Il rencontre chaque

quinzaine une psychomotricienne et une psychologue-psychanalyste ; il vient voir l'orthophoniste toutes les semaines.

Avant cela, Camille avait été suivi dans un CAMSP, dès l'âge de 4 ans, pour des *difficultés comportementales* et un retard de langage. Il bénéficiait alors de prises en charge hebdomadaires auprès d'une orthophoniste, d'une psychologue, et faisait partie d'un groupe de psychomotricité.

Camille était alors décrit comme un enfant angoissé.

Le CMPP a d'une certaine façon pris le relais du CAMSP. Camille allait en effet fêter ses 6 ans et entrer en CP lorsque les premiers entretiens ont eu lieu. La demande était alors axée autour des difficultés de langage persistantes chez Camille, ainsi que sur ses problèmes de comportement. Il avait alors du mal à aller vers les autres ; il était rejeté ou du moins *se sentait* rejeté par les autres, dans la cour de récréation. A cela s'ajoutait une grande maladresse, qui nourrissait peut-être cette exclusion, et qui de toute évidence, lui était douloureuse. Il lui arrivait souvent, par exemple, de tomber de sa chaise ou de trébucher.

Les différentes prises en charge à proprement parler débiteront 6 mois plus tard, au milieu de son année de CP.

### **3. Les raisons de la prise en charge de Camille**

#### La demande

Il semble que dès le départ, ce soit la mère de Camille qui ait demandé de l'aide pour son fils. Ses difficultés l'ont assez vite inquiétée. De plus, elle ressentait de la culpabilité par rapport à celles-ci, notamment au début du travail au CMPP, car cette période correspond à sa séparation d'avec son ex mari, et Camille pendant laquelle était devenu « triste ».

#### Les symptômes allégués

Camille est adressé au CMPP pour les raisons qui avaient déjà motivé la prise en charge au CAMSP. Nous venons de le dire, il se trouve en difficulté avec les enfants de son âge, quand il s'agit d'établir une relation avec eux, que ce soit dans le jeu, sur

la cour, ou dans la classe. Dans la classe non plus, les choses ne sont pas simples pour Camille : il ne prend pas la parole. Il joue peu avec les garçons de sa classe, davantage avec les plus petits, ou avec les filles, ce qui ne plaît pas tellement à ses parents.

De plus, il est toujours embêté avec le langage, tant au point de vue de la communication que de l'articulation. Lors de la première rencontre avec l'orthophoniste au CMPP, Camille ne parle pas spontanément. Il ne peut prendre la parole qu'en faisant appel initialement à sa mère et s'adresse aussi à elle pour répondre à l'orthophoniste. C'est comme s'il avait besoin de l'assentiment de sa mère pour parler. A la rigueur, cela ne le dérange pas qu'elle parle pour lui.

Parallèlement à cela, l'orthophoniste note un retard de parole important, avec beaucoup de simplifications et de confusions de phonèmes. Les sons [f] et [v], notamment, posent un vrai problème à Camille : il les confond, et le [f] est remplacé par un [θ], fricative interdentale. Camille n'est donc pas toujours compréhensible. Sa mère pense d'ailleurs la seule à le comprendre, puisque, explique-t-elle, elle a « le meilleur décodeur ».

Ces deux difficultés semblent se rejoindre à un certain niveau. La mère de Camille explique que Camille a parlé tard, selon elle : à 3 ans. Lorsqu'il est entré en petite section, à cet âge, donc, les autres ne le comprenaient pas. Camille, en réaction, était agressif, et il était souvent puni à cause de cette agressivité. On se trouvait alors dans un cercle vicieux, ne favorisant ni l'intégration de Camille parmi les autres enfants, ni ses progrès langagiers.

#### **4. Quelques éléments de l'histoire de Camille**

Nous venons de brosser un rapide tableau de Camille : son parcours de soin, et ce qu'il devient aujourd'hui. Nous pouvons donc constater que Camille semble évoluer favorablement. Il a su particulièrement investir les apprentissages scolaires.

Mais il nous paraît intéressant de « creuser » un peu dans l'anamnèse de Camille. L'histoire de sa petite enfance recèle des événements qui peuvent expliquer, peut-être, certaines difficultés qu'il rencontre, et qui ont fait, ou font encore symptôme chez

lui.

Nous rejoignons ici ce qu'écrit Yves de La Monneraye, lorsqu'il explique que le symptôme est ce qui reste d'un événement, de quelque chose, alors même que cet événement est passé. Le symptôme est ainsi « le résultat du refoulement d'un conflit qui avait été insupportable pour le sujet et qui est devenu inconscient »<sup>131</sup>.

Camille a été confronté à des événements qui ont pu laisser des traces chez lui.

Sa mère identifie très tôt deux raisons qui peuvent expliquer les difficultés qu'il rencontre.

D'abord, le licenciement qu'elle a subi à sept mois de grossesse. Il s'en est suivi un nouvel emploi à pourvoir rapidement après la naissance de Camille. Alors qu'elle l'allaitait, elle a dû sevrer Camille, alors âgé de 6 semaines, du jour au lendemain, pour commencer ce nouveau travail. Lors du premier entretien avec l'orthophoniste, elle parle d'un « sevrage catastrophique ». « Ça me faisait très mal », dit-elle. Ce premier contact avec le bébé est de l'ordre du corps à corps, son arrêt brutal s'est avéré physiquement douloureux pour la mère de Camille. Le bébé a ensuite été gardé par une amie à elle. Cette première difficulté dans la vie de Camille a probablement été d'autant plus douloureuse pour lui, nourrisson, que sa mère a elle-même beaucoup souffert de cette situation.

La mère de Camille pense également que la mésentente du couple parental a été source d'angoisse et de souffrance pour Camille. Elle explique qu'il y avait souvent des cris à la maison, et que peu de temps avant la séparation, Camille était devenu un petit garçon triste. Elle tient par ailleurs un discours assez dur sur le père de Camille, le considérant comme peu investi de sa paternité. Là encore, nous en reparlerons.

Nous pensons qu'il n'est peut-être pas anodin de considérer certains éléments de la vie des parents de Camille. Chacun a en effet traversé des épreuves douloureuses, avant la naissance de Camille.

Entre 18 et 25 ans, la mère de Camille a traversé une période d'anorexie mentale que la psychiatre du CMPP a qualifié de « gravissime ». Peut-être peut-on alléguer que les problèmes d'oralité qu'a rencontré Camille ne sont pas sans lien avec ce qu'a vécu sa mère avant sa naissance, et l'événement arrivé si tôt dans sa propre vie : un sevrage prématuré. Nous y reviendrons plus loin.

---

131 De La Monneraye, Y. *La Parole rééducatrice*, Dunod, 2e édition, Paris, 2004, p.52.

Le père de Camille quant à lui, n'a pratiquement pas connu son propre père, un monsieur sénégalais reparti vivre dans son pays. Le père de Camille argumentera d'ailleurs de cela lorsque son ex femme lui reprochera de son manque de paternité.

## **5. Camille vu par ses proches**

De manière générale, il ressort que Camille est un petit garçon encore très « bébé ». C'est ce que notent sa mère et son beau-père, mais aussi les professionnels qui le rencontrent au CMPP. Tous s'accordent à dire que Camille apprécie d'avoir un adulte avec lui, là pour s'occuper exclusivement de lui.

Pour autant, il est vif, curieux, et il ne fait aucun doute qu'il est très intelligent.

Il est également d'une compagnie agréable : il arrive toujours souriant en séance, plaisante volontiers.

### Camille vu par sa mère

Depuis que Camille est petit, sa mère s'inquiète à son sujet. Nous l'avons déjà mentionné, elle s'est d'abord inquiétée parce qu'il mettait du temps à commencer à parler. Et lorsqu'il a parlé, il a longtemps été en partie inintelligible.

Son comportement a également été source, très tôt, d'inquiétude pour la mère. Elle est soulagée de rencontrer les professionnels qui s'occuperont de son fils, au CAMSP d'abord, puis au CMPP. Elle manifera d'ailleurs ce soulagement à la fin du premier entretien avec l'orthophoniste du CMPP.

Lors de ce premier entretien, elle fait part à l'orthophoniste du côté « bébé » de Camille. Elle raconte qu'en règle générale, Camille a du mal à se séparer d'elle. Elle va jusqu'à dire qu'« il veut rester bébé », et aussi « il est pas trop « je » encore aujourd'hui ». Cette phrase lancée par la mère révèle que lors du premier bilan, à presque 6 ans, Camille ne peut pas encore parler en son nom.

Aujourd'hui, la mère de Camille semble garder un regard inquiet sur son fils. Elle semble avant tout soucieuse de l'image qu'il donne de lui aux autres.

Elle est d'abord inquiète du fait qu'aujourd'hui encore, Camille ne joue pas forcément avec les garçons de sa classe, dans la cour. La situation a été évoquée avec l'enseignante, puisque lors de la rencontre qu'il y a eu avec l'orthophoniste, ce sujet a été abordé. La mère demandait encore à Camille pourquoi, les jours précédents l'entretien, il n'avait pas joué avec ses camarades, alors qu'il en avait eu envie. Pourquoi, puisque ceux-ci n'avaient pas voulu jouer avec lui, il n'avait pas été le dire à sa maîtresse, alors que c'était visiblement ce qui avait été convenu lors d'un rendez-vous avec l'enseignante. A cela, Camille n'est pas en mesure d'apporter une réponse. Le sujet ne lui est pas agréable, et il n'a pas d'explication à fournir. Il n'a pas pu jouer avec les enfants avec qui il aurait aimé jouer, et ne peut expliquer pourquoi il n'a pas sollicité la maîtresse qui aurait pu intercéder en sa faveur.

La mère de Camille est assez insistante sur ce point, et ce rejet de son fils par les autres semble beaucoup l'affecter.

Ce souci de voir son fils s'intégrer revient indirectement à d'autres reprises pendant la discussion. Elle parle de situations où Camille n'est pas à son avantage, ou il ferait presque peine à voir.

Elle évoque notamment la manie qu'il a de regarder par-dessus ses lunettes. Cette façon de regarder lui fait baisser la tête et froncer le front, ce qui, dit-elle, ne le rend pas avenant pour les autres.

A un autre moment, elle parle d'une attitude que Camille avait jusqu'à l'année dernière, et qu'heureusement, elle ne lui voit plus : il s'agit du moment où le soir, elle abordait la question des devoirs. Elle raconte que dès qu'elle amorçait le sujet, Camille prenait « une attitude un peu benêt, les bras lui tombaient ». Cela n'arrive plus aujourd'hui, justement parce que Camille est beaucoup plus à l'aise dans les apprentissages. Et cette nouvelle situation satisfait la mère.

La mère de Camille est donc sensible aux postures de son fils, elle n'hésite pas à en parler directement, à lui, mais aussi devant lui, à une tierce personne – l'orthophoniste. Elle craint apparemment que les attitudes qu'il adopte lui soient défavorables.

Elle trouve en revanche que son fils a beaucoup progressé ces derniers mois. Nous venons de le dire, il est moins réfractaire au travail scolaire, ce qui coïncide assez logiquement avec une amélioration des résultats et des facultés d'apprentissage de

Camille. Cela n'est sans doute pas sans lien non plus avec l'amélioration de ses fonctions langagières.

### Son père

Cette information nous manque.

Il semblerait que le père ait été sollicité pour un rendez-vous, notamment par la psychanalyste que Camille rencontre, et qu'il n'y ait eu aucune suite.

A l'heure actuelle, nous ne savons pas quelle image le père de Camille a de son fils.

### Son beau-père

Le beau-père de Camille prend très à cœur l'éducation du garçon, et s'implique véritablement.

Il semble qu'il tire Camille « vers le haut », en l'incitant en se comporter en « grand ».

Il tient un discours assez dur, quant à la volonté de Camille de se prendre en main et de s'autonomiser : « Il faut constamment le stimuler, sinon il ne fait rien. »

Il en est de même à propos des relations avec ses camarades : il ne s'étonne pas que ce soit dur pour Camille de se faire accepter par ses pairs. Il précise qu'il se passe probablement la même chose « qu'à la maison : il se met à jouer, ça va bien 5 minutes, et après il veut imposer sa façon de jouer, alors que ce n'est pas dans les règles. Ça agace les autres ! »

## **6. Ce qui résiste chez Camille**

Ce qui résiste... C'est là sans doute que se trouve ce qui *fait symptôme*. C'est même ce qui fait symptôme, qui est symptôme.

Nous l'avons vu, Camille a rencontré dans les premiers temps de sa vie des événements qui peuvent en effet laisser des traces.

Il nous paraît donc intéressant, maintenant, de développer ce qui a pu devenir symptomatique chez lui. Nous aimerions également essayer de voir comment des événements marquants de la vie de Camille et de ses parents peuvent s'intriquer dans les symptômes qu'il porte, symptômes dont il se défait progressivement.

## Problème de langage

Camille est venu au CMPP pour un retard de parole : à presque 6 ans, il était encore peu intelligible, malgré 2 années d'orthophonie au CAMSP.

Aujourd'hui, il a beaucoup progressé sur le plan du langage, globalement : ses phrases son bien construites, il est tout-à-fait intelligible. Seul un point résiste : le sigmatisme interdental pour le phonème [f]. Le [v] ne pose presque plus de problème, il est correctement articulé.

Camille sait articuler un [f]. Lorsqu'on lui demande, il est capable de se reprendre et de dire le mot qu'il veut avec la bonne prononciation. Mais dans la conversation, il ne passe pas, Camille le remplace systématiquement ou presque par un [θ]. Il est cependant à noter que très récemment, il arrive parfois qu'un [f] filtre... isolément.

