

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche
"Médecine et Techniques Médicales"
Année Universitaire 2008/2009

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

Présenté par

Julia FAURE

(née le 12/09/1984)

et

Fanny GOUTAUDIER

(née le 08/12/1985)

QUELLE PLACE POUR L'ESTIME DE SOI
CHEZ L'ENFANT
SUIVI EN ORTHOPHONIE ?

Président du Jury : Monsieur Tillier Christian, enseignant spécialisé
Directeur du Mémoire : Monsieur Quentel Jean-Claude, professeur en Sciences du
Langage à l'Université de Rennes 2
Membres du Jury : Madame Machuré Florence, orthophoniste

« 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 ni improbation ».

*« Qui ne perd pas l'estime de soi
peut atteindre les plus hautes cimes
qui soient. »*

Daniel Desbiens

SOMMAIRE

PREAMBULE **p.10**

INTRODUCTION **p.11**

PARTIE 1 : QU'EST-CE QUE L'ESTIME DE SOI ?

1. L'ESTIME DE SOI D'UN POINT DE VUE ETHIQUE **p.13**

1. Etymologie
2. Conception philosophique selon Vladimir Jankelevitch
3. Conception philosophique selon Kant

2. PREMIERE THEORIE SUR L'ESTIME DE SOI ETABLIE PAR WILLIAM JAMES **p.16**

1. Les éléments constitutants du moi
 - 1.1. Le moi matériel
 - 1.2. Le moi social
 - 1.3. Le moi spirituel
 - 1.4. La hiérarchie des moi
2. Les sentiments et les émotions du moi
3. Le souci de soi et l'instinct de conservation

3. LE NARCISSISME **p.22**

1. Historique
2. La théorie freudienne
 - 2.1. Le narcissisme primaire
 - 2.2. Le narcissisme secondaire
 - 2.3. Le moi
 - 2.4. L'idéal du moi
3. A la suite de Freud
 - 3.1. Mélanie Klein
 - 3.2. Donald Woods Winnicott
 - 3.3. Edith Jacobson

4. LA THEORIE D'OTTO KERNBERG : DU NARCISSISME A L'ESTIME DE SOI **p.30**

1. L'importance de la théorie des relations d'objet
2. Le soi dans la théorie structurale de l'appareil psychique

3. **Le narcissisme normal**
4. **L'estime de soi sous l'influence des structures psychiques**
 - 4.1. Les déterminants intrasystémiques
 - 4.2. Les déterminants intersystémiques
 - 4.3. Les déterminants externes
5. **Les conséquences sur la régulation de l'estime de soi**
6. **Le narcissisme, l'estime de soi et les pathologies de la personnalité**

PARTIE 2 : LES PREMICES DE L'ESTIME DE SOI AU SEIN DE LA RELATION

1. **LACAN ET LE STADE DU MIROIR** p.40
2. **WINNICOTT ET L'IMPORTANCE DE L'ENVIRONNEMENT** p.43
 1. **Le visage de la mère**
 2. **La fonction de l'environnement**
 - 2.1. Vers la capacité à être seul
 - 2.2. Des besoins qui évoluent
 3. **La mère suffisamment bonne**
 - 3.1. L'adaptation de la mère
 - 3.2. Les différentes formes de soins apportés par la mère
3. **LE SENS MORAL INNE DU BEBE** p.48

PARTIE 3 : L'ENQUETE PAR ENTRETIEN

1. **QU'EST-CE QU'UN ENTRETIEN ?** p.51
 1. **Les caractéristiques de l'entretien**
 2. **L'entretien est avant tout une rencontre**
 3. **L'entretien comme fait de parole**
 4. **La valeur de l'entretien**
 5. **L'entretien face aux résistances**
2. **LA PREPARATION DE L'ENQUETE** p.53
 1. **L'entretien versus questionnaire**
 2. **La nature de notre enquête**
 - 2.1. La population
 - 2.2. La sélection du corpus
 - 2.3. Le mode de constitution du corpus
 - 2.4. Le mode d'accès aux interviewés
 3. **La trame de l'entretien**

3. LA REALISATION DES ENTRETIENS **p.58**

1. Les paramètres de la situation d'entretien

- 1.1. L'environnement
- 1.2. La scène
- 1.3. Les acteurs

2. Le cadre

3. Les modes d'intervention

- 3.1. L'écoute
- 3.2. Les interventions

4. L'ANALYSE DES ENTRETIENS **p.61**

PARTIE 4 : L'ESTIME DE SOI DU POINT DE VUE DE L'ORTHOPHONISTE

1. LEUR DEFINITION **p.63**

1. Une notion subjective

2. Intrication des termes

- 2.1. La confiance en soi
- 2.2. L'image de soi
- 2.3. L'amour propre
- 2.4. L'affirmation de soi

3. La capacité à se distancer

4. La capacité à établir des comparaisons

5. Le caractère évolutif de l'estime de soi

6. Le rapport à l'autre

2. LES MANIFESTATIONS D'UNE ESTIME DE SOI ALTEREE **p.69**

1. Dans le langage

- 1.1. Les formules d'échec
- 1.2. Le mutisme
- 1.3. La précipitation à répondre

2. Dans le comportement

- 2.1. L'inhibition
- 2.2. L'effondrement
- 2.3. L'évitement
- 2.4. L'agitation

3. Dans le langage corporel

- 3.1. Les attitudes corporelles
- 3.2. Le regard

3. L'ESTIME DE SOI EN LIEN AVEC L'ECHEC SCOLAIRE **p.74**

1. Les facteurs spécifiques et généraux dans les apprentissages

2. L'estime de soi et les apprentissages

3. L'école au cœur de la valorisation des enfants
4. Les blessures de l'échec scolaire
5. Le cercle vicieux des troubles d'apprentissage

4. LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES ORTHOPHONISTES p.77

1. **Les notions de transfert et de contre-transfert**
 - 1.1. Le transfert
 - 1.2. Le contre-transfert
2. **Les sentiments des orthophonistes**
 - 2.1. Les sentiments d'échec et d'impuissance
 - 2.2. Le doute
 - 2.3. La culpabilité

5. LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PARENTS p.81

1. **Le deuil de l'enfant rêvé**
2. **Les réactions adoptées face à la mésestime de leur enfant**
 - 2.1. La fuite et le déplacement
 - 2.2. L'impuissance
 - 2.3. La violence des propos
 - 2.4. La pression imposée
 - 2.5. La culpabilité