Pour illustrer cela, notons que lors de l'entretien avec sa mère et son beau-père, Camille semblait bien. Apparemment content que nous soyons tous là pour parler de lui, d'autant que le constat était largement positif. A la fin, il nous a dit « parce que j'aime bien *faire des efforts* ». Coïncidence ou pas, le « f » de « efforts » a été prononcé [f]. Pas celui de « faire ».

## Dévalorisation du père par la mère

La séparation des parents de Camille s'est faite dans la douleur, parfois dans la violence. La mère de Camille s'est sentie, lors d'un événement, lésée par la justice, non reconnue dans une position de victime face à son ex mari. Est-ce là ce qui cause la situation actuelle, on ne peut l'affirmer. Cependant, la mère de Camille tient à l'égard de son ex mari un discours très dur. Très dévalorisant. Elle parle beaucoup de sa « paternité », qui semble lui faire défaut, qu'il n'assume pas correctement. Ce discours peut être tenu devant Camille, qui donc l'entend.

Parmi ce qui « ne va pas » chez Camille, selon sa mère, il y a son débit de parole. Elle trouve qu'il parle beaucoup trop vite, qu'il voudrait avoir fini ce qu'il a à dire « avant d'avoir commencer ». Puis elle ajoute : « Comme son père ! » et raconte que lorsque Camille rentre de chez un week-end chez son père, il parle très vite ; elle nous dit retrouver dans la parole de Camille la façon de parler de son père.

Camille se trouve ici dans une position compliquée : il lui est reproché de ne pas bien parler. Son beau-père dira à une occasion que parfois il « parle normalement ». Parfois, seulement, donc. En même temps, sa parole est comparée à celle de son père. Comment ne pas comprendre, à son âge, qu'il est fait au père le reproche de mal parler !

Et pour autant, Camille ne lâche pas cette parole qui déplaît.

Peut-être qu'à travers cette identification, bien que négative aux yeux de sa mère et de son beau-père, il cherche à maintenir quelque chose qui le lie à son père, comme pour légitimer sa filiation avec lui.

Par ailleurs, Camille n'est pas à l'aise quand il s'agit de parler de son père en séance. L'orthophoniste lui a quelques fois demandé s'il avait vu son père récemment. Camille acquiesce. Quand l'orthophoniste pousse un peu plus loin en lui demandant ce qu'il fait quand il va chez lui, Camille coupe court, baragouine, tout bas : « tu me demandes toujours ça ! J'aime pas ça ». La question avait été abordée la semaine précédente, déjà. Donc deux fois. Camille ne semble pas bien vivre le fait de parler de son père et de sa relation avec lui.

### Problème psychomoteur

Camille suit une prise en charge de psychomotricité depuis l'âge de 4 ans. D'abord en groupe, au sein du CAMSP, et aujourd'hui en individuel au CMPP.

Depuis qu'il est tout petit, Camille est décrit comme très malhabile.

Lors du premier entretien avec la psychomotricienne du CMPP, la mère de Camille trouve que les capacités psychomotrices de son fils ne correspondent pas à celles d'un enfant de son âge, elle invoque notamment des raideurs lors de la course. Par ailleurs, Camille est adressé en psychomotricité car on lui suspecte des difficultés pour écrire.

La psychomotricienne note qu'en effet, dans les gestes précis (découper, repasser sur une ligne), Camille ne contrôle pas son geste. Cela fait écho à ce que relate son beau-père dans l'entretien récent chez l'orthophoniste. Il raconte que Camille a encore du mal parfois à avoir un geste sûr et précis, et cite l'exemple du petit déjeuner, où Camille a du mal à saisir la boîte de céréales. « Sa main ne lui obéit pas », dit le beau-père.

Aujourd'hui encore, nous pouvons observer en séance d'orthophonie qu'il est souvent instable sur ses jambes. Debout, il manque souvent de basculer. Assis, il lui arrive de tomber de sa chaise... sans raison apparente. Lorsqu'il grimpe sur le marche pied pour aller écrire au tableau ou chercher un jeu dans l'armoire, il chancelle vite, s'emmêle les pieds. Il réussit parfois à se rattraper, mais tombe aussi régulièrement.

Il donne l'impression d'avoir besoin d'un étai permanent pour lui assurer plus de stabilité. Cela n'est pas sans rappeler que Camille recherche très souvent une présence adulte pour l'aider. Une personne à laquelle il peut se raccrocher physiquement, mais aussi qui peut le mater un peu, s'occuper de lui comme d'un petit enfant.

Par ailleurs, Camille est un enfant qui s'énerve très vite. Bien qu'âgé de 8 ans et demi, il lui arrive encore d'avoir des moments d'explosion d'énergie. Comme s'il ne pouvait contenir cette énergie arrivée soudainement, et qui le submerge.

La psychomotricienne décrit Camille comme ayant une tendance à l'hypertonie, ainsi qu'« une motricité faisant intervenir l'ensemble du corps »<sup>132</sup>. Ces excitations arrivent généralement lors d'une activité qui lui plaît beaucoup : pâte à modeler, Lego, Playmobils... Et c'est alors tout son corps qui manifeste le plaisir qu'il prend à jouer : Camille bouge beaucoup, bouscule les personnages ou les éléments, tord la pâte à modeler ou la perce compulsivement de petits trous... Il ne peut interioriser le plaisir que lui procure une situation ou une activité.

### Intolérance de la frustration

Camille est assez labile en séance. Il peut passer très rapidement d'un moment d'excitation comme nous venons de décrire, à un renfermement subit. Il n'est plus possible alors de partager quoi que ce soit avec lui. Une telle situation se produit généralement autour d'un livre. Camille a du mal à partager ses lectures. Lorsqu'il commence à feuilleter un livre, il devient très compliqué pour autrui – dans le cadre de la séance d'orthophonie, en tout cas – d'échanger avec lui. Camille annonce très souvent la couleur : « Je veux lire dans ma tête » revient très régulièrement, dès qu'il prend un livre – souvent le même : l'imagerie du corps humain, livre pour des plus

---

132 Conclusion du compte-rendu du premier bilan psychomoteur au CMPP.

petits que lui. L'orthophoniste essaie alors de « garder contact » avec Camille malgré tout. Il lui parle de ce qu'il est en train de lire, essaie d'élargir le sujet sur la vie réelle. Mais le plus souvent, Camille coupe court en tournant la page. Si l'orthophoniste veut rester à ladite page pour faire un commentaire ou montrer une image, Camille lui repousse la main sans ménagement : il entend mener comme il l'a décidé de rythme de sa lecture. Très rapidement, le moindre commentaire de l'orthophoniste lui devient même insupportable, et il lui signifie de se taire.

Il ne se radoucit que lorsque celui-ci lui rappelle qu'une séance d'orthophonie est faite pour être partagée, que dans ce cadre, on ne fait pas les choses tout seul de son côté.

Cette scène, qui se reproduit souvent (presque chaque séance, même encore maintenant), montre que Camille a encore du mal à supporter la frustration. Tout comme il peut parfois faire le fou lorsqu'il prend du plaisir à quelque chose, à d'autres moments il ne peut plus supporter l'intrusion que représentent l'autre et ses demandes.

Ce renfermement, qui survient plutôt en fin de séance actuellement, fait penser à un besoin pour Camille de se retrouver avec lui-même, après avoir beaucoup partagé avec autrui. Partager serait une mise en danger pour lui, quelque chose de coûteux et dangereux.

Il est donc dans le refus, tente de contrôler, de maîtriser la situation. Il refuse toute intervention extérieure, même s'il s'agit d'une aide bienveillante.

### Tout se recoupe ?

Pour conclure sur ce qui pose problème à Camille, nous remarquons que tous ces éléments qui l'entravent pour grandir harmonieusement se trouvent étrangement intriqués.

#### *Séparation et langage : la problématique de l'oralité chez Camille*

Nous constatons d'abord qu'il semble se jouer quelque chose autour de l'oralité chez Camille.

Nous pouvons imaginer que cela commence très tôt pour lui, au moment de ce sevrage subi et subit, brutal et difficile à vivre pour la mère.

Cette problématique est d'autant plus ancienne si l'on prend en compte le passé compliqué de cette dame, marqué par une période où elle ne voulait/pouvait plus se nourrir. Dans ces conditions, ne plus pouvoir nourrir elle-même son enfant alors qu'elle en avait le désir a dû être particulièrement douloureux, et peut-être laisser une empreinte chez Camille.

Sans pouvoir affirmer que cela en découle, nous nous rappelons néanmoins que Camille a connu par la suite des difficultés pour s'appropriier le langage, et qu'il maintient son sigmatisme, auquel il semble toujours s'accrocher. Le fait qu'il sache articuler correctement le [f] montre bien qu'il ne s'agit pas là d'un problème mécanique et articulatoire. Il s'agit bien pour Camille d'oser le lâcher, de l'abandonner, pour adopter définitivement le langage utilisé par les « grands », un langage partageable par tous.

Adopter un tel langage pour Camille signifie abandonner autre chose : sa position de petit enfant, en collage permanent avec sa mère, qui pense par ailleurs être la seule à vraiment comprendre (à *décoder*) son fils. Cette séparation entre la mère et l'enfant est intervenue très tôt, à quelques semaines, et dans des conditions difficiles. Il s'agissait d'une séparation physique et contrainte. A cela a succédé un problème de séparation affective : Camille rencontre depuis tout ce temps des difficultés à se considérer séparément de sa mère. Au début des prises en charge au CMPP, elle et lui sont encore souvent dans un corps à corps. Durant les entretiens, les différents professionnels rapportent que Camille est collé tout contre sa mère. L'orthophoniste relate dans son premier compte-rendu que la bouche de Camille est au contact du bras de sa mère, « comme pour la manger ».

A cette époque, Camille garde une relation fusionnelle avec sa mère, relation dans laquelle ne s'instaure pas la distance rendue possible par les mots, le langage. Peut-être justement parce qu'alors les mots lui manquent. Peut-être la séparation prématurée n'a-t-elle pas rendu possible la représentation de l'absence que doivent se faire les bébés – ou alors celle-ci s'est faite trop brutalement entre Camille et sa mère –, notamment lorsque leur mère recommence à vivre leur vie de femme.

Christine Comin écrit à ce propos : « La séparation du bouquet sensitif primaire, décrit par les cliniciens, est métaphorisé, métabolisé par un signifiant (un mot, une caresse, un sourire). Le signe ne remplace pas l'objet mais il vient en place de

l'absence de l'objet »<sup>133</sup>.

La séparation du bébé avec sa mère est parlée, avant d'être effective. La mère trouve le moyen de faire comprendre à son bébé qu'elle va s'absenter, mais revenir. L'enfant se trouve donc apaisé lorsque l'absence survient. La violence de la séparation dans le cas de Camille n'a peut-être pas laissé le temps à la mère, justement, de dire, de signifier l'absence qui allait venir ; cette absence s'est donc avérée angoissante. Rappelons que le langage commence bien avant l'apparition des mots ! Ce n'est pas une compétence qui se développe séparément, mais toujours en lien avec le vécu relationnel. Cela, dans la subjectivité de chacun qui a son propre désir, son propre ressenti, et son propre rythme. Les expériences du corps doivent donc être dépassées, épuisées, puis « métaphorisées », comme l'écrit C. Comin.

Le manque angoissant de sa mère a pu entraver chez Camille le développement du langage que les autres attendent de lui. Il se peut aussi que l'accordage entre Camille et sa mère se soit trouvé modifié, chamboulé, par les difficultés que rencontrait la mère à ce moment. Le développement du langage de Camille, avec ses imperfections, ses difficultés relationnelles peuvent être la trace de cet accordage imparfait, douloureux.

### *Séparation et psychomotricité : la capacité à être seul*

Camille est considéré comme un enfant très malhabile. Sa mère s'en inquiète de bonne heure, ses enseignants aussi. Nous avons décrit plus haut comment Camille tombait souvent, comme s'il lui avait manqué une béquille.

Nous sommes donc tentés de rapprocher ce fait de la séparation compliquée d'avec sa mère. Lorsque Camille n'est pas soutenu voire contenu par sa mère, il chancelle. Rappelons qu'à défaut d'être avec sa mère, il se sent bien quand un adulte est là pour lui. Mais être physiquement seul est compliqué pour Camille. Au début de la prise en charge en orthophonie, Camille ne peut monter seul sur le marche-pied, sans quoi il perd l'équilibre, nous l'avons déjà dit. Mais sa difficulté à *faire les choses seul* nous pousse à réfléchir plus sur sa capacité à *être seul*. Ses chutes, ses problèmes de graphisme, ne sont-elles pas une demande adressée à l'autre ? La demande de ne pas le laisser seul ?

---

133 COMIN C., *Quelques repères théorico-cliniques*, article paru sur le site de l'Itecc ; dans le dossier « La répétition », septembre 2010.

Les premiers temps, en effet, Camille est tout-à-fait incapable d'être sans personne à ses côtés. Il ne peut aller aux toilettes sans que l'orthophoniste lui fournisse des preuves de sa présence de l'autre côté de la porte, et il ne peut parcourir seul la distance entre le bureau de l'orthophoniste et l'accueil du centre, où l'attend son taxi. Camille n'a peut-être pas encore accédé au statut de sujet, d'individu distinct de celui qui l'accompagne, ce qui lui rend toute absence insupportable. Pour reprendre la phrase de sa mère, Camille n'est peut-être pas encore assez « je » pour être séparé et rester seul.