PARTIE 5 : LES MOYENS A DISPOSITION DES ORTHOPHONISTES

1. LA PEDAGOGIE RELATIONNELLE DU LANGAGE p.90

1. Qu'est-ce que la PRL ?
2. Le déroulement de la PRL

2. LA JUSTE DISTANCE THERAPEUTIQUE p.95

1. **La formation**
2. **La réflexion personnelle**
3. **L'intervention d'un tiers**
4. **Les synthèses en équipe**
5. **Les groupes d'analyse de la pratique**
 - 5.1. Historique
 - 5.2. Pratique professionnelle
 - 5.3. Les principes fondateurs du groupe d'analyse de la pratique

3. LES ATTITUDES THERAPEUTIQUES p.106

1. **L'empathie**
2. **L'écoute et la disponibilité**

3. Les sentiments de sécurité et de confiance

- 3.1. Le cadre rééducatif
- 3.2. Les routines
- 3.3. Les attitudes sécurisantes

4. La valorisation

- 4.1. Encourager
- 4.2. S'adapter
- 4.3. Susciter la motivation

5. Etre vrai et authentique

6. L'adaptation à l'enfant

7. La notion de plaisir

4. L'ACCOMPAGNEMENT PARENTAL

p.119

1. Qu'est-ce que l'accompagnement parental ?

2. L'accompagnement parental et l'estime de soi

3. La place particulière de l'orthophoniste

- 3.1. L'orthophoniste, thérapeute du langage
- 3.2. Un travail sur le long terme

4. Le nouveau regard porté sur l'enfant

5. Une relation de confiance

6. Les risques de l'accompagnement parental

5. LE JEU

p.125

1. Les différents types de jeu et leurs fonctions

- 1.1. Les jeux d'exercice
- 1.2. Les jeux de règles
- 1.3. Les jeux symboliques

2. La place particulière du jeu : entre le dedans et le dehors

3. La créativité dans le jeu

4. Le jeu en tant que nécessité

5. Jouer pour communiquer et exprimer ses sentiments

CONCLUSION

p.134

BIBLIOGRAPHIE

p.136

ANNEXES

p.139

PREAMBULE

Nous avons décidé de réaliser ensemble le mémoire de fin d'études, en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Pendant nos quatre années d'études, nous avons constaté que nous partagions une curiosité commune et des interrogations similaires. Au-delà de l'apport théorique de notre formation concernant les différentes pathologies, notre volonté était d'aborder ce qui pouvait être en jeu chez le patient suivi en orthophonie sur le plan affectif et émotionnel. Conscientes que la demande d'aide du patient provient d'une souffrance et d'une volonté de changement, nous supposons que des difficultés d'ordre psychologique pouvaient en émerger.

Notre réflexion s'est donc centrée sur le ressenti de l'enfant face à ses difficultés. En effet, au fil de nos conversations et de nos observations réalisées en stage, nous avons compris que l'estime de soi était en jeu lors des prises en charge orthophoniques. C'est ainsi que s'est profilé le thème de ce mémoire.

Nous avons réfléchi de concert aux hypothèses de travail, au plan général du mémoire, puis au plan de chacune des parties. Nous nous sommes réparti la lecture des ouvrages bibliographiques, et avons mis en commun les résultats de leur étude. Enfin, nous nous sommes partagé les tâches rédactionnelles, tout en nous consultant l'une et l'autre pendant l'écriture. Nous avons effectué des relectures dans une dynamique d'échange perpétuel et permanent.

En fin de compte, les contraintes du travail à deux nous apparaissent légères comparées à ses intérêts. Ce mémoire est le fruit d'un enrichissement mutuel.

INTRODUCTION

Notre recherche s'établit à partir d'une interrogation émergeant lors de nos stages : L'estime de soi est-elle en jeu dans la pratique orthophonique ?

Evidemment nous ne sommes pas psychologues. Bien sûr, nous ne sommes pas non plus des éducateurs. Quelle position devons-nous alors adopter, en tant qu'orthophonistes, face à un enfant qui, à travers son comportement, reflète son malaise ?

L'estime de soi est une préoccupation largement répandue et ce terme est de plus en plus utilisé dans la littérature et les médias. Cette popularité est certainement sous-tendue par une recherche de sens dans l'ensemble de notre société de consommation qui véhicule surtout des valeurs reliées à l'« avoir » plutôt qu'à l'« être ». S'estimer, c'est trouver acceptable l'évaluation que l'on a de sa personne. Chaque individu se fait une idée subjective de lui-même et, au fil des expériences, se forge une image qui varie dans le temps.

Lors de nos stages, nous avons rencontré des enfants qui présentaient des troubles du langage et des difficultés de communication. Nous avons été interpellées par leur difficulté à *être* et par leur malaise relationnel. A partir de ce constat, des questions sont nées : Qu'est-ce que l'estime de soi ? Comment posons-nous un jugement sur nous-mêmes ? Quels liens existe-t-il entre l'estime de soi et le narcissisme ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons effectué des recherches à travers différents courants théoriques : la psychanalyse, l'éthique, la philosophie. Nous nous sommes alors rendu compte de l'hétérogénéité et de la diversité des références en la matière. Maintes fois traitée par de grands auteurs, la définition de l'estime de soi est pour autant encore très subjective et personnelle.

Un autre questionnement vit le jour au cours de ce travail de recherche : de quelle manière se fonde une bonne estime de soi ? L'estime de soi peut-elle être influencée au sein de la relation ? Nous avons donc choisi de compléter nos recherches par la lecture d'auteurs décrivant l'importance des premières interactions.

Ainsi apparut, au fur et à mesure de notre réflexion, la problématique de notre sujet. Puisque l'estime de soi est une valeur indissociable de notre personnalité, et qu'elle se manifeste dans nos rapports avec autrui, comment pouvons-nous ne pas en tenir compte en orthophonie ? Comment répondre à la demande de l'enfant sans négliger ni intervenir directement sur cette notion ? L'altération de l'estime de soi peut empêcher l'enfant d'entrer dans le langage et dans les apprentissages. Comment oriente-t-elle la prise en charge de l'orthophoniste ?

A travers toutes ces interrogations, une question fondamentale s'est imposée à nous : Quelle place accorder à l'estime de soi chez l'enfant suivi en orthophonie ?

Les réponses les plus pertinentes nous semblent évidemment être dans les propos de celles et ceux qui exercent ce métier chaque jour et qui ont peut-être été déjà confrontés à ce même questionnement. Nous sommes donc allées à la rencontre de ces professionnels qui nous ont parlé de leur travail, de leur expérience, de leur histoire et donc un peu d'eux-mêmes. Ces entretiens, riches en vécu, en doutes, en situations cliniques, sont le terreau de notre travail. A partir de cette parole, nous avons pu chercher des pistes de réflexion à notre recherche. Ainsi nous proposons de mettre en lumière certains moyens à notre disposition qui nous permettent de mieux accompagner et aider l'enfant qui s'estime peu.

PARTIE 1 : QU'EST-CE QUE L'ESTIME DE SOI ?

1. L'ESTIME DE SOI D'UN POINT DE VUE ETHIQUE

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressées à l'estime de soi d'un point de vue éthique. Nos recherches se sont portées du côté de la philosophie et notre réflexion s'est orientée sur le sens général de l'estime de soi.

1. Étymologie

Le terme « estimer » vient du latin « aestimare » et signifie « déterminer la valeur de », « avoir une opinion favorable sur ». L'estime de soi se définit comme étant un sentiment favorable, né de la bonne opinion qu'on a de son mérite et de sa valeur.

Mais comment se fondent nos critères de jugement sur nous-mêmes ? Quels sont les processus qui conduisent à introduire de la valeur dans le monde, à conférer du crédit aux choses ?

2. Conception philosophique selon Vladimir Jankelevitch

Vladimir Jankelevitch, dans son ouvrage philosophie morale déclare : « pour surprendre en soi-même les secrets les plus mystérieux de l'esprit, il faudrait rétrécir le plus possible, sans l'annuler, l'intervalle du sujet à l'objet. »¹ Il s'agirait en fait de se voir sans se regarder. Mais, on ne peut se regarder dans un miroir sans surprendre son propre regard. En ce sens, on peut dire que nous ne nous sommes jamais vus nous-mêmes objectivement, puisque dans toutes nos images, notre regard nous poursuit. L'auto-analyse paraît ainsi acrobatique. Vladimir Jankelevitch affirme également que « ce n'est pas la même partie du moi qui est au même moment et au même point de vue le spectateur et le spectacle. La conscience ménage un vide,

¹ Jankelevitch V., (1998), *philosophie morale*, Paris, Flammarion, p.59.

si minuscule soit-il entre le sujet et l'objet. »² La difficulté de la connaissance de soi serait donc une difficulté psychologique : comment penser, en dehors du moi, un objet si proche de ce moi ?

Aristote, dans l'antiquité, nie que l'individu puisse avoir une relation avec soi. La complexité réside dans le fait que pour s'estimer, il faille à la fois être juge et partie de soi. Vladimir Jankelevitch indique : « la conscience, incapable de projeter l'objet au dehors, essaiera du moins de diviser au-dedans. Elle fera que « l'objet », bien qu'il soit maintenant la chair de sa chair, lui paraisse néanmoins extérieur. »³ Le « nous-même » qui est objet n'est plus exactement le « nous-même » qui est sujet. Selon l'expression de Plotin, « c'est une lumière qui se voit elle-même. »⁴ Angelus Silesius déclare, lui : « je ne sais pas ce que je suis, je ne suis pas ce que je sais. »⁵ Ce qui s'établit entre moi-même et moi-même n'est pas un tête-à-tête indifférent. C'est une intimité indissoluble du « for intérieur ».

Il y a lieu de distinguer la contemplation, qui est un bon jugement, un jugement positif sur soi-même et la condamnation qui est une conscience qui s'accuse elle-même, qui a horreur de soi. Ce n'est pas sans raison que la morale traditionnelle parle métaphoriquement de « tribunal intérieur ». Dans cette contemplation secrète où ma personne est directement mise en cause, la conscience morale évalue mes actions. Il s'agit d'une appréciation intuitive d'un donné – en l'occurrence d'un donné qui est moi. Or tout ce qui est à moi a une valeur, c'est-à-dire peut être bon ou mauvais. Vladimir Jankelevitch dit « la valeur d'un sentiment, d'une intention, d'un mouvement de l'âme ne désigne plus telle particularité de structure, tel détail morphologique, mais la signification de ce sentiment dans la totalité de notre vie. »⁶ Ainsi la valeur désigne ce qui, dans la personne, est tout ensemble le plus général et le plus central. Jankelevitch précise qu'elle intéresse notre ipséité. Il s'agit du pouvoir d'un sujet pensant de se représenter le même, malgré tous les changements physiques et psychologiques qui peuvent advenir à sa personne au cours de son existence. De là vient que la conscience morale est uniquement conscience pour soi. Selon Jankelevitch, « la conscience morale se replie sur la personne, c'est une confiance, un mystère si profond que nous hésitons nous-mêmes à

² Jankelevitch V., (1998), *philosophie morale*, Paris, Flammarion, p.59.

³ Jankelevitch V., (1998), *philosophie morale*, Paris, Flammarion, p.61.

⁴ Plotin, dans Jankelevitch V., (1998), *philosophie morale*, Paris, Flammarion, p.61.

⁵ Angelus Silesius, dans Jankelevitch V., (1998), *philosophie morale*, Paris, Flammarion, p.61.

⁶ Jankelevitch V., (1998), *philosophie morale*, Paris, Flammarion, p64.

nous l'avouer et qui reste en général inexprimé, incommunicable. »⁷ Ce for intime n'est en somme que le contact du moi avec lui-même.

L'estime de soi pourrait se définir comme une espèce de sensibilité. Un rien fait souffrir les natures morales, elles vibrent et font écho à toutes les conjonctures ; un acte indifférent pour tout le monde fera pour elles question. Jankelevitch exprime : « rien de ce qui intéresse l'âme humaine n'est indifférent ; n'y eut-il au monde qu'une seule conscience morale, cela suffirait déjà pour que les choses se répartissent dans l'univers selon une dimension toute nouvelle, d'après un certain ordre de profondeur qui est celle de leur excellence. »⁸ Elles ne sont plus simplement des choses qui existent, elles « méritent » ou ne « méritent pas » d'exister, elles se distribuent autour de nous selon une hiérarchie qui n'est fondée dans leur nature objective, mais dans nos préférences surnaturelles. Pour les philosophes, conscience morale et estime de soi peuvent se rapprocher. Ce sont les mêmes processus qui sont en jeu et qui nous permettent de conférer du crédit aux choses et à nous-mêmes.

3. Conception philosophique selon Kant

Kant a établi un point de vue philosophique sur l'estime de soi. Il parle de dignité plutôt que d'estime de soi. C'est dans le contexte de la pensée stoïcienne et de la philosophie des lumières que les notions philosophiques de dignité et de respect de soi ont établi leur emprise et se sont épanouies. Kant reconnaît que la notion ordinaire de dignité désigne un statut honorable qu'autrui doit reconnaître et qui impose certaines attitudes, un maintien et un comportement approprié aux personnes jouissant d'un tel statut. Sans nier qu'il peut être approprié, dans certaines circonstances et dans certaines limites, de tenir en haute estime une position sociale particulière, Kant soutient que « chaque être humain est doté de dignité en vertu de sa nature rationnelle. »⁹

Kant a élaboré cette conception de la dignité en s'inspirant de nombreuses sources parmi lesquelles certains thèmes de la pensée stoïcienne et chrétienne sont présents dans l'œuvre de Rousseau. Les stoïciens, accordent une valeur essentielle à l'usage des capacités rationnelles

⁷ Jankelevitch V., (1998), *philosophie morale*, Paris, Flammarion, p64.