### *Difficulté à être seul – difficulté à supporter l'autre : un paradoxe ?*

Enfin, il nous paraît intéressant de soulever ce qui, dans un premier temps, nous apparaît comme un paradoxe chez Camille : s'il a besoin d'un autre pour être soutenu, il a aussi besoin de se couper de cet autre. Sa présence peut lui être insupportable à certains moments, notamment lorsque l'autre lui propose quelque chose dont il n'a pas envie. Camille n'est pas encore capable d'écouter l'autre, semble-t-il. Peut-être est-ce ce qui lui fait défaut lorsqu'il s'agit de partager un moment de jeu avec des enfants de son âge, situation par excellence où l'enfant apprend à composer avec les envies des autres, et où sa frustration est par moment mise à l'épreuve.

Mais l'on peut aussi voir les choses autrement. Le fait de ne pas supporter l'autre correspond d'une certaine façon à renforcer le lien à l'autre. Car cela signifie *ne pas pouvoir lâcher l'autre*. Camille ne peut encore se détacher de l'autre. En présence d'un autre, il ne peut le laisser tranquille. En ne *supportant pas* l'autre, il ne réussit finalement pas à lui être indifférent. Être seul, c'est pouvoir ne pas de préoccuper d'un autre. Alors la situation n'est plus paradoxale : la difficulté de Camille à être seul explique sa difficulté à supporter, à d'autres moments, l'autre.

## **7. Ce qui est travaillé avec l'orthophoniste en séance**

Un orthophoniste travaille avec son patient sur le langage, dans un sens large : cela passe par l'articulation des sons en mots, l'assemblage adéquats des mots en phrases.

Mais à un niveau plus global, le langage est « la fonction d'expression de la

pensée », comme le définit le Petit Robert : sans langage, impossible d'élaborer ce qui nous vient à l'esprit, de le mettre en forme pour bien le comprendre. L'homme sans langage serait sans doute intellectuellement très limité. La définition continue : c'est également une fonction « de communication entre les hommes »<sup>134</sup>. Cette pensée que l'homme parvient à mettre en forme, il peut la transmettre à ses semblables par les mots de la langue.

L'orthophoniste peut donc avoir à s'atteler à cette seconde dimension du langage, très vaste, et qui se trouve avoir des répercussions dans la vie quotidienne, dans les relations aux autres particulièrement.

C'est ce que l'orthophoniste ici essaie de mettre en œuvre.

Camille s'est présenté à lui au départ avec un retard de parole assez massif. Aujourd'hui subsiste un sigmatisme sur le phonème /f/. Nous l'avons dit précédemment, Camille peut prononcer le son [f], mais spontanément, il n'apparaît quasiment pas.

L'orthophoniste s'étant assuré que le [f] était bien présent dans les phonèmes de Camille, il ne s'escrime pas, durant les séances, à lui faire articuler et à s'entraîner sur des [f]. Il lui propose plutôt, quand un [θ] apparaît : « peut-être tu pourrais le dire mieux » ou « peut-être que tu pourrais dire *un [f]antôme* ». Et là, Camille le répète, correctement.

Pourquoi une telle position ? L'orthophoniste a à dire que le problème de Camille n'est pas ce sigmatisme qui traîne et résiste pour le moment. Il pense que Camille a peut-être besoin, justement, de ce petit défaut, pour supporter tout ce qui se met en place par ailleurs. Ce sigmatisme peut être un réconfort pour Camille, c'est lui qui l'a « conçu », inconsciemment. Il peut-être considéré comme un symptôme chez Camille.

Mais si, comme nous le disions dans la première partie de ce travail, on « n'attaque » pas de front ce qui tient lieu de symptôme chez un sujet, que fait l'orthophoniste ? Comment agit-il ? D'ailleurs, *agit-il* ? Selon l'orthophoniste qui suit Camille, il ne s'agit pas d'être nécessairement dans le *faire*, mais plutôt dans l'harmonie de l'être et du faire. On n'agit pas sur le patient pour le « guérir » de son mal. On l'accompagne, plutôt, dans un cadre de travail posé.

---

134 Dictionnaire *Le Petit Robert Langue Française*, « Langage », p.1412. Édition 2000.

Dans le cas de Camille, l'orthophoniste essaie, pour l'enfant, de mettre en lien ses difficultés relationnelles, notamment de séparation, avec ses difficultés de langage. Car pour lui, les deux sont liées. Il essaie de faire en sorte que Camille s'empare du langage pour son propre compte. Et pour cela, Camille doit d'abord accepter la séparation, car c'est la séparation elle-même qui va créer une place pour le langage, comme nous le disions dans le paragraphe sur *séparation et langage*. La séparation crée un manque, et c'est dans ce manque que le mot peut advenir, peut se glisser. Sans séparation, le petit enfant reste dans le corps à corps, dans le réel. Le manque le décale de ce réel, fait naître un espace pour le langage. Mais le langage ne doit pas être ce qui viendrait combler le trou créé par le manque. Le mot ne remplace pas l'objet faisant défaut, mais apaise l'effet du manque causé par l'absence de l'objet. Avant de pouvoir mettre un mot sur ce manque, l'enfant doit pouvoir se représenter l'absence, le manque. C'est pourquoi l'enfant doit avoir connu l'absence pour développer le langage.

L'orthophoniste essaie donc d'aider Camille à mettre des mots, à s'approprier les mots et le langage. Son objectif est que Camille réussisse à se construire individuellement. Peut-être est-ce en effet cette absence d'individualité qui l'empêchait au début des séances d'aller seul du bureau d'orthophonie à l'accueil. Ce besoin d'être accompagné, d'être en contact physique avec un adulte peut être vu comme un besoin de maîtrise. Au début du travail avec l'orthophoniste, Camille veille à bien avoir quelqu'un à ses côtés, tout le temps. Car être seul est terriblement angoissant. Être seul, et pouvoir le supporter, c'est être autonome. Camille veut-il devenir autonome ? Qu'a-t-il à gagner à être autonome ? Qu'a-t-il à y perdre ? Que se passe-t-il pour lui s'il peut se débrouiller seul ? Gagner en autonomie revient peut-être pour Camille à lâcher une certaine position par rapport à sa mère. Cette position, au moment où Camille est dans le collage avec l'adulte, relève d'une forme de jouissance : il est tout pour sa mère et sa mère est tout pour lui. Dans cette situation de collage, Camille dispose de sa mère. Et c'est dans le fait de lâcher sa mère que réside probablement la crainte de Camille. Et pourtant, l'enfant doit pouvoir se séparer de sa mère, doit pouvoir se retrouver seul.

L'orthophoniste relie donc étroitement cette problématique de la séparation et celle du langage, encore imparfait chez Camille. En acceptant la séparation, Camille crée

une place pour le langage, peut s'emparer du langage.

L'orthophoniste travaille à ce que Camille devienne sujet d'énonciation, à ce qu'il trouve sa place. Camille doit accepter l'autre, comme étant séparé de lui, pour se construire individuellement, pour devenir – et accepter d'être – « je ».

Comment cela se concrétise en séance ?

L'orthophoniste insiste pour que la séance soit un moment et un lieu de co-construction : c'est un moment de relation à deux. Il ne s'agit donc pas que chacun fasse quelque chose dans son coin sans se préoccuper de l'autre. C'est ce que l'orthophoniste tâche de faire comprendre à Camille, notamment lorsque celui-ci prend un livre et commence à « lire dans sa tête »<sup>135</sup>. L'orthophoniste insiste auprès de Camille en lui répétant souvent qu'il vient pour faire quelque chose avec l'autre / les autres (nous sommes à trois toute l'année).

Par ailleurs, les séances commencent toujours en laissant Camille s'exprimer sur ce qu'il aimerait faire, ou sur ce qu'il a fait la semaine passée, s'il souhaite le raconter. La séance est souvent ouverte par un : « Alors, qu'est-ce qu'on fait ? » de l'orthophoniste.

Cette parole laissée, donnée à l'enfant, et la possibilité de choisir l'activité de la séance ; le fait de ne pas lui tomber dessus avec des tas de questions... Tout cela concourt à laisser à Camille la possibilité d'être acteur de sa séance. Il s'autonomise en osant faire un choix, il exprime un avis, sa voix. Peut-être est-ce là pour lui le début d'une individualisation. On choisissant lui-même l'activité – et ce choix étant entendu et accepté par une tierce personne – il se positionne vraiment en sujet. Il investit d'autant plus l'activité qu'il a envie de la faire, puisque c'est lui qui la choisit. Et personne n'est là pour l'obliger à aller au bout de cette activité. Il change de jeu comme bon lui semble, selon les envies qui lui viennent, ou les liens qu'il peut faire entre une activité et une autre.

Par exemple, Lors de la séance 8, il cherche dans une imagerie une pelleteuse (A l'époque du premier bilan, Camille est très interpellé par les pelleteuses et autres engins de ce genre. Il en est fasciné autant qu'il en a très peur). Ne la trouvant pas, il abandonne l'imagerie et part dessiner au tableau noir. Après avoir dessiné différentes choses (une route, un panneau « attention ! » (attention à l'orage, explique Camille)

---

135 Voir en annexes, les séances avec Camille : la fréquence de l'événement « je veux lire dans ma tête ».

et un éclair), une dessine une pelleuse. Il dessine ensuite autre chose. La séance continue, les thèmes abordés changent. Mais ils peuvent revenir plusieurs fois au cours de la séance, dans des contextes différents. Il reviennent naturellement, portés par les discours et les évocations de chacun.

Certaines séances voient ainsi défiler trois ou quatre jeux différents.

Camille n'est pas passif, objet de l'autre, qui se soumet au choix que fait cet autre pour sa propre séance. L'orthophoniste est là. Il soutient les choix de Camille et entre systématiquement dans le jeu. Il alimente ce que *fait* Camille par la parole : il nomme les choses, pose des questions pour que Camille s'interroge. Il l'encourage lorsqu'il ne réussit pas à dessiner ce qu'il veut comme il le veut, le sécurise (« Ne t'inquiète pas ») lorsqu'il sent que Camille est déstabilisé par quelque chose et donc sur le point d'abandonner... Pendant ces séances, Camille est parlé par l'autre, car à travers son attitude, ses jeux, il donne des choses à dire de lui. En trouvant cette place de sujet, il peut s'emparer du langage, et devenir sujet de l'énonciation. Il peut alors commencer à dire les choses en son nom, et le « je » peut advenir, doucement. L'orthophoniste accompagne, et permet ainsi à Camille d'avancer en toute sécurité. Progressivement, Camille peut donc oser prendre des risques, faire des choses seul. Il peut par exemple grimper seul sur le marche-pied pour dessiner au tableau. L'orthophoniste peut rester à son bureau pour le regarder, il n'est plus obligé d'être à côté de lui pour le soutenir ou le rattraper au cas où il chuterait.

Cette sécurité provient aussi du climat propre à la séance d'orthophonie. Camille sait que dans ce cadre, il peut se permettre certains comportements. L'orthophoniste ne le reprend pas sur une attitude « bébé », ne commente le choix d'une activité ou d'un comportement régressifs... Camille peut épuiser ici ses pulsions de petit enfant, même si tout n'est pas permis. Par exemple, passer toute la séance à lire « dans sa tête » ne fait pas partie des choses possibles de ce cadre. Travailler la reconnaissance de soi, c'est aussi travailler la reconnaissance de l'autre. Camille doit comprendre que l'autre n'est pas une menace, et qu'il ne convient donc pas de s'isoler en empêchant l'autre de l'atteindre et de partager quelque chose avec lui.

## 8. Conclusion

Nous l'avons dit très tôt dans cette présentation, Camille a bien progressé depuis son arrivée au CMPP, et ce dans les différents domaines qui pouvaient le gêner. Nous

gardons cependant à l'esprit que tout n'est pas réglé pour lui, et que le travail au centre doit continuer.

Commençons avec les problèmes liés au langage. Dans le compte-rendu de bilan initial, l'orthophoniste mentionnait un important retard de parole. Les phénomènes étaient dans l'ensemble très déformés et Camille n'était pas bien compréhensible. De plus, il avait du mal à s'adresser à une personne autre que sa mère. Il comptait beaucoup sur elle pour dire à sa place.

Aujourd'hui, l'articulation de Camille s'est nettement améliorée. Il subsiste actuellement un sigmatisme de type [θ], remplaçant le [f], dans le langage spontané. Mais sur commande, Camille est capable de le prononcer correctement. L'orthophoniste laisse à Camille l'appréciation du moment où il pourra lâcher ce qui fait ici symptôme. C'est-à-dire lorsqu'il sera libéré d'autres difficultés.

Cet aspect concernant le langage ne peut être dissocié du problème lié à la séparation que rencontrait Camille lorsqu'il a commencé son travail au CMPP. Cette incapacité à être seul n'était pas résolue parce que Camille ne pouvait utiliser langage pour se représenter l'absence. Son passé le plus lointain avait peut-être laissé des traces. Notamment, un manque de signe – à cause d'un manque de temps – ne lui avait pas permis, nourrisson, de se préparer à la séparation d'avec sa mère. Avec le temps, cette difficulté de séparation persistait, et Camille ne pouvait rester seul, n'ayant sans doute pas pris conscience de son identité propre, d'individu unique. L'altérité n'était donc pas facile à gérer pour lui : l'autre n'était pas tout-à-fait un autre que lui, séparé de lui. Et en même temps, cet autre pouvait s'avérer menaçant. Aujourd'hui encore, Camille se ferme encore à l'autre, lorsqu'il ne peut supporter une demande qu'il ne peut satisfaire, ou s'il sent qu'il ne peut maîtriser complètement une situation.

Camille venait également pour une prise en charge en psychomotricité. Là aussi, il progresse. D'abord, il est moins chancelant, et tombe moins. Son graphisme est plutôt bon : il a une écriture tout-à-fait lisible, et écrire n'est pas pour lui une tâche désagréable. En tout cas, il ne s'en est jamais plaint. Le plus souvent, il écrit même spontanément.

Au début de son travail ici, ses dessins étaient très pauvres, très rares, et le trait très mal assuré. Aujourd'hui il prend plaisir à dessiner, sur papier, ou sur le tableau noir.

Ses dessins se sont beaucoup étoffés, sont bien plus représentatifs. Il peut aussi s'appliquer à reproduire des figures géométriques comme il a fait en classe. Il utilise alors le matériel nécessaire : lors de la séance 11, il demande à l'orthophoniste une règle, et de son propre chef, s'entraîne à s'en servir en dessinant des rectangles.

Enfin, Camille a enfin pu entrer dans les apprentissages scolaires. De l'avis de tous, cette année se passe bien lui. Il est en effet tout-à-fait à l'aise en lecture, a un bon niveau d'orthographe pour sa classe. Peut-être cette disponibilité est possible par une meilleure intégration de son environnement. Camille est désormais en mesure de s'intéresser à ce qui se passe autour de lui, à saisir et à utiliser ce qu'il reçoit en matière d'enseignement. Cette ouverture sur le monde est probablement liée au décollage qui s'effectue peu à peu entre lui et sa mère, et généralement, entre lui et les autres. En se décollant de sa mère, Camille se décolle en même temps du réel, c'est-à-dire du « ici et maintenant ».

A ce propos, il est justement intéressant de constater que Camille a enfin « décollé » en conjugaison. Durant son premier CE1, il n'avait acquis aucune connaissance en conjugaison. Et lors du dernier rendez-vous entre l'orthophoniste, Camille, sa mère et son beau-père, il a justement été question des progrès de Camille en conjugaison. Il semble avoir pu d'un coup se représenter les notions de présent, passé et futur. S'en suit la compréhension du système de terminaisons, en fonction de la personne... et du temps. La possibilité d'une séparation entre Camille et sa mère lui permet d'accéder à la compréhension et au découpage du temps, ainsi qu'à la différenciation des personnes.

Peut-être peut-on dire, de façon générale, que le symptôme d'un enfant est souvent une réaction d'un problème parental. L'enfant développe alors son symptôme pour s'accorder à son / ses parent(s), afin de garder une loyauté envers lui/eux.

Le rôle de l'orthophoniste, ici, est de faire en sorte que Camille retrouve son chemin, son désir, pour qu'il s'ouvre au monde, à la culture. Qu'il soit *amoureux du symbolique*, comme le dit l'analyste François Charnier, pour lui, vers les autres.

A l'issue de ce travail sur le symptôme, et après plus de 6 mois de stages, nous trouvons intéressant de dresser un constat de notre perception actuelle du métier d'orthophoniste.

Il s'agit dans certains cas de questions qui sont apparues durant l'élaboration du mémoire. Cela peut aussi être la confrontation entre des interrogations que nous avons au début de l'année, et l'avancée de notre réflexion, arrivé à la fin du mémoire et bientôt des stages.

Nous essayons ici de reprendre ces différents points.

### 1. La position de l'orthophoniste

Ce point a été abordé dans la partie consacrée au savoir, dans la première partie du mémoire.

Concrètement, comment se positionne ce professionnel qui semble se laisser guider par le savoir conscient ou inconscient de son patient ?

Il nous a semblé, dans ce que nous avons pu observer, que l'orthophoniste soutient le patient, l'accompagne. Il l'accueille, aussi. Car une séance d'orthophonie est une rencontre entre deux personnes.

Nous pouvons à nouveau soulever la question suivante : est-ce que l'orthophoniste *est* ou *fait* ? Cette idée de *faire* n'est pas sans rappeler celle d'*agir sur le symptôme*.

Nous avons essayé de montrer, à travers les deux cas clinique que nous présentons, que de vouloir agir sur le symptôme risque d'être peu efficace.

- Camille, à qui il reste un sigmatisme, peut aussi ne pas l'avoir, si on l'y fait penser. Il semble qu'il ne soit pas encore en mesure d'abandonner ce petit symptôme, *pour le moment*. Peut-être en a-t-il encore besoin, et que le problème vient d'ailleurs...

L'orthophoniste se donne ici comme travail d'accompagner l'enfant pour qu'il dépasse ce problème, il le soutient, le porte presque au sens littéral, par moments, comme nous avons pu le voir. Il s'agit de l'assurer, le rassurer. Qu'il se sente suffisamment en sécurité pour oser être seul. Peut-être, peut-on imaginer que lorsque ce degré de sécurité sera atteint, Camille pourra prononcer ses [f] comme les autres l'attendent.

- Jules, quant à lui, *peut* lire. Il a compris le mécanisme pour assembler les graphes, mais s'y refuse pour le moment. Quelque chose semble l'en empêcher. Si l'orthophoniste l'entraîne par moments à la lecture de syllabe, elle le laisse aussi expérimenter encore et encore dans les domaines qui l'obnubilent.

Il nous paraît important de retenir que l'orthophoniste soutient le patient pour l'aider à dépasser ses peurs. Il s'agit d'*être avec* lui, en adhérant à ses propositions d'activités, par exemple, dans la limite d'un cadre accepté par les deux. Il ne s'agit pas de tout accepter. L'orthophoniste part du principe – largement défendu par la Pédagogie Relationnelle du Langage, mais que chaque orthophoniste peut s'approprier – que l'enfant sait ce dont il a besoin. C'est pourquoi il est intéressant que ce soit l'enfant qui décide de ce qui se fait en séance. Dans cette même perspective, l'orthophoniste laisse l'enfant revenir autant qu'il le souhaite sur une activité. Il le laisse reprendre et épuiser son envie, son besoin de se confronter à cette activité.

Nous voyons, avec Jules, à quel point le jeu du docteur lui permet, longtemps, d'extérioriser son questionnement sur la vie, la mort, ses angoisses...

L'orthophoniste est là pour soutenir l'enfant dans son jeu. Il peut y participer, avoir un rôle à jouer dans le jeu, tout restant conscient qu'il s'agit du jeu de l'enfant, pas du sien. Il aide aussi l'enfant à mettre des mots sur ce qui se *joue* dans le jeu, et ce qui se *joue* dans l'échange et la situation générée.

L'orthophoniste de Camille, au CMPP, le redit fréquemment : le choix de l'activité importe assez peu, finalement. Il n'est que prétexte pour parler et échanger. Car l'important est de créer un échange sur le temps de la séance, de faire quelque chose ensemble qui puisse être parlé ou découvert par l'enfant pour lui-même ; une création, qu'il soit reconnu par l'autre comme créateur.

Il nous semble que beaucoup des difficultés que rencontrent les enfants leur viennent d'angoisses. Ces angoisses peuvent venir d'un manque de mots. Dire les choses, mettre des mots sur une situation, c'est lui donner du sens. Cela permet aussi de placer cette situation dans un contexte plus global. L'orthophoniste aide l'enfant à faire du lien entre les choses, entre les événements. L'enfant peut ainsi se construire son monde, arriver progressivement à se le représenter en reliant ensemble les éléments qui le composent, plutôt que considérer ces éléments séparément. Il s'agit

plus pour l'orthophoniste de permettre à l'enfant de rétablir des liens entre ses signifiants, une certaine mobilité entre eux, du jeu avec les mots, que de chercher à comprendre. Ce sens donné, ces liens créés, peut-être est-ce ce qui permet à l'enfant d'anticiper, par le biais d'analogies. Il peut prédire ce qui va se passer à tel moment, ce qui peut apaiser certaines angoisses.

Il s'agit donc d'une attitude de l'orthophoniste, assez globale d'attention particulière : il est dans une position de non-savoir a priori, qui lui permet d'être surpris par ce que l'enfant amène, pour essayer d'entendre au mieux ce qui lui pose question.

## **2. Les limites du champ de l'orthophonie**

On peut penser que ce qui est dit ci-dessus est très général. Et se demander : où est la spécificité de l'orthophonie ici ? Où commencer et où termine l'orthophonie ? Peut-on trouver des frontières nettes à cette discipline ?

Travailler comme nous venons de le décrire, est-ce bien la tâche de l'orthophoniste ? Ne dépasse-t-il pas le champ de ses compétences ? Nous l'avons déjà mentionné, l'orthophonie se trouve au carrefour de plusieurs disciplines, elle est notamment proche de la psychanalyse, dans certains cas.

Une certaine vision de l'orthophonie consiste à considérer que sa tâche est précisément de travailler sur le symptôme. D'*agir*, donc, sur le symptôme, et sur le symptôme seulement. Nous relatons là un échange que nous avons eu avec un orthophoniste, récemment. Cette façon de travailler garde quand-même à l'esprit qu'il est indispensable d'agir au bon moment, c'est-à-dire quand le patient est disponible pour une nouvelle acquisition ou un changement de cap. De même, mieux vaut, dit cet orthophoniste, laisser le patient avec une petite imperfection, si cela lui permet d'accéder à un plus grand bénéfice, comme la lecture, par exemple.

Une autre façon d'exercer l'orthophonie, que nous avons vue en stage, se permet, voire considère même qu'elle doit aller au-delà du symptôme, c'est-à-dire de ce que le patient donne à voir de ce qui ne va pas chez lui.

Dans cette optique, se restreindre au symptôme n'est pas la voie indiquée pour guérir, débarrasser le patient de sa clocherie.

La question que nous nous posons alors, et encore, est : comment aller au-delà du

symptôme dans une pratique orthophonique ? Il ne semble pas simple de trouver sa position en tant qu'orthophoniste, dans ce cas. Il faut notamment veiller à ne pas verser dans le champ de la psychanalyse, domaine vaste auquel ne sont pas formés les orthophonistes, pour la simple raison qu'ils ne sont pas psychanalystes.

Se pose ici la question délicate de l'interprétation du symptôme. L'orthophoniste n'est pas censé interpréter le symptôme de son patient. En tout cas, il ne doit pas lui transmettre l'interprétation que lui en fait. Le psychanalyste, lui, a pour tâche d'amener son patient à trouver par lui-même l'explication d'un symptôme, ce qui lui permettra sinon de s'en débarrasser, au moins de mieux vivre avec. Telle est la grande différence entre le travail du psychanalyste, et celui de l'orthophoniste. Celui-ci constate le symptôme, il peut faire pour lui des rapprochements avec des faits, des bouts de vie du patient, mais il n'interprète rien et ne cherche pas à amener le patient à faire le lien entre les deux.

### **3. La légitimité d'une certaine pratique orthophonique auprès du public**

Voici enfin une question que nous nous posons en début d'année et en commençant ce travail, et pour laquelle les choses s'éclaircissent progressivement. Il s'agit de la légitimité de la pratique de l'orthophonie telle que nous venons de la décrire, auprès des patients et surtout de leurs proches.

Nous avons en effet en tête l'idée que cette conception de l'orthophonie n'est pas tout-à-fait celle qu'en a la population (lorsque les gens en ont une!). Nous pensons particulièrement aux parents, ici. Nous pensions qu'ils avaient une attente assez spécifique, tournée vers un approfondissement, une révision des apprentissages. Finalement, qu'ils avaient une vision assez pédagogique de l'orthophonie. Dans ce cas, accepteraient-ils facilement quelque chose auquel ils ne s'attendent pas ? Accepteraient-ils cette vision analytique de l'orthophonie ?

Cette réticence que nous craignons était nourrie par deux arguments :

- L'idée que l'orthophoniste puisse avoir une approche puisant dans la psychanalyse peut effrayer. Cette discipline, dont on entend beaucoup parler, mais qui n'est finalement pas bien connue du grand public, fait souvent peur.

La psychanalyse vient remettre en cause parfois l'identité que les gens pensaient avoir, leurs croyances ; elle peut les bousculer au plus profond. C'est pourquoi il est important que l'orthophoniste annonce qu'il n'est ni psychologue ni psychanalyste.

L'idée de faire un travail sur soi, même en orthophonie n'allait-elle pas rebuter les parents ? N'auraient-ils pas tendance à croire que la psychanalyse est faite pour les gens qui ne sont *vraiment pas bien* ? Que leur enfant à eux n'en ont pas besoin, que son problème ne relève pas du tout de cet ordre là ? Avoir une pathologie relevant du *psy* fait autrement plus peur qu'une petite dyslexie...

- Cette façon de travailler avec l'enfant semble bien loin du problème que présente leur enfant ! Bien sûr, puisqu'elle ne travaille pas *sur* le problème, sur le symptôme. Mais alors, en travaillant de cette façon, ne va-t-on pas prendre du retard ? Du retard par rapport aux autres enfants, dans les apprentissages scolaires, car le programme lui, ne s'arrête pas.

D'ailleurs, l'orthophoniste ne travaille pas avec l'enfant ce qui est demandé. Le plus souvent, ils jouent ! Comment expliquer aux parents pensant que leur enfant ne vient pas ici pour jouer, que si, en séance, on joue ? Mais que l'on ne joue pas pour s'amuser. Les jeux en orthophonie sont là pour aider à grandir, parfois pour apprendre, pour comprendre des choses, le monde...