⁸ Jankelevitch V., (1998), *philosophie morale*, Paris, Flammarion, p65.

⁹ Canto-Sperber M. « et coll. », (1996), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 143.

permettant de se maîtriser et de dépasser l'opinion d'autrui. Ces idéaux de « volonté » et de comportement sont, selon les stoïciens, à la portée de toute personne quel que soit son statut social, ses talents individuels et sa richesse matérielle. Par conséquent, l'homme peut mener une vie digne de sa situation d'être humain, vivant sans se préoccuper de manière excessive des pertes et des gênes, des douleurs et des plaisirs personnels. « Les stoïciens octroient une valeur primordiale à la possibilité des individus de faire usage de leur raison dans les jugements et les comportements qui dépendent d'eux-mêmes. »¹⁰

En résumé, l'estime de soi est un sentiment intrinsèque, propre à chaque individu, quel que soit le contexte social dans lequel il évolue. Kant et Jankelevitch nous amènent à croire que l'estime de soi, c'est-à-dire le fait d'attribuer une valeur au soi, est d'ordre axiologique, éthique, et non pas sociologique. L'estime de soi ne se fonderait donc pas dans le regard de l'autre. Néanmoins, il nous paraît intéressant de préciser que l'estime que nous nous portons interfère dans nos rapports aux autres. Notre estime de soi s'éprouve dans nos relations, sans en dépendre.

2. PREMIERE THEORIE SUR L'ESTIME DE SOI ETABLIE PAR WILLIAM JAMES

Plusieurs auteurs confondent la définition du concept de soi avec celle de l'estime de soi. Alors que le concept de soi représente la description de soi (par ex., « Je suis diplomate »), l'estime de soi renvoie au critère évaluatif établi en fonction d'une norme idéale construite à l'aide de comparaisons avec les autres personnes (par ex. : « Je suis plus diplomate que la plupart des filles de ma classe »). Cela dit, le principe d'évaluation ne s'effectue pas directement au regard de l'autre ; c'est l'individu qui, éthiquement, introduit la comparaison et lui donne une valeur, confirmée ou non ultérieurement par le regard de l'autre.

¹⁰ Canto-Sperber M. « et coll. », (1996), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 143.

Cette caractéristique évaluative a été utilisée et analysée pour la première fois par le médecin, psychologue et philosophe Williams James (1842-1910) dans son ouvrage Psychology Briefer Course (1892). William James définit l'estime de soi en s'appuyant principalement sur la dynamique intrapsychique du sujet. Dans cette perspective, l'articulation entre le moi actuel et les prétentions du sujet remplit une fonction indispensable.

Nous avons donc choisi de nous fier à la théorie de William James, selon la définition qu'il donne du moi, pour envisager la définition de l'estime de soi, d'un point de vue psychanalytique. Actuellement, sa théorie peut paraître désuète mais elle nous a semblé incontournable, afin d'aborder le sujet à sa source.

William James donne une importance toute particulière au moi qu'il divise en trois parties qui concernent respectivement :

- ses éléments constitutants
- les sentiments et les émotions qu'ils suscitent
- et les actes qu'ils nous incitent à accomplir – le souci de soi et l'instinct de conservation.

1. Les éléments constitutants du moi

1.1. Le moi matériel

« Le moi matériel ou physique, le plus marquant, évoque le corps de la personne, les vêtements qui l'enveloppent, la famille (père, mère, frère, etc.) et les proches, la maison et d'autres biens matériels que la personne détient. »¹¹

Selon les principes de biologie animale, nous sommes tous dotés d'impulsions liées au souci de soi et de sentiments de satisfaction de soi. Si notre conscience n'avait qu'une fonction cognitive, si elle ne préférait pas certains objets parmi tous ceux qui, chacun à leur tour, se présentent à elle, elle ne pourrait se maintenir longtemps en vie ; car l'apparition de chaque esprit humain dépend de l'intégrité du corps auquel il appartient, du traitement que ce corps reçoit des autres. Chaque esprit doit avoir une certaine quantité minimale d'égoïsme sous

¹¹ James W., (2003), *Précis de psychologie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.

forme d'instinct de conservation du corps pour pouvoir exister. Chaque esprit a dû en venir à s'intéresser de près au corps auquel il est uni, indépendamment de l'intérêt qu'il peut porter à l'ego pur dont il est également pourvu.

1.2. Le moi social

« Le moi social d'un individu émane de la reconnaissance dont il jouit auprès de ses pairs. En effet, on ne pourrait imaginer de punition plus sévère, si une telle chose était physiquement possible, que d'envoyer quelqu'un dans une société dont aucun membre ne lui accorderait la moindre attention. Si personne ne se retournait à notre entrée, ne répondait à nos paroles, ou ne prêtait attention à nos actes, et si chaque personne rencontrée nous ignorait et faisait comme si nous n'existions pas, une sorte de rage et un désespoir impuissant ne tarderaient pas à surgir en nous. »¹²

A proprement parler, un homme possède autant de moi sociaux qu'il existe de relations sociales dans lesquelles il entre. Porter atteinte à une seule de ses images reviendrait à porter atteinte à sa propre personne. Mais comme les individus qui se le représentent se rangent naturellement en classes, on peut dire pratiquement qu'il possède autant de moi sociaux différents qu'il existe de groupes distincts de personnes avec lesquels il interagit.

1.3. Le moi spirituel

« Il faut entendre par le moi spirituel l'ensemble de tous nos états de conscience, de nos facultés psychiques et de nos dispositions. »¹³ Cet ensemble peut à tout moment devenir l'objet de notre pensée et susciter alors des émotions semblables à celles que suscite n'importe quelle autre partie du moi. Nos facultés sensibles, par exemple, sont des attributs pour ainsi dire moins intimes que nos émotions ou nos désirs. Les sentiments les plus actifs de nos états de conscience sont les parties les plus centrales de notre moi spirituel.

¹² James W., (2003), *Précis de psychologie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.

¹³ James W., (2003), *Précis de psychologie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.

1.4. La hiérarchie des moi

Les différents ordres de l'estime de soi découlent d'une hiérarchie, dont le degré inférieur serait occupé par le moi corporel, le degré supérieur par le moi spirituel, et les degrés intermédiaires par les moi matériels non corporels et les divers moi sociaux. « L'intérêt que nous portons naturellement à notre moi nous pousse à faire croître tous ces moi ; nous ne renonçons délibérément qu'à ceux que nous nous trouvons incapables de conserver. »¹⁴

D'autre part, le jugement moral immédiat joue également sans conteste un rôle ; nous appliquons à notre propre personne des jugements formulés à l'origine pour évaluer les actes des autres.