Bref, nous pensions et redoutions que l'orthophoniste ait parfois à lutter pour affirmer, face aux parents, la légitimité de son travail.

Après plus de 6 mois de stages, et plusieurs discussions à ce sujet, il s'avère qu'heureusement, ce problème n'est pas fondé. Les orthophonistes que nous avons rencontrés ne sont pas *inquiétés* par les parents de leurs jeunes patients. Et cela d'autant moins que des résultats positifs sont observés chez les enfants.

Nous disions que l'orthophonie n'est pas de la psychanalyse. Ce n'est pas non plus de la pédagogie. On ne refait pas en séance ce qui a déjà été fait en classe, à plus forte raison si cela n'a pas fonctionné alors, et que l'enfant ne s'en est pas emparé.

Il n'empêche que l'orthophoniste explique aux proches du patient sa façon de travailler. Il pose un cadre, et explique son travail simplement. Il n'est pas question de faire de la séance d'orthophonie un lieu et un moment mystérieux, tenu secret. L'orthophoniste explique entre autre pourquoi il n'est pas là pour reprendre le travail scolaire. Le fait que tout cela soit dit simplement, sur un ton bienveillant, fait que les

parents ne remettent pas ce principe en question.

Le temps que dure la séance est pour l'enfant, uniquement pour lui. Il le partage avec l'orthophoniste, où il peut dire et faire à peu près ce qu'il veut. Alors qu'à l'école l'enfant doit se contenir, prendre sur lui et se plier à des règles sociales, la séance d'orthophonie peut être, dans la limite de la bienséance, le lieu et le moment où il fait tomber le masque de l'être social. Il peut retomber dans ses « trucs » de petit, et s'y complaire, jusqu'à ce qu'il n'en ait plus besoin, afin de pouvoir les dépasser et poursuivre son chemin de personne autonome, sujet de sa parole dans le respect des autres.

## Conclusion

Un sujet ne lâche pas facilement son symptôme. Le symptôme vient manifester un trouble « autrement », comme sous une forme déguisée, car il est une fabrication de l'inconscient qui vient se substituer au trouble originel. En même temps, il permet à son sujet de pouvoir supporter ce trouble, qui sans symptôme serait ... insupportable

L'orthophoniste reçoit dans un premier temps une demande, celle de faire disparaître ou régresser un symptôme, qui s'apparente pour ceux qui en font la demande à une déviance par rapport à une certaine norme. C'est la demande sociale, souvent faite par les parents. Mais le travail de l'orthophoniste peut difficilement se cantonner à cette « mission de surface ». Le symptôme ne peut être envisagé comme un simple dysfonctionnement que l'on enraye par une rééducation. Ou plutôt, il peut ne pas être envisagé que de cette façon. En effet, nous avons vu qu'il existait actuellement différentes manières de considérer le symptôme. Il peut être vu comme un trouble neurologique, organique, ou instrumental dans le cas des difficultés d'apprentissage – les « dys ». Il peut aussi être envisagé d'un point de vue plus psychanalytique, comme une formation de l'inconscient pour indiquer qu'un autre trouble, bien plus insupportable, a été refoulé par le sujet. Selon le point de vue que l'on adopte, le symptôme est respectivement objectif ou subjectif. Et le travail que l'orthophoniste fait avec le patient est alors radicalement différent.

Étant ici davantage guidés par la psychanalyse, nous partons du principe que l'orthophoniste doit accueillir un patient, et non lui ôter son symptôme. Accueillir un patient, un sujet, signifie l'écouter, le laisser parler de lui, de son symptôme, de son ressenti ... Car avant toute action, l'orthophoniste a tout à apprendre de lui. Son savoir et son savoir-faire ne peuvent être efficaces que s'il a au préalable pris le temps de connaître la personne, et s'il les met en application au moment opportun, c'est-à-dire lorsque celle-ci est réceptive, car disponible, à ce que l'orthophoniste lui montre, lui fait comprendre. Telle est la condition pour que lui, patient, attrape pour son propre compte un morceau de savoir partageable par tous.

Cette théorie du symptôme, nous nous la sommes construite petit à petit durant cette année mêlant stages et réflexion. Elle nous semble pouvoir constituer un guide pour

notre future pratique, nous donner comme une conduite à tenir envers le patient. Il nous paraît en effet capital de rester humble face à cette personne qui a forcément à nous apprendre d'elle, et de ce qui va se construire dans cette relation de soin. Sans doute cette conduite sous-entend pour nous, orthophonistes, de ne pas chercher à maîtriser ce qui se passe en séances, d'accepter d'être surpris. C'est certainement plus dur que de mener l'échange. Mais il ne faut pas perdre de vue que nous cherchons à ce que le patient en face de nous devienne un *sujet*. C'est-à-dire une personne avec ses propres désirs. Ces désirs, ces idées, doivent donc trouver un espace pour ses révéler. Et c'est à nous de laisser cet espace disponible au sujet en devenir.

OUVRAGES

- BOURDIN, D., *La Psychanalyse de Freud à aujourd'hui*, Éditions Bréal, 2000.
- CANGUILHEM, G. « Le normal et le pathologique » in *La connaissance de la vie*, Librairie philosophique J. Vrin, Paris, 1971.
- CHATENAY, G. *Symptôme nous tient*, Psyché, Éditions Cécile Defaut, 2011.
- CORDIÉ, A., *Les Cancres n'existent pas*, Éditions du Seuil, 1993.
- DE LA MONNERAYE, Y. *La Parole rééducatrice*, Dunod, 2e édition, Paris, 2004.
- DOR, J., *Introduction à la lecture de Lacan*, Paris, Denoël, 2002.
- FREUD, S. *Introduction à la psychanalyse*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 1961.
- FREUD, S. *Le Moi et le ça*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 2010.
- FREUD, S. *Le petit Hans*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 2011.
- KREMER, J-M. et LEDERLÉ, E. *L'orthophonie en France*. 6ème édition. Paris : PUF, collection « Que sais-je ? », 2009.
- LACAN, J. *Je parle aux murs*, Éditions du Seuil, 2011.
- LACAN, J. *Des Noms du père*, Éditions du Seuil, 2005.
- LAPLANCHE J. et PONTALIS, J-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Paris, 2007.
- NASIO, J.D., *Cinq leçons sur la théorie de Jacques Lacan*, Éditions Rivages, Petite bibliothèque Payot, Paris, 1992.
- QUENTEL, J.C., *L'enfant dans son rapport à l'altérité in Anthro-pologiques*, 4. Peeters, Louvain-La-Neuve, 1992.
- QUENTEL, J.C., *Le parent*, Bruxelles, De Boeck Université, 2008
- D. WINNICOTT, « La mère ordinaire normalement dévouée », *La Mère suffisamment bonne*, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 2006.

ARTICLES

- COMIN Christine, *Quelques repères théorico-cliniques*, dans « La Réparation », site de l'Itecc, septembre 2010.
- LACAN, J. « Le symptôme », conférence donnée à Genève le 4 octobre 1975, publiée dans *Le Bloc-notes de la psychanalyse*, n°5, 1985.
- LAINÉ, A., *Spécificité des thérapies précoces avec de jeunes enfants sans langage*, in *Enfances et psy* n°42, 2009.
- PIRARD-Le POUPON, J., *Le symptôme objecteur du sujet dyslexique*, in *De la place (re)trouvée à la trace écrite. Journées d'études Théorico-cliniques de l'I.P.E.R.S.*, 11 et 12 octobre 2002, Paris.
- RIGNAULT, S., *L'enfant créateur dans la rééducation du langage*, in *Revue Pratique des Mots* n°78, mars 1992.

## MÉMOIRES

- BOURRINET, S. et CAËR, E., *Les fondements d'une clinique orthophonique – Quelles positions pour quel soin ?*, Mémoire d'orthophonie soutenu à Nantes, 2011.
- CARFANTAN, S., *Comment appréhender les demandes dans un cadre orthophonique concernant l'enfant ?*, Mémoire d'orthophonie soutenu à Nantes, 2011.
- DURAND, M. et VARIN, C., *Histoire d'un cheminement de la norme au sujet – Savana et Thomas, deux « sujets » questionnants*, Mémoire d'orthophonie soutenu à Nantes, 2011.

## DICTIONNAIRES

- CHEMAMA, R. ET VANDERMERSCH, B., *Dictionnaire de la psychanalyse*, 3e édition, Larousse, Paris, 1998.
- REY, A. *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, Paris, 2006.
- REY, A. *Le Petit Robert langue française*, Le Robert, Paris, 2000.

## ANNEXES

Le 3 octobre 2012 : Jules est absent

Séance 1 – le 10 octobre 2012

Jules construit un Monsieur Patate.

En le questionnant, l'orthophoniste se rend compte que Jules vient de changer d'école, suite au déménagement de sa mère.

Jeu : Mes quat'zamis > Deviner sous quel gobelet se cache quel animal.

Dès cette première séance, je note que Jules a du mal à respecter les règles. Il veut cacher un animal alors que tout le monde doit d'abord voir ce qui est caché.

Fin de la séance. Jules a du mal à arrêter de jouer.

Le 17 octobre 2012 : Jules est absent

Séance 2 – le 24 octobre 2012

Lecture de syllabes, par la méthode d'imprégnation syllabique. Syllabes avec « e ».

On joue ensuite au Jenga.

On prévoit pour la prochaine séance (dans 2 semaines) de lire un livre.

Le 7 novembre 2012

?

Aucun note à propos de Jules ce jour. Absent ?

Le 14 novembre 2012 : Jules est absent.

Séance 3 – le 21 novembre 2012

Jules ne veut pas lire. L'orthophoniste lui a proposé de lire Dinomir, mais non.

Mémory parlant. Rapide. Et Jules veut très vite passer à la suite.

Il veut jouer au docteur. Il installe le bureau en conséquence.

L'orthophoniste est la maman du bébé malade ; Jules le docteur ; moi, la standardiste.

Chirurgien + infirmière pour opérer le bébé.

J : Il faudra éviter de lui donner du poulet.

!!

Puis il ajoute : parce qu'il peut y avoir des os. Il a peut-être un os coincé dans la gorge.

Cette seconde phrase donne du sens à celle d'avant.

Je note que le vocabulaire de Jules est assez spécial : il parle de « matos », pour le matériel du médecin. Semble apprécier d'utiliser ce mot, il le dit 3 ou 4 fois. A la fin d'une conversation téléphonique : dit « ciao », alors que joue toujours le rôle du médecin.

Séance 4 – le 28 novembre 2012

Le papa de Jules est là aujourd'hui. Il veut aller aux toilettes. Jules lui montre le chemin, le père se laisse guider.

Jules a une phrase à écrire pour l'école. Il ne l'a pas faite avec son père, qui

demande presque à l'orthophoniste de la faire pendant la séance. Jules refuse de le faire. Il veut le faire ce soir avec sa mère. On ne le fait pas.

Jules veut jouer aux dés. On fait un jeu avec un parcours de train qui doit aller jusqu'à la gare.

Jules change sans cesse les règles : 2 dés > 1 dé > 5 dés... On change de pions. Jules en prend un. Et quand l'orthophoniste ou moi en choisissons un, Jules veut systématiquement prendre ce pion. Alors, il boutique des règles, en invente pour justifier d'avoir mon pion (j'ai choisi une panthère noire).

A la fin, gros bazar. Jules fait faire la course aux différents pions. Ca dégénère. Jules les fait se taper ; la panthère mord les fesses du gorille.

l'orthophoniste propose d'arrêter. De toute façon, c'est l'heure dans 1 minute.

### Séance 5 – le 12 décembre 2012

Jules est là avec son papa.

Il arrive avec un livre de l'école. Montre à l'orthophoniste ce qu'il a lu avec sa mère.

Jules et l'orthophoniste le relisent.

Jules se plaint de ne pas avoir le temps pour lire ses livres.

« Jules viens mettre la table,

Jules, .... »

Jules dit ça d'un air las et triste. Et il raconte que ce matin, sa petite sœur est venue l'embêter

On enchaîne ensuite :

- Jeu de domino
- puzzle pour jeunes enfants
- Ohé matelot !

L'orthophoniste fait remarquer que Jules choisit toujours des jeux pour très jeunes enfants, beaucoup plus jeunes que lui. Il recherche visiblement la manipulation.

Jouer à plusieurs ne semble finalement pas l'intéresser tellement. Il aime surtout manipuler, lui.

Pas le temps de jouer à Ohé, Matelot ! Juste construction du bateau.

Fin de la séance. Jules ne veut pas arrêter.

### Séance 6 – le 19 décembre 2012

Jules arrive encore avec son livre de lecture de l'école. Mais il ne trouve rien à lire qui lui plaise.

Il accepte volontiers de lire une feuille de syllabes avec « in ». Marche bien. Jules semble d'accord pour reprendre ces lectures.

Il prend ensuite des playmo ; se raconte des histoires. Mais Jules s'énerve vite.

Il propose de lui-même de faire un autre jeu, pour qu'on joue ensemble.

> Oeil de lynx. En simplifié. On pioche chacun son tour une carte et tout le monde cherche l'image sur le plateau. Le premier qui trouve marque le point. Jules essaie de bidouiller. Il dit « oui, moi aussi, j'ai trouvé ! », même quand il ne trouve pas.

### Séance 7 – le 9 janvier 2013

Jules rentre alors que l'orthophoniste discute avec le papa.

Il me dit avoir fait des progrès d'un coup, avec le nouveau livre de lecture. Il me dit que c'est mieux, là, alors qu'il n'a « pas lu pendant les vacances ».