L'une des lois les plus étranges de notre nature veut que des choses qui nous satisfont pleinement chez nous-mêmes nous dégoûtent lorsque nous les voyons chez autrui. Si nous étions entièrement livrés à nous-mêmes, nous laisserions sans doute toutes les tendances telles que la jalousie, l'orgueil, la cupidité s'épanouir en nous sans frein, et il nous faudrait beaucoup de temps avant d'avoir une notion claire de leur rang inférieur dans la hiérarchie des valeurs. Mais comme il nous faut sans cesse porter des jugements sur nos pairs, il ne nous faut pas longtemps pour voir nos propres désirs dans le miroir des désirs des autres, et pour que nous les *concevions* tout autrement que nous les *ressentions*.

Il advient donc que les hommes placent sur une échelle hiérarchique, les différents moi qu'ils poursuivent selon leur valeur. « C'est l'individu qui place le niveau zéro de l'échelle des valeurs, tandis que la société produit un code définissant ce qui est bon du point de vue de la morale sociale. »¹⁵ Une certaine dose d'égoïsme corporel est le fondement nécessaire de tous les autres moi. De plus, l'ensemble des moi sociaux se situe plus haut que l'ensemble des moi matériels. Notre honneur, nos amis, nos attachements humains nous importent plus qu'une solide santé et une fortune conséquente. Quant au moi spirituel, il est, selon James, « supérieurement précieux. »

¹⁴ James W., (2003), *Précis de psychologie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.

¹⁵ James W., (2003), *Précis de psychologie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.

2. Les sentiments et les émotions du moi

William James évoque à ce propos l'estime de soi, dont il distingue deux sortes : la « satisfaction » et le « mécontentement de soi ».

Sans aucun doute, lorsqu'on est content de soi, on repasse avec plaisir en son esprit toutes les récompenses possibles pour son mérite, et lorsqu'on succombe à un accès de désespoir, on s'attend au malheur. Mais la simple attente d'une récompense n'est pas le contentement de soi et la simple appréhension du malheur n'est pas le désespoir ; car le sentiment de soi-même qui nous accompagne toujours a une certaine tonalité, indépendante des raisons objectives de satisfaction ou de mécontentement qu'on peut avoir.

« Les émotions mêmes de contentement de soi ou d'humiliation sont uniques en leur genre et chacune mérite d'être classée comme une espèce émotionnelle primitive. »¹⁶ Chacune possède en effet sa propre expression physiologique particulière. D'autre part, ces sentiments du moi peuvent naître sans qu'aucune cause ne les ait suscités ou ne les justifie. En effet, « le baromètre de notre estime de nous-mêmes et de notre confiance en nous oscille d'un jour à l'autre suivant des causes qui semblent être viscérales et organiques plutôt que rationnelles et qui en aucune manière ne correspondent à des variations dans l'estime que nous portent nos proches. »¹⁷

William James cite quelques manifestations de l'estime de soi selon le type de moi abordé :

-concernant le moi matériel, l'estime de soi se révèle par la vanité, la modestie ou encore l'orgueil.

-Concernant le moi social, l'estime de soi s'exprime par un orgueil social, la vanité, l'humilité ou la pudeur.

-Concernant le moi spirituel, l'estime de soi peut prendre la forme d'un sentiment de supériorité morale ou intellectuelle ou bien d'un sentiment d'infériorité et de culpabilité.

¹⁶ James W., (2003), *Précis de psychologie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.

¹⁷ James W., (2003), *Précis de psychologie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.

3. Le souci de soi et l'instinct de conservation

Le souci de notre moi social est directement soutenu par notre désir d'être aimé et de nous faire des amis, notre désir de plaire et d'attirer l'attention et l'admiration, notre désir d'imiter et notre jalousie, notre amour de la gloire, de l'influence et du pouvoir, et il l'est directement par toutes les impulsions matérielles de ce souci de soi qui se révéleront utiles pour nous à des fins sociales. « Ce qui est d'ailleurs remarquable à propos du désir d'être « reconnu » par les autres est que sa force ait si peu de rapport avec la valeur de la reconnaissance escomptée. »¹⁸

Notre pensée choisit et sélectionne sans cesse, parmi les nombreux éléments d'une classe, lesquels seront pour elle des réalités. « Par là même, elle choisit l'un des nombreux moi ou caractères possibles, et dès lors ne considère pas comme honteux de ne pas persévérer dans ceux qu'elle n'aura pas reconnus expressément pour siens. »¹⁹ Voici pour illustration le paradoxe d'un individu mort de honte parce qu'il est seulement le deuxième boxeur ou le deuxième rameur du monde. Le fait qu'il soit plus fort que tout le reste du monde à part un individu ne lui importe pas ; il s'est mis en tête de battre cet homme-là, et tant qu'il n'y parvient pas, rien d'autre ne compte pour lui. A ses yeux, c'est comme s'il n'existait pas. En revanche, tel gringalet chétif n'en éprouve aucune peine, car il a depuis longtemps renoncé à toute tentative de cet ordre. Pas de tentative, pas d'échec ; pas d'échec, pas d'humiliation.

Ainsi, William James conclut que notre sentiment du moi en ce monde dépend entièrement de ce que nous avons l'intention d'être et de faire : il dépend du rapport entre ce que nous accomplissons et notre potentiel supposé. Rapport que James note de la façon suivante :

Estime de soi = succès / prétentions

Un tel rapport peut cependant être modifié. En d'autres termes, cela signifie que plus les réussites d'une personne s'écartent de ses aspirations, plus son estime de soi est faible. A l'inverse, plus les réalisations d'un individu rejoignent ses ambitions, plus son estime de soi est forte. « Renoncer à des prétentions procure un soulagement tout aussi grand que de les justifier ; et le renoncement est ce que les hommes choisissent invariablement lorsque la déception est permanente et la lutte incessante. Etrangement, on se sent aussi le cœur

¹⁸ James W., (2003), *Précis de psychologie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.

¹⁹ James W., (2003), *Précis de psychologie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.

extrêmement plus léger une fois qu'on a accepté de bonne foi son incompetence dans un domaine particulier. »²⁰ Nous avons donc tout pouvoir sur le sentiment que nous avons de nous-mêmes. Comme le dit Thomas Carlyle, écrivain et historien écossais du XIX^{ème} siècle : « réduisez à néant vos prétentions et le monde sera à vos pieds [...] ».

3. LE NARCISSISME

Les psychanalystes ne sont pas tous d'accord sur la définition du narcissisme ; en revanche, tous reconnaissent que le concept recouvre une pluralité de phénomènes, observables en clinique, très différents les uns des autres bien qu'ils puissent tous être ramenés à une source commune. Le narcissisme est pluridimensionnel et pour Grunberger, « la polysémie du concept s'explique par le fait que le narcissisme n'existe jamais à l'état pur mais toujours associé à d'autres facteurs. »²¹ On parlera ainsi de narcissisme primaire et de narcissisme secondaire, de narcissisme normal et de narcissisme pathologique.

1. Historique

Compte tenu de la complexité du problème, il est intéressant de se reporter à l'évolution historique du concept de narcissisme :

C'est à la fin du XIX^{ème} siècle que le terme fut pour la première fois employé par le psychiatre Havelock Ellis afin de décrire un comportement pervers consistant en l'amour exclusif de soi, à l'instar de Narcisse, personnage de la mythologie grecque.

En 1908, le psychanalyste Sadger proposa au langage psychanalytique le narcissisme pour désigner l'amour de soi dans le choix d'objet des homosexuels. Cependant, contrairement à Ellis, il concevait que le narcissisme pût représenter un stade normal de l'évolution psychosexuelle de tout individu.

²⁰ James W., (2003), *Précis de psychologie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.

²¹ Grunberger, dans Dessuant P. (1983), *Le Narcissisme*, Paris, Presses Universitaires de France, p.23.

C'est en 1914 que Freud, dans l'étude Pour introduire le narcissisme, présente le concept en tant que tel dans l'ensemble de la théorie psychanalytique. Le narcissisme est défini comme un phénomène libidinal de portée générale et occupe une place capitale dans le développement sexuel régulier de tout être humain. Freud voit dans le narcissisme un stade normal et transitoire de l'évolution.

2. La théorie freudienne

Freud définit le narcissisme comme l'investissement de l'énergie libidinale qui prend pour objet le moi. Il émet l'hypothèse de l'existence d'un narcissisme primaire à l'œuvre à une période précoce du développement. Il serait responsable d'un état dans lequel on retrouverait ce qui caractérise la mégalomanie : surestimation des désirs et de la pensée, croyance en la toute-puissance magique du geste et de la parole...On qualifie de « secondaire » le narcissisme qui résulte du retour dans le moi de la libido retirée aux objets.

Qu'en est-il plus précisément du narcissisme primaire ? De ses rapports avec l'auto-érotisme et le narcissisme secondaire ? Qu'entend-on par l'« idéal du moi » ? Quel est ce moi, objet de l'amour narcissique ?

2.1. Le narcissisme primaire

Dans un premier temps, « le sujet commence par se prendre lui-même, son propre corps, comme objet d'amour. »²² A ce stade du développement, le rapport à la réalité n'existe pas encore. Ce n'est que plus tard, que l'investissement de l'objet unique du narcissisme primaire (le corps) débordera vers l'extérieur pour s'étendre aux objets de la réalité. Ainsi le narcissisme primaire est conçu comme un état intermédiaire entre l'auto-érotisme et l'instauration du principe de réalité.

²² Freud, dans Laplanche J. et Pontalis J.B., (1967), *vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 261.

Pour la psychanalyse, l'auto-érotisme ne peut être réduit à l'obtention de la satisfaction pulsionnelle par le sujet lui-même recourant à son propre corps sans faire appel à l'objet, comme c'est le cas par exemple dans la masturbation. Bien au contraire, « la notion d'auto-érotisme se définit à partir du morcellement originaire de la pulsion sexuelle en plusieurs pulsions partielles qui correspondent aux différentes zones érogènes »²³. L'objet n'est pas conçu, à cette époque, dans sa totalité. Le rapport à l'objet est donc à entendre comme une relation à l'objet partiel (le sein par exemple en tant que signifiant de la mère). L'objet est partiel du point de vue du psychanalyste mais pour l'enfant la notion de partiel ne signifie rien (pour le bébé qui tète, le sein représente un tout).

Les manifestations des tendances sexuelles existent déjà dès le début de la vie. Elles ne sont cependant pas dirigées vers un objet extérieur. Chacune des tendances recherche le plaisir sans se préoccuper des autres et trouve sa satisfaction sur le corps propre de l'individu. C'est la phase de l'auto-érotisme. « Le stade de l'auto-érotisme correspond donc à une époque qui précède la convergence des pulsions partielles sur l'objet unique que représente le moi et qui définit le narcissisme primaire »²⁴. Le narcissisme primaire résulte du rassemblement des pulsions partielles jusqu'alors isolées.

En conclusion, le narcissisme primaire est un état intermédiaire qui se situe entre le stade de l'auto-érotisme où chaque partie du corps jouit de soi-même pour son propre compte, et le stade où s'établit le principe de réalité avec les premières relations objectales.

2.2. Le narcissisme secondaire

Au cours du développement et au contact de la réalité, l'égoïsme infantile s'amenuise en même temps que la libido se tourne davantage vers l'extérieur pour investir les objets. « Le narcissisme secondaire se définit par le repli sur le sujet de la libido jusqu'alors investie dans les objets du monde externe. »²⁵ Cette définition insiste sur l'idée de mouvement. Nous savons par ailleurs qu'un des caractères de la libido est de pouvoir passer assez facilement d'un objet à un autre. Il est ainsi possible de concevoir le narcissisme secondaire comme le

²³ Dessuant P. (1983), *Le Narcissisme*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 28.

²⁴ Dessuant P. (1983), *Le Narcissisme*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 28.

²⁵ Dessuant P. (1983), *Le Narcissisme*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 109.

résultat d'un mouvement régressif au cours duquel la libido prend pour objet le sujet lui-même.

« Le narcissisme du moi est un narcissisme secondaire retiré aux objets. »²⁶ Cette définition implique la notion d'un moi déjà constitué (il ne saurait en effet être question de narcissisme secondaire avant l'apparition du moi) et corrélativement celle de l'établissement des relations objectales. On ne peut parler de narcissisme secondaire que dans la mesure où la libido, avant de refluer sur le moi, a fait un détour par l'objet. Le narcissisme secondaire, contemporain à la formation du moi, s'oppose ainsi au narcissisme primaire caractérisant l'état anobjectal où le moi ne s'est pas encore différencié du ça, et dont le prototype est la vie fœtale intra-utérine.

2.3. Le moi

Il existe chez Freud deux théories topiques de l'appareil psychique. « La première fait intervenir les systèmes inconscient, préconscient-conscient, et la seconde les trois instances ça, moi et surmoi. »²⁷ Le moi est donc une instance que Freud, dans sa seconde théorie de l'appareil psychique, distingue du ça et du surmoi.