Quand l'orthophoniste arrive, il ne lui dit pas. Lui dit qu'il est très fatigué, n'a plus le courage de faire ses leçons.

Il parle beaucoup. Du foot : il n'a pas pu mener à bien une action... A propos du rugby : « je peux pas, je suis trop fragile ».

Lecture de syllabes. Pas mal.

Loto : « les petits lapins ». 3 ou 4 parties. A la dernière, on mime ce qu'il y a sur la carte.

Je remarque là un trouble d'articulation étrange que je n'avais alors jamais remarqué : Jules prononce un « l » au lieu d'un « r » dans les syllabes complexes genre « tr, cr, str... ». Mais la déformation n'est pas permanente, et à côté de ça, la syntaxe est tout-à-fait bonne.

### Séance 8 – le 16 janvier 2013

Jules arrive, se disant fatigué du foot.

Il ne veut pas lire, ni faire le jeu des souris posé sur le bureau, et qu'il regarde dans un premier temps.

Il se décide pour Ohé, Matelot. On fait 4 parties !

### Séance 9 – le 23 janvier 2013

Jeu des piranhas. On fait une partie ordinaire, puis « histoire » racontée autour des poissons et des piranhas. Toute la séance se passe autour de ça.

Au début, c'est un peu bizarre, n'importe quoi : Jules veut faire que la piranha mange les poissons. Comme une pulsion pour que les poissons soient dévorés. La piranha est une sorte de super poisson qui peut tout faire : elle voit tout, casse tout. Donc les autres poissons ne peuvent que se faire manger. Même dans leur abri, ils peuvent finalement se faire attaquer par la piranha.

Puis, on arrive à faire quelque chose tous les trois : on tend un piège à la piranha, pour pouvoir sortir chercher à manger. Là, on arrive vraiment à construire un truc ensemble.

Le 30 janvier 2013 : Jules est absent.

Le 6 février 2013 : Jules est absent

### Séance 10 – le 13 Février 2013

O : ça va ?

J : je pète la forme ! Puis ajoute : souvent j'ai mal au ventre. J'ai des maux de douleurs.

Aujourd'hui, Jules dit bien « mercredi », pas « kle ».

Il dit que le soutien l'aide pour la lecture. Il y va 4 fois par semaine.

Jules sent très mauvais aujourd'hui.

Jules veut jouer au petit bac, qu'il aperçoit sur l'étagère. L'orthophoniste lui explique comment jouer. Quand Jules voit qu'il faut faire avec les lettres, dit « Oh la la, non ! ». Il prend les lettres et voudrait modifier les règles. Quand on a fait le tour des catégories une fois, Jules ne veut plus continuer.

L'orthophoniste prévient que la semaine prochaine, il faudra commencer le bilan, avec des exercices, et tout.

Jules fait la moue, mais pense qu'il acceptera d'en faire un peu.

Jeu avec la maison playmo. Il construit les différentes pièces de la maison.

Jules recommence à remplacer « tr, kr » par « tl, kl ».

Quand l'orthophoniste lui dit qu'il faut ranger, Jules commence à faire un peu

n'importe quoi.

Elle lui rappelle que la semaine pro, bilan.

Jules répond : si je viens !

O : pourquoi tu ne viendrais pas ?

J : ben si je suis malade ?

Puis Jules parle du fait qu'il aimerait peut-être venir un autre jour.

L'orthophoniste répond qu'on verra ça le jour du bilan.

La question se pose de savoir s'il faut continuer avec Jules. D'autant qu'il a beaucoup manqué ces temps-ci. A propos des feuilles de lecture de syllabes, il dit qu'il n'en veut plus.

### Séance 11 – le 20 février 2013

Bilan : ELO

Juste répétition de mots et dénomination.

Puis Jules ne veut plus continuer. Il veut faire un jeu de cartes. Il prend un jeu de cartes.

Il distribue un peu puis reprend les cartes : il a « oublié quelque chose ».

Il dit qu'il veut jouer à la belote. Il nous distribue des cartes, et quelques cartes sont mises au centre, retournées, face visible.

Les règles ne sont pas claires. Jules invente au fur et à mesure.

### Séance 12 – le 13 mars 2013

Retour de vacances.

Suite du bilan, versant écrit.

Lecture : moyen. lecture de syllabe : catastrophique. Mots : un peu mieux. Mais pas de stratégie, parfois aberrations. Par ex : « lune » : prononce « ch ». Donc donne un mot bizarre. N'a pas envie de chercher plus.

Écriture : refuse. Il écrit juste MAMAN, et J...., à la demande de l'orthophoniste.

Jules veut ensuite reprendre le jeu de cartes.

Début d'une bataille. Mais très vite, Jules veut arrêter de jouer comme ça, et veut proposer une autre façon de jouer ; une façon qui n'a aucun sens – apparemment. Il choisit deux cartes qu'il pose, faces cachées. L'autre doit faire pareil. Ensuite, tous retournent, et les plus grosses cartes l'emportent.

### Les 20 et 27 mars 2013

L'orthophoniste est malade.

### Le 3 avril 2013

Journée d'école pour les enfants. Jules ne vient pas en séance.

### Séance 13 – le 10 avril 2013

Rencontre avec la maman pour faire le point après le bilan.

Elle nous parle pour commencer de la maladie du papa, évoque les allers-retours entre l'hôpital et la maison. Les enfants ne passent plus de week-end entiers chez lui. Une éducatrice vient chez la maman. Il vient d'être décidé qu'elle prolongera d'un an sa prise en charge à raison d'une visite tous les mois.

Madame se plaint de courir partout. Sa grande fille ne peut plus emmener les deux petits à l'école. Elle est en stage pas loin de là, mais ses horaires ne sont pas les

mêmes que ceux des enfants.

Elle précise que Jules n'a « pas beaucoup manqué l'école », par rapport à avant. Ce n'est le cas que lorsque la maman est trop mal.

A l'école, Madame dit que Jules a « beaucoup progressé ». Les maths se passent très bien. Il a encore du mal avec le français, la conjugaison et les mots invariables. Mais il va faire du soutien pendant la première semaine des vacances d'avril.

Jules écoute tout ce qui se dit : il intervient dès qu'il veut corriger quelque chose que dit sa mère.

L'orthophoniste aborde le fait que de son côté, elle ne sait plus trop quoi faire pour Jules. Il est en grosse difficulté de lecture. Elle explique à la maman que Jules peut bien lire un mot, et y revenir ensuite sans pouvoir le déchiffrer. L'orthophoniste dit que la lecture est donc très aléatoire, et qu'il y a aussi quelque chose dans l'attitude de Jules : parfois, il ne veut pas.

Madame nous fait alors part du fait que parfois Jules fait des colères, et ne veut pas faire son travail. De manière générale, elle n'arrive pas à faire faire ses devoirs à Jules. Une tante des enfants vient le mercredi pour aider Jules. Le travail est alors fait en 5 minutes. Jules accepte de travailler avec cette dame. La maman utilise à plusieurs reprises l'expression « ne pas lâcher prise » (à propos du fait de faire faire son travail à Jules), mais pourtant, elle n'y arrive pas.

Elle nous dit ensuite que Jules a un très bon contact avec son maître. Lui, dit les choses telles quelles. Si c'est bien, il le dit, sinon, il le dit aussi.

A propos du problème d'encoprésie, Madame dit que c'est mieux. Ça n'est arrivé que 2 ou 3 fois depuis le début de l'année scolaire, et les enfants se moquent moins.

Elle dit ensuite que Jules veut arrêter l'orthophonie. L'orthophoniste confirme : elle a le sentiment, en effet, que ça ne lui permet plus de progresser. Elle parle alors des jeux dont il ne respecte pas les règles.

L'orthophoniste propose aussi de faire une demande de prise en charge en CMP ou CMPP, avec un psychologue, pour parler. Madame dit en effet que Jules ne parle pas, ne lui parle pas.

Madame dit alors que ce n'est pas facile à la maison. La petite sœur embête Jules. C'est surtout quand Jules veut rester dans sa chambre qu'elle vient l'embêter.

L'orthophoniste propose enfin à Jules d'arrêter. Jules dit non.

[Nous notons à ce moment que Jules est très bien repéré dans le temps : sa mère lui parle alors du rendez-vous qu'il a avec la psychologue scolaire « vendredi ». Jules précise : « c'est après-demain »]

En fait, Jules dit maintenant qu'il veut revenir. L'orthophoniste lui rappelle alors qu'il ne voulait plus lire ni écrire. Là, il dit qu'il voudrait écrire. Elle lui dit alors qu'il pourra revenir un peu plus tard, et alors il y aura un autre projet. Jules dit alors : « j'en ai un, projet, c'est l'écriture ».

Mais l'orthophoniste reste sur sa proposition : Jules ne sait peut-être pas trop où il en est, que ça a besoin de décanter.

La séance se termine. On en reste sur le projet d'arrêter pour le moment. Mais Jules sait qu'il pourra revenir.

### Séance 1 – le 4 octobre 2012

Je découvre Camille. Je le trouve timide. Il parle « dans sa barbe ».  
Il veut faire un dessin. Il dit des choses, lance des idées et laisse en suspens...  
Il dessine au crayon de papier et gomme souvent. Il fait plusieurs dessins. L'un d'eux, qu'il ne termine pas, représente la classe.  
Il commence un nouveau dessin où il veut faire des poissons. Il dit ne pas savoir les dessiner, et va chercher des illustrations dans les livres.

### Séance 2 – le 11 octobre 2012

Je note que Camille a du mal à regarder les gens, à me regarder.  
Il entre dans le bureau et parle tout de suite de la chaîne du temps. Interroge sur « c'est quoi le passé/le présent/ le futur ? » Il essaie d'en parler mais se mélange un peu...  
Puis il parle de son anniversaire : il nous dit quand c'est, quel âge il a, donc combien de bougies cela fait sur le gâteau. Et au prochain anniversaire ? Combien il y en aura ?  
Je trouve Camille très agité ce jour. Il ne veut pas trop parler, il veut passer à la suite : lire.  
Finalement, l'orthophoniste l'interroge sur son cadeau d'anniversaire et ils parlent de ça.  
Camille choisit un livre : « Fabriquer ».  
Je note que c'est dur d'être à deux sur le livre, d'échanger. Camille veut faire comme il veut : tourner les pages quand ça lui chante. Il part de plus en plus tout seul dans son livre. L'orthophoniste essaie de le faire partager mais Camille refuse. Il tourne les pages sans lire, pousse de petits cris... L'orthophoniste lui dit « N'aie pas peur ! ». Camille se calme un peu. Un temps. Puis il recommence. L'orthophoniste lui dit alors de se caler pour lire vraiment quelque chose ou de changer de livre. « Bon d'accord, je change de livre ».  
Mais Camille ne se décide pas pour un autre livre, et sort finalement un jeu de construction : une maison avec des personnages Playmobil et du mobilier.  
Camille veut que l'orthophoniste vienne jouer avec lui, auprès de lui. Il répète : « c'est moi qui fais / C'est moi qui choisis / C'est moi qui décide... »  
Début d'un jeu à deux. L'orthophoniste a un personnage. Début d'une histoire, mais très vite, Camille part seul dans son « histoire », pas de construction. Camille est très excité.

### Séance 3 – le 18 octobre 2012

Camille arrive dans le bureau avec un magazine de la salle d'attente.  
Il a beaucoup de mal à laisser une place à l'autre, veut continuer ce qu'il est en train de faire sans « s'embarrasser » de l'autre.  
D'ailleurs, quand l'orthophoniste lui demande s'ils peuvent être à deux ou s'il veut être tout seul, tout faire, tout seul, Camille dit qu'il veut tout faire tout seul.  
L'orthophoniste a du mal à tenter de créer quelque chose à deux.  
Puis Camille veut faire un jeu. Comme il ne reste pas beaucoup de temps, il choisit de rejouer à la maison avec les Playmobils.  
Camille me demande de choisir un personnage, puis le demande à l'orthophoniste.

L'orthophoniste lui demande de construire une histoire.

Camille répond : « tu verras, c'est une surprise ! »

O - Non non, essaie de dire.

Camille joue seul. Il n'y a pas de suite logique (apparemment) dans les événements dont il parle. Il fait se renverser une voiture. Puis elle explose...

O – Bon, ben fin de l'histoire.

Camille finit par se calmer, il range la maison.

Après la séance, discussion avec l'orthophoniste. Il me rappelle que ce qui s'est passé là, c'était le jeu de Camille, qu'il ne faut pas l'oublier. Le but ici est de réussir à créer une relation à deux. Alors on s'insère doucement en posant des questions – mais pas trop – en rapport avec le livre, ou avec le jeu.

#### Séance 4 – le 25 octobre 2012

Discussion sur le mariage prochain de ses parents (de sa mère avec son beau-père). Camille peut en parler assez précisément, et dire qu'ensuite ils iront à Venise, quand lui sera gardé par une certaine M.

Camille veut ensuite écrire au tableau \*

Il reprend ensuite un livre, toujours le même, sur la science, et écrit une phrase du livre au tableau.

\* Ce jour là, alors que Camille va au tableau, je note sur une feuille blanche ce qui se passe, ce qui se dit entre lui et l'orthophoniste.