Le ça représente le pôle pulsionnel de la personnalité psychique. Freud explique qu'« il n'a pas d'organisation psychique, il s'emplit d'une énergie venant des pulsions ».²⁸

Le surmoi est constitué de l'intériorisation des forces répressives, des interdits qui venaient au départ du milieu extérieur, et que l'individu a fait siens. Le surmoi est connu en quelque sorte pour sa fonction de police et de jugement sur les pensées et les activités du moi.

Le moi est à la fois conscient et inconscient. En effet il est le médiateur entre le ça, le surmoi et le monde extérieur. Il contrôle les mouvements volontaires et est chargé de l'unité du sujet, des intérêts de la totalité de la personne. Mais si la partie du moi consacrée à l'adaptation à la réalité est consciente, celle qui se charge de la "défense" contre les pulsions et les désirs, elle,

²⁶ Freud, dans Dessuant P. (1983), *Le Narcissisme*, Paris, Presses Universitaires de France, p.49.

²⁷ Laplanche J. et Pontalis J.B., (1967), *vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 241.

²⁸ Freud, dans Assoun P.L., (2002), *Le vocabulaire de Freud*, Paris, Ellipses, p. 25.

est inconsciente. Le moi occupe une position finalement ambiguë : il s'affirme comme l'ensemble du sujet, alors que lui *échappent* certaines parties de la personnalité.

« Certains auteurs ont cherché à marquer une différence conceptuelle entre le moi en tant qu'il constitue une instance, une substructure de la personnalité, et le moi en tant qu'il se pose en objet d'amour pour l'individu lui-même –le moi investi de libido narcissique selon Freud. »²⁹ Hartmann a proposé de dissiper l'équivoque qui serait contenue dans la notion de narcissisme et dans un terme comme celui d'investissement du moi. Il décrit « Quand on utilise le terme de narcissisme, on semble souvent confondre deux couples opposés : le premier concerne le soi (self), la personne propre en opposition à l'objet, le second concerne le moi (comme système psychique) en opposition aux autres substructures de la personnalité. »³⁰ Ainsi, on clarifierait les choses en définissant le narcissisme comme l'investissement libidinal non du moi mais du soi. Cette distinction sera reprise par d'autres théoriciens dont nous aborderons les idées par la suite.

2.4. L'idéal du moi

Nous avons vu que la libido investissait les objets externes. Mais la libido du moi ne se reporte pas totalement sur les objets. Durant toute sa vie, l'homme aspire au maintien d'un certain degré d'amour et d'estime de soi. Freud déclare que l'investissement du moi persiste tout au long de la vie et « se comporte envers les investissements d'objet comme le corps d'un animalcule protoplasmique envers les pseudopodes qu'il a émis »³¹. On peut supposer que l'amour de soi s'adressera dans les cas normaux à une autre formation psychique que le moi. C'est vers un idéal, qui s'élabore grâce à la projection du narcissisme sur les parents ou les éducateurs, que se tournera une partie de la libido narcissique.

L'idéal du moi constitue un modèle auquel le sujet cherche à se conformer. Afin de rendre compte de l'idéal du moi, Freud admet que l'homme, lorsqu'il s'agit de libido, est incapable de renoncer à « la satisfaction dont il a joui une fois. Il ne veut pas se passer de la perfection

²⁹ Laplanche J. et Pontalis J.B., (1967), *vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 242.

³⁰ Hartmann, dans Laplanche J. et Pontalis J.B., (1967), *vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 242.

³¹ Freud, dans Dessuant P. (1983), *Le Narcissisme*, Paris, Presses Universitaires de France, p.26.

narcissique de son enfance. Mais face à la réalité, il ne peut la maintenir et cherche à la regagner sous la forme nouvelle de l'idéal du moi. »³² Ce qu'il projette devant lui comme son idéal est le substitut du narcissisme perdu de son enfance. Freud conçoit donc l'idéal du moi comme un fantasme que l'homme projette « en avant ». L'idéal du moi représenterait, en quelque sorte, un modèle. Mais il ne serait pas exact de l'enfermer dans un rôle de simple modèle à atteindre. Il est pour Freud le substitut du narcissisme perdu et connote l'idée de sa reconquête illusoire. L'origine de l'idéal du moi étant essentiellement narcissique, il est classique d'en faire, selon la formulation même de Freud, « l'héritier du narcissisme ».

Qu'en est-il de sa construction, de son édification ?

Si du moi, dont la constitution procède des premières relations d'objet, ne se différenciait progressivement l'idéal du moi, rien ne s'opposerait à la persistance de l'état stagnant de fusion narcissique primitive dans lequel vit le fœtus in utero. Celui-ci persiste un certain temps après la naissance, mais la satisfaction totale et immédiate des besoins, caractéristique de la vie fœtale, ne résiste pas longtemps à l'épreuve de réalité. Dans la frustration harmonieusement dosée, le moi se dégage du ça. L'apprentissage du renoncement à la satisfaction immédiate est en rapport avec l'acquisition de la symbolisation et de la sublimation. L'attente de la satisfaction force l'élaboration fantasmatique et sollicite le désir. Ce désir est investigateur de la motricité procurant à l'individu une certaine autonomie et lui permettant d'œuvrer dans le réel pour obtenir satisfaction. L'accès à la réalité et au processus secondaire, la naissance du moi avec ses différentes fonctions, ne pourraient avoir lieu si l'état de fusion primaire avec la mère persistait. Dans cette optique, l'idéal du moi est considéré comme un facteur de progrès. Pour Freud, l'idéal représente un degré dans le développement du moi.

L'homme comme le souligne Grunberger, semble être mû par la nostalgie de son ancienne perfection narcissique. Tout ce qu'il réalise au cours de son existence peut être interprété comme des tentatives pour réduire l'écart entre son moi et son idéal et pour retrouver la perfection perdue.

³² Freud, dans Dessuant P. (1983), *Le Narcissisme*, Paris, Presses Universitaires de France, p.89.

L'idéal du moi représente un bon miroir dans lequel le moi – dans ses qualités ou ses propres failles – peut s'estimer et se mesurer. Une bonne ou une mauvaise estime de soi dépendrait alors de l'harmonie ou la tension qui règne entre le moi et l'idéal.

3. A la suite de Freud

3.1. Mélanie Klein

Klein met l'accent sur la relation d'objet et prend une position différente de celle de Freud en admettant que, dès le début de sa vie, l'enfant est capable de nouer des relations objectales. Le narcissisme primaire, et l'auto-érotisme n'ont plus de raison d'être dans une telle perspective. « Le narcissisme secondaire est conçu uniquement comme un procédé défensif qui se traduit par un repli sur un objet interne idéalisé. »³³

3.2. Donald Woods Winnicott

Winnicott proposa un certains nombre de concepts qu'on ne peut manquer de rapprocher de la thématique narcissique. C'est le cas notamment pour « the ego relatedness », la relation du moi à lui-même. Cela concerne également les effets du « Holding » maternel sur l'enfant, le rôle de miroir du regard de la mère pour le bébé, sujet sur lesquels nous reviendrons ultérieurement.

Winnicott parle de narcissisme primaire dans La nature humaine et le considère comme « le seul état à partir duquel l'environnement peut être créé. »³⁴ A ce propos, il insiste sur « la solitude fondamentale du bébé »³⁵ et la situation paradoxale qu'elle implique puisque d'une part le bébé n'a aucune conscience de l'environnement qui lui donne les soins, ne dispose pas encore de moi pour le percevoir, et que d'autre part, il est en dépendant de façon absolue de cet environnement dont il n'a nulle conscience. Autrement dit, « il faut accepter au départ le paradoxe que l'objet maternel externe n'existe pas pour le bébé incapable de le reconnaître

³³ Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan, p. 13.

³⁴ Winnicott D.W., (1990), *La nature humaine*, Paris, Gallimard, p. 169.

³⁵ Winnicott D.W., (1990), *La nature humaine*, Paris, Gallimard., p. 200.

comme tel et qu'il existe simultanément étant donné que le bébé en est totalement dépendant. »³⁶

Cela conduit Winnicott à établir la séquence développementale suivante :

- 1) D'abord, le stade du narcissisme primaire caractérisé par la solitude essentielle du bébé et la dépendance de celui-ci, absolue mais non perçue et dépourvue de signification, envers l'objet maternel externe.
- 2) Ensuite le stade de l'aire intermédiaire qui à la fois unit et sépare le bébé et la mère. Winnicott parle d'« espace d'illusion » de la créativité primaire, de l'objet subjectivement perçu et des phénomènes transitionnels où se poursuit le paradoxe, étant donné que l'objet transitionnel est et n'est pas le sein de la mère.
- 3) Enfin le stade des relations d'objet qui coïncide avec la formation du moi, l'objet maternel externe devenant objectivement perçu.

3.3. Edith Jacobson

Jacobson propose de réserver l'expression de narcissisme primaire au stade initial du développement où le nourrisson ne perçoit que des sensations de tension et de détente. Par la suite, se produirait « une série de différenciations structurales et énergétiques sous l'influence de facteurs internes et de stimuli externes. »³⁷ Du point de vue énergétique, l'énergie indifférenciée donnerait naissance aux deux énergies pulsionnelles, libidinale-érotique et destructive-agressive. Plus tard, le soi et le moi se formeraient simultanément à la découverte du monde objectal externe. Le moi serait le dépositaire de deux sortes de représentations qui s'opposent entre elles : les représentations d'objet et les représentations du soi.

Les premières seraient constituées à partir de l'activité perceptive tournée vers le monde des objets externes. Les secondes se construiraient à partir d'une double origine : « l'endoperception d'expériences intérieures (telles que les sensations, les processus affectifs et intellectuels...) et la perception du soi en tant qu'objet. »³⁸ Les représentations du soi

³⁶ Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan, p.13

³⁷ Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan, p.16.

³⁸ Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan, p. 17.

resteraient, plus que les représentations d'objet, sous l'influence des expériences affectives personnelles.

Pour Jacobson, le narcissisme secondaire ne devrait plus être conçu comme l'investissement libidinal du moi, ni tellement comme l'investissement libidinal du soi, mais comme l'investissement libidinal des représentations du soi.

Jacobson, par l'introduction de ce nouveau concept, a largement inspiré le psychanalyste américain Otto Kernberg, lui permettant ainsi de développer la théorie des représentations d'objet.

4. LA THEORIE D'OTTO KERNBERG : DU NARCISSISME A L'ESTIME DE SOI

Nous avons cherché à faire des liens entre les notions de narcissisme et d'estime de soi. Otto Kernberg s'est intéressé à la personnalité narcissique. Il a établi un point de vue particulier sur le narcissisme et sa théorie lie fortement le narcissisme et l'estime de soi. En effet, il définit le narcissisme comme l'investissement libidinal du soi et l'estime de soi comme l'effet de l'investissement libidinal du soi intégré. Quelles sont les particularités de sa conception ? Qu'entend-il par « soi intégré » ? Comment décrit-il l'estime de soi ? Comment est-elle influencée, régulée ?

1. L'importance de la théorie des relations d'objet

Kernberg fait un large usage de la théorie des relations d'objet qui complète, pour lui, la psychologie du moi et la théorie des pulsions. Par relation d'objet, il faut entendre « non un style d'interaction avec autrui, mais un mode d'organisation fantasmatique, un type de rapport imaginaire avec un objet plus ou moins soutenu par la perception d'autrui. »³⁹ Dans la mesure où toute relation fantasmatique d'objet implique un rapport imaginaire entre une

³⁹

Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 9.

représentation de soi et une représentation d'objet, dans la mesure, également, où chaque fantasme devient partie constituante de la réalité psychique, on peut avancer que ces relations d'objets deviennent constitutives de la personnalité et contribuent à l'individuation de la personne.

Selon Kernberg, il existe initialement une représentation soi-objet indifférenciée, de laquelle proviennent les représentations du soi et les représentations d'objet. Les deux sortes de représentations se développent simultanément et en lien constant les unes avec les autres. Contrairement au point de vue psychanalytique traditionnel selon lequel il existe d'abord un investissement narcissique de libido et plus tard un investissement objectal de libido, Kernberg affirme que « le développement narcissique implique toujours la relation du soi aux représentations d'objet et aux objets externes en même temps que les conflits pulsionnels »⁴⁰. La conséquence de cette position induit que le concept de « narcissisme primaire » ne paraît plus justifié car le « narcissisme primaire » et « l'investissement d'objet primaire » coïncident.

2. Le soi dans la théorie structurale de l'appareil psychique

Le narcissisme, dans cette perspective, ne peut plus être défini comme le simple retour de la pulsion libidinale sur le sujet. Il est plutôt perçu comme l'intériorisation d'un ensemble de représentations de soi et de représentations d'autrui qui constituent des systèmes de rapports interpersonnels. La représentation globale de soi résulte de ces représentations partielles.

Le soi, pour Kernberg, n'est pas une instance qui s'ajoute au moi et au surmoi. Le soi ferait uniquement partie du moi. Il est, à l'intérieur du moi, « une structure constituée de multiples représentations de soi et des tendances affectives qui y correspondent. »⁴¹ Cette structure traduit la perception que le sujet a de lui-même tant dans ses relations avec