*Camille est au tableau. Il voulait écrire, mais préfère finalement dessiner. Il dessine une fleur.*

*Il veut ensuite faire une grue. Il demande à l'orthophoniste de lui faire. L'orthophoniste dit non, il lui dit de chercher.*

*Camille essaie et efface à plusieurs reprises.*

*Puis il veut faire autre chose. L'orthophoniste l'incite à rester sur cette idée.*

*C- Bon, d'accord.*

*O- Elle te plaît, cette grue ?*

*C- Oui.*

*O- Il faut un contre-poids... Elle transporte quoi ?*

*C- Une surprise.*

*O- C'est quelque chose dont on ne peut pas parler.*

*Camille dessine une sorte de train (c'est en fait un camion) avec dessus une machine de chantier : une pelleuse.*

*Il écrit les noms au-dessus des objets. Il écrit « pelleuse ».*

*Il vient ensuite voir sur cette feuille, à la demande de l'orthophoniste, comment je l'ai écrit. Il a du mal à le réécrire.*

*C- Mais y a des pièges ! Y a tout le temps des pièges.*

*Camille réécrit « pelleuse » en s'appliquant. L'orthophoniste lui dit le son « eu », et Camille le réécrit correctement.*

*Camille décide ensuite de faire un jeu « tous ensemble ».*

Alors que l'activité s'apprête à changer et que j'ai arrêté d'écrire, Camille vient vers moi et semble intriguer par ce que j'ai écrit. Je lui lis alors ce que j'ai écrit. A la fin, Camille prend un crayon et signe en bas de la feuille.

#### Séance 5 – le 15 novembre 2012

Camille joue aux Lego. Ils discutent avec l'orthophoniste pendant ce temps.  
Il raconte que M. le garde en ce moment, puisque sa mère et D. sont à Venise.

O- Ca se passe bien avec M. ?

C- Oui, t'inquiète pas !

Camille dit ça d'un ton très rassurant : « Ouiiii.... ». C'est la deuxième fois qu'il dit cette phrase depuis le début de la séance.

C- Tu t'inquiètes toujours, toi.

Camille prend ensuite un loto des métiers.

Dur pour lui de respecter les tours de jeu. Il tente de jouer – ou même joue – à la place du troisième joueur. Mais quand on lui dit que ce n'est pas son tour de jouer, il laisse jouer ce joueur.

Il tente souvent d'abrégé les explications que donne l'orthophoniste à propos des métiers dont il est question. L'orthophoniste l'interpelle alors pour qu'il écoute l'explication. Camille laisse dire, et rejoue dès que possible.

L'orthophoniste lui propose d'écrire.

C- Non, la prochaine fois.

### Séance 6 – le 22 novembre 2012

Camille arrive avec une imagerie de la salle d'attente. Il veut la lire. Quand l'orthophoniste veut intervenir pour dire quelque chose sur la lecture, Camille ne lui laisse que difficilement de la place. Camille veut lire ce qu'il veut, comme il le veut. S'il y a des mots qu'il ne comprend pas, il ne demande pas ce que ça veut dire : quand l'orthophoniste lui demande s'il comprend un mot, Camille dit non, sans être gêné. Il écoute rapidement l'explication puis recommence immédiatement sa lecture.

A un moment, l'orthophoniste lui fait remarquer qu'il n'a pas lu le début d'une page. Camille s'est moqué. Il ne veut pas la lire, et ne veut pas non plus laisser l'orthophoniste la lire. Il coupe court au problème en tournant la page. Tant pis, la page n'est pas lue. Mais ce n'est pas un problème pour Camille apparemment.

Il répète alors plusieurs fois : « je veux lire tout seul ».

L'orthophoniste le laisse continuer. Il essaie de rentrer en interaction avec Camille sur ce qu'il commence à lire.

Plus tard, Camille dit : « C'est moi qui décide ». Il passe les pages....

O- Moi moi moi.... , sur un ton calme.

Après le livre, Camille veut faire autre chose. Il déclare vouloir jouer à la maison Playmobil.

Il me fait choisir un personnage, et pareil pour l'orthophoniste.

Il veut emmener ses personnages en voyage en Australie. Il prend la voiture.

O- En voiture ?

C- Ben oui !

O- pour aller à l'aéroport ?

Camille sort une carriole et un cheval. Tout le monde en balade avec la carriole et la voiture.

C- Ca y est, ils sont arrivés à l'aéroport !

De là, Camille veut rejouer avec la maison

C- On dirait qu'on allait dans la maison.

Camille met son personnage au lit. Il dort et ronfle.

Le personnage de l'orthophoniste arrive

O- Mais tout le monde dort !

Camille lui propose d'aller dormir avec eux. Puis il fait rentrer une mamie qu'il met aussi à dormir, puis encore d'autres personnages.

Camille met un personnage dans une chaise haute d'enfant.

O- Des fois, on ne peut plus aller dans les petites chaises d'enfant.

Camille prend alors le personnage et le perche sur le toit de la maison. Il rit. Puis il met le bazar dans tout le mobilier de la maison, et finit par enlever tout le mobilier.

### Séance 7 – le 29 novembre 2012

La séance commence. L'orthophoniste me dit quelque chose, je réponds par « Nantes ».

Camille rentre alors dans la conversation sur Nantes. Ca semble l'interpeller. Il a déjà entendu parler de Nantes.

L'orthophoniste sort la pâte à modeler sur la demande de Camille. Chacun prend un bout de pâte. Je fais un boudin très long et très fin. Camille veut faire pareil.

### Séance 8 – le 13 décembre 2012

Séance écourtée : le taxi de Camille est en retard.

L'orthophoniste propose d'écrire. Camille refuse catégoriquement. Il veut bien lire, mais ne trouve pas de livre, avec l'orthophoniste. On part sur l'imagerie du Père Castor.

Camille regarde une pile d'image, il fait parfois des commentaires. Comme par exemple le fait qu'il est allergique aux noisettes et aux noix. Il signale juste en les voyant sur l'image : « Tiens, ça j'ai pas le droit ! »

Camille cherche la pelleuse.

Après deux piles d'images, ne la trouvant pas, il abandonne. Il préfère aller dessiner au tableau.

Il dessine une route avec un panneau ! . L'orthophoniste lui demande : « Attention à quoi ? »

C- A l'orage.

Il veut ensuite dessiner un éclair, mais il ne trouve pas le mot « éclair ».

Il dessine une pelleuse. Puis une maison, qu'il dit « petite ».

O- Pourquoi « petite » ?

Camille efface et dessine un bonhomme de neige. Un bonhomme qui parle : il dit « aime » (Camille écrit ce mot ainsi, dans un bulle)

O- À qui il dit ça ?

C- À sa copine.

Camille dessine un deuxième bonhomme : la copine, qui dit aussi « aime ». Mais sur le dessin n'apparaît pas de différence de fille ou de garçon. Les deux sont pareils. Camille leur donne un nom : Léa et Théo.

O- Comment ils pourraient dire autrement que « aime » ?

C- Ben ils sont amoureux !

O- Oui, mais comment ils peuvent se le dire ?

Camille ne sait pas et le dit, qu'il ne sait pas.

O- Et bien tu peux essayer de réfléchir à ça, comment faire dire les choses à quelqu'un, à un personnage.

Puis, l'orthophoniste propose à Camille de jouer à faire parler son doudou-marionnette, dont il a été question un peu plus tôt dans la séance, lors de la manipulation des cartes du Père Castor : il avait alors une image en main, il la nomme : « une marionnette ». Il retourne la carte et voit qu'il s'agit un « pantin ». Mais quelques cartes plus loin, il tombe sur une marionnette, et dit alors : « comme mon doudou ! ».

## Séance 9 – le 20 décembre 2012

Camille commence en écrivant de lui-même. Il écrit sur une feuille la date complète du jour, puis va l'écrire au tableau.

Il se met ensuite à écrire des « contraires ». Il les écrit dans un tableau qu'il dessine. Il explique qu'il l'a vu à l'école.

|         |       |
|---------|-------|
| Pleurer | Rire  |
| Grand   | Petit |
| Dessus  | Sous  |
| Mince   | Gros  |
| Loin    | près  |

Il écrit tous ces mots tout seul, sans erreur. Il demande de l'aide à l'orthophoniste pour écrire

Intérieur      Extérieur

L'orthophoniste lui demande comment on écrit ex-, et Camille s'en sort très bien.

## Séance 10 – le 10 janvier 2013

Camille parle un peu d'un cadeau reçu la veille. Mais pas de ses vacances.

Il se dirige vers l'armoire des jeux et des livres. Il souffle dans la tête de crocodile (Hop Toy's) pour faire « voler » les yeux.

Puis il joue avec les Lego : petite maison faite avant, sans doute par un autre enfant, hélicoptère, voiture, chien. Il transforme un peu tout : fait passer les roues de la voiture sous toutes les constructions, puis retourne à la construction de départ.

Camille s'intéresse à ce que j'écris. Il est sensible au fait que j'écrive sur lui. Comme jusqu'à présent je n'ai rien écrit aujourd'hui, il me le fait remarquer.

Quand je prends mon crayon, il vient vers moi et regarde mon cahier, ma page blanche.

Puis il retourne vers l'armoire, prend une bande-dessinée de Tintin : Vol 714 pour Sydney.

Comme d'habitude, il nous prévient : « je veux lire dans ma tête. »

Il cesse assez vite, et reprend son livre favori : l'imagerie du corps humain. Dedans, il y a des petits questionnaires, et il nous pose les questions.

Il me demande : « le foie bat environ 70 fois par minute. Vrai ou Faux ? »

Mais quand on lui demande de nous dire pourquoi c'est Faux, Camille se bloque : il dit « Non ! » avec un geste de la main en plus, comme pour arrêter ce qui lui semble peut-être une intrusion. Il stoppe tout, et se met alors à lire seul. Il ne veut plus partager sa lecture avec nous. Camille lit en silence. Nous le laissons faire un peu, mais l'orthophoniste finit par mettre fin à la séance. Il lui explique à nouveau que le but ici est de faire les choses ensemble.

Camille s'étonne : « déjà ? » (la fin) En fait, il ne restait que 5 minutes pour que la séance soit complète, mais Camille sent qu'elle s'est terminée plus tôt qu'elle n'aurait dû.

Camille me dit au revoir, et veut me dire un truc, comme « à la prochaine fois », mais il s'embrouille avec ses mots. Je lui dis : « A la semaine prochaine ». Il me répond : « Oui », mais me corrige « à jeudi prochain, comme ça, on sait quand c'est. »

le 17 janvier 2013 : Camille est absent.

### Séance 11 – le 24 janvier 2013

Camille s'installe au bureau, face à l'orthophoniste.

C- Quoi ? Pourquoi tu me regardes ?

O- Parce que tu es devant moi, et parce que tu viens me voir !

C- Je peux regarder un livre ? C'est moi qui choisis.

Puis, face au livre – Vol 714 pour Sydney - « Je lis dans ma tête. »

O- Tu sais, ce qui est bien, ici, c'est qu'on fasse quelque chose ensemble. Sinon, c'est pas la peine de venir ici.

C- Mais je lis dans ma tête !

O- Tu lis tout ? Ou tu regardes les images ?

C- Je lis.

O- T'as pas lu, là.

C- Mais, arrête de me dire !

L'orthophoniste laisse faire, il le laisse lire un peu.

Puis : « Tu crois que tu vas pouvoir nous faire partager, un peu, ta lecture ? »

Camille, sans bouger : « Mmh... »

L'orthophoniste répète sa question.

C- Mmh. Hein ? Qu'est-ce que tu as dit ?

L'orthophoniste répète à nouveau. Puis :

O- Qu'est-ce qui te plaît dans Tintin ?

C- J'en ai plein chez maman.

Il le feuillette jusqu'au bout. Puis, sur la couverture, il veut nous montrer ceux qu'il a chez lui. L'orthophoniste dit tout haut le nom des livres. Camille, lui, se contente de les désigner en disant : « J'ai ça, ça, ça... » Et comme l'orthophoniste dit les titres :

C- Arrête de dire, ça va être trop long ! (dit tout bas)

L'orthophoniste reprend : « Ben oui, c'est trop dur de dire ! »

Camille veut aller au tableau. Il réclame une règle. Au début, l'orthophoniste ne veut pas trop, « t'en n'as pas besoin... » Mais il lui en donne une quand-même.

Camille veut dessiner un rectangle, et d'autres figures géométriques.

O- Oui, c'est très bien, tu dessines des figures précises.

Camille fait beaucoup d'essais et efface avant d'avoir fini. Il opte finalement pour une tête de bonhomme, et l'efface aussi. « Je vais la refaire. » Il veut la dessiner avec une casquette. Le mot est dur à dire. Au début, je comprend « casse-tête ». Il dessine quelque chose qui ressemble vaguement à un chapeau.

Il dit des bribes de phrases en même temps qu'il dessine : ce qu'il va faire, ce qu'il fait, ce que ça donne...

C- Un peu de soleil

Il dessine des nuages.

C- Maintenant, l'orage. Est-ce que c'est bien fait ?

O- Parfaitement. Tu y arrives bien, maintenant.

C- Fini !

O- Déjà ? Mais tu viens de commencer !

C- Bon, d'accord, je vais faire une maisons.

Il la fait et s'arrête. L'orthophoniste aimerait que Camille continue : « C'est pas fini ! »

C- Mais c'est beau, là !

O- C'est pas la question !

C- J'ai plus envie j'ai plus envie !

Et il s'en va chercher un jeu : un loto. Il veut décider de tout : qui commence, dans quel ordre on tourne, et alors que c'est à l'orthophoniste de jouer, il veut jouer.

### Séance 12 – le 31 janvier 2013

Nous commençons par une discussion sur la famille : Camille chez son papa.

Il veut prendre la BD de Tintin – la même que la semaine dernière.

Il passe les pages. Et s'énerve quand on lui dit quelque chose qui peut retarder son saut de page. Il fait alors un barrage physique, avec son bras.

O- Tu veux que ce soit toi, qui parle.

Camille confirme : « oui ». Ca ne lui pose pas de problème de reconnaître qu'il veut que ce soit lui qui fasse tout. Ca le ne gêne pas non plus pour reprendre ensuite la parole s'il veut poser une question.

Comme la dernière fois, à la fin de la BD, il pointe du doigt les albums qu'il a « chez maman ».

La séance se passe, Camille « lit » en silence, l'orthophoniste ne dit plus rien. Il retourne ensuite chercher l'imagerie du corps humain.

L'orthophoniste dit alors à Camille qu'il aimerait discuter avec sa mère, une prochaine fois. « Pas pour lui dire que je ne suis pas content ! Pour parler. »

### Séance 13 – le 7 février 2013

Camille raconte un déjeuner en famille chez ses grands-parents maternels. Il y a mangé des frites, et 2 steaks.

Puis l'orthophoniste lui demande s'il a vu son « papa ». Camille fait oui de la tête.

O- Vous avez fait des choses avec ton papa ?

Camille baragouine que l'orthophoniste lui demande toujours ça (le sujet a été abordé la semaine dernière). Il dit qu'il n'aime pas ça.

Petit silence.

O- Qu'est-ce qu'on fait ?

C- On lit.

Camille prend un livre qu'il n'avait encore jamais lu. Mais il veut le lire seul, « dans sa tête ».

L'orthophoniste propose que lui moi lisons. Camille veut bien que je lise. Je lis. Vers les 2/3 de l'histoire, je propose à Camille de prendre le relais. Il refuse. Il balance l'histoire vers l'orthophoniste : « toi, lis ». Mais l'orthophoniste insiste pour que Camille lise à haute voix. Il ne veut pas. Il dit alors qu'il va lire dans sa tête. L'orthophoniste rattrape alors la situation : « Bon, moi, je vais lire ». Et il finit l'histoire. Mais Camille est toujours sur le qui-vive pour tourner les pages. Même à la dernière page, quand -FIN- est écrit, il est prêt à tourner la page, en milieu de lecture. L'orthophoniste lui fait remarquer qu'il n'a pas fini.

Camille continue à lire après la fin de l'histoire : la bande-dessinée qui suit l'histoire. Tout seul. Mais en fait, il semble que Camille regarde les images plus qu'il ne lit. L'orthophoniste lui en fait la remarque, ce qui agace Camille qui ne veut rien entendre. Puis vient la page des jeux. Camille les regarde aussi. Là, l'orthophoniste l'arrête.

O- On va s'arrêter, là. Au revoir, Camille.

Il lui reprécise qu'il va appeler sa mère. Camille opine.

Fin de la séance. Camille ne conteste pas, il ne s'occupe pas de savoir si c'est réellement la fin de la séance ou pas.

Le 14 février 2013 : Camille est absent, malade.

Le 21 février 2013 : je ne suis pas là ce jour.

### Séance 14 – le 14 mars 2013

Camille arrive avec une serviette dans un sac.

Il parle des vacances à venir : il ira en Italie et en Belgique. En Italie parce qu'il y a un nouveau pape, et en Belgique pour voir Peter, le dessinateur de « Léon », nous dit-il. On ne connaît pas Léon, et lorsqu'on lui demande qui c'est, il nous répond que c'est une « mascotte ». Il nous dit aussi que sa maman travaille avec le dessinateur. Camille reparle du nouveau pape. Il dit qu'il est italien.

Puis il demande à dessiner au tableau. L'orthophoniste est d'accord. Il demande des craies rouges. Il veut faire une ligne et demande l'aide de l'orthophoniste, qui lui répond d'essayer, de faire sans lui. Camille dessine un quadrillage, à la craie blanche. Il le colorie en remplissant tout, avec 3 couleurs.

Puis il veut dessiner autre chose. Il nous demande ce qu'on veut qu'il dessine. L'orthophoniste dit que non, c'est à lui de choisir. Camille insiste. L'orthophoniste aussi.

O- Je suis sûr que tu vas trouver quelque chose à dessiner.

Camille réfléchit un peu, puis :

C- Un personnage ?

O- Ben oui.

Plus tard :

C- Ils sont comment ses cheveux ?

O- C'est ton personnage

C- Mais c'est aussi ton personnage !

O- Non, c'est le tien. Moi, je partage en regardant, mais c'est tout.

Je remarque qu'alors que Camille se tient sur le marche-pieds, il semble moins bancal, moins prêt à tomber qu'à d'autres moments.

Il dessine un personnage, une sorte de bonhomme carré qui ressemble à un robot

C- Il est terminé !

Puis il dit qu'il va dessiner son doudou. Il le dessine en plus petit, à côté du bonhomme, au niveau de sa tête. Enfin, il écrit la date au tableau : « 14/03/13 » et à côté : ou « jeudi 14 mars 2013 », la deuxième date soulignée en rouge.

Il dessine ensuite un soleil, la pluie, et finit en dessinant les jambes de son personnage.

Camille se dirige vers les jeux. L'orthophoniste lui propose la pâte à modeler. Il accepte avec joie. Nous modelons tous les trois.

### Séance 15 – le 21 mars 2013

Camille arrive à nouveau avec la serviette dans un sac.

L'orthophoniste lui demande s'il ne veut pas la laisser chez lui. Camille répond que de toute façon, son beau-père lui a dit qu'il ne fallait pas répondre.

Camille veut refaire de la pâte à modeler.

O- Tu n'as pas fini *Chat-tigre* !

C- Mais non, parce que sinon, j'aurais pas le temps pour la pâte à modeler.

O- Si, largement !

C- Mais j'ai pas envie.

O- Ah ! T'as pas envie, c'est pas pareil !

C- Je veux faire de la pâte à modeler.

O- Alors essaie de bien le dire.

Là, Camille dit parfaitement [f]aire.

On joue un peu avec la pâte à modeler. On fait une galette. Camille veut alors écouter l'histoire de *Roule-galette* sur You Tube. A partir du téléphone de l'orthophoniste, on trouve et regarde *Roule-galette*. Camille s'excite vite en regardant. Il nous dit qu'il aime bien la musique « quand la galette roule ». Quand la galette se met à rouler, il nous précise : « c'est là que j'aime bien ». L'orthophoniste le canalise : « tu es content, mais essaie de rester calme ».

Après l'histoire, Camille va chercher des jeux Hop Toys. Il souffle un peu dans le crocodile pour faire « voler les yeux ». L'orthophoniste en profite pour lui faire travailler la respiration nasale. Puis on regarde tout plein de jeux sonores de Hop Toys.

Il faut souvent recadrer Camille qui a tendance à s'énerver, à être fofou.

Mais il reste quand-même bien concentré quand l'orthophoniste lui demande de respirer avec le nez. Camille y réussit au moins sur commande.

Comme il reste du temps, Camille veut prendre un livre. Pas celui de *Chat-tigre*, il ne veut toujours pas. Après hésitation, il finit par reprendre l'imagerie du corps humain. Il dit qu'il veut lire dans sa tête. L'orthophoniste lui dit que non, dans ce cas, on arrête la séance. Camille choisit alors une double page, et la lit à voix haute.

La séance se termine. Camille se lève, il nous dit : « au jeudi prochain ! ».

Je lui dis que je ne serai pas là.

C- pourquoi ?

Cl- parce que je serai à l'école.

### Séance 16 – le 3 avril 2013

Camille vient avec sa mère et son beau-père.

Sa mère nous dit que Camille aime bien être entouré d'un adulte.

Puis elle nous dit que Camille parle très vite. « Comme son père ». Quand il rentre de chez son père, nous dit-elle, il parle encore plus vite.

Beau-père- Il faut constamment le stimuler, sinon, il ne fait rien.

L'orthophoniste parle d'une période un peu difficile que Camille a traversé, fin 2012. Là, il remonte la pente. Il reparle des problèmes psychomoteurs de Camille, du fait qu'il pouvait tomber. « Là, c'est mieux, tu as pris confiance dans ton corps ».

Mère- Il lit tout le temps, dès qu'il a un peu de temps. Ça le sauvera ! Il a une bonne orthographe, maintenant.

C- et une bonne conjugaison !

M- Oui, cette année, c'est mieux.

L'orthophoniste parle d'un manque d'assurance, d'un comportement de maîtrise qu'a Camille, qui l'empêche d'aborder les apprentissages dans la situation de classe.

M- Camille a du mal à jouer avec les copains à l'école : ils ne veulent pas jouer avec lui. Camille ne sait pas nous dire pourquoi.

B.P- C'est comme avec nous, il se met à jouer, ça va bien 5 minutes, et après il veut imposer sa façon de jouer, alors que c'est pas dans les règles. Ça agace les autres.

L'alimentation se passe bien. Camille mange de tout. Il aime bien faire des gâteaux.

L'orthophoniste trouve ça bien, cette idée de faire passer par le corps.

Il n'y a que le petit déjeuner qui pose problème.

B.P- Sa main ne lui obéit pas, il a du mal à saisir la boîte.

M- Il met du temps à manger une tartine.

Madame ajoute qu'elle n'est pas tout-à-fait d'accord avec son mari. Elle pense juste que c'est dur pour Camille de se réveiller, que Camille n'a pas tellement envie de manger le matin, et que eux l'y obligent.

L'orthophoniste part sur autre chose :

O- Ma priorité n'est pas tellement le sigmatisme. C'est plus le travail sur la relation avec les autres, qu'il ne se sente pas en danger, pour pouvoir apprendre, lire, écrire...

La maman répond alors que Camille apprend mieux : il y a eu un déclic, il peut mieux apprendre. Les tables de multiplications, les récitations, les leçons... Camille a une attitude beaucoup plus positive. Il montre lui-même à ses parents quel travail il a à faire. Avant, il rechignait. Sa mère dit qu'il prenait une attitude « un peu benêt », avec les bras qui tombaient.

Le beau-père cite à ce moment une fois où Camille est rentré de l'école avec une récitation à apprendre.

B.P- En fait, il la connaissait déjà parfaitement, avec une diction parfaite (allusion aux [f]). Après Camille était tout excité d'avoir réussi cet « exploit », il a été euphorique pendant 5 ou 10 minutes.

Camille parle à ce moment d'une sortie prévue la semaine suivante, dans une ferme pédagogique.

C- Il y a besoin d'un troisième accompagnateur, tu peux venir ? Dit-il à son beau-père.

Parents et orthophoniste concluent l'entretien en étant d'accord sur le fait que Camille a fait des progrès, et fait des efforts. Camille lance alors : « Parce que j'aime bien faire des efforts. » Le « f » est correctement articulé dans le mot « efforts »...

## **RÉSUMÉ**

Qu'est-ce qu'un symptôme ? Au-delà de la définition médicale connue et reconnue, la psychanalyse s'est elle aussi emparée de ce terme. Il s'agirait de la manifestation visible d'un trouble ou d'un traumatisme qui, parce qu'il est insupportable pour un sujet, a été refoulé dans l'inconscient. Il s'actualiserait alors sous une forme déplacée et/ou atténuée. Ce symptôme se manifeste parfois dans le langage : trouble d'articulation, difficulté d'acquisition du langage écrit... menant ceux qui en souffrent à consulter un orthophoniste. Ce dernier peut alors travailler avec son patient directement sur le trouble, le symptôme, afin d'essayer de le faire disparaître, puisque c'est en apparence ce qui pose problème. Mais il est aussi possible de ne considérer le symptôme que pour ce qu'il est : quelque chose de proposé au regard de l'autre, une construction subjective et identitaire, une création de la personne. Dans cette optique, l'orthophoniste pense que chercher à le supprimer n'aide pas toujours le patient de façon satisfaisante. Discuter du symptôme fait aussi intervenir d'autres concepts qui questionnent ici. Notamment le statut, pathologique ou non du symptôme, dans une société donnée. Le lien entre le symptôme et la demande de prise en charge en orthophonie. Enfin, l'appréhension du savoir, savoir du patient, savoir du praticien, et ce que l'un croit savoir du savoir de l'autre.

## **MOTS-CLÉS**

Symptôme – orthophonie – orthophoniste – psychanalyse – inconscient – refoulement – normal – pathologique – demande – désir – savoir – sujet.

## **ABSTRACT**

What is a symptom? Beyond the commonly accepted and recognized medical definition, the psychoanalysis has taken on this term too. It is supposed to refer to the visible expression of a disorder or to a trauma which, because it is unbearable for a person, was pushed back in the unconscious. It would therefore take form in a downgraded or/ and displaced manner. This symptom sometimes expresses itself in the language : articulation disorder, troubles with language acquisition... leading those who suffer from it to consult a speech therapist. The latter and his/her patient may then work on the disorder itself, the symptom, in order to try to get rid of it, since it is supposedly where the problem lies. But it is also possible to consider the symptom only for what it is : an image submitted to someone else's eyes, a subjective and identity construction, someone's creation. From this perspective, the speech therapist thinks that trying to get rid of the symptom does not always help the patient much. Talking about the symptom also brings other issues to the fore, especially the status of the very symptom, whether it is pathological or not, in a given society, or the link between the symptom and the care by a speech therapist, and ultimately the perception of the knowledge, knowledge of the patient, knowledge of the practitioner, and what we believe to be the knowledge of the other.

## **KEY-WORDS**

Symptom – orthophony – speech therapist – psychoanalysis – unconscious – expulsion – normal – pathological – demand – desire – knowledge – subject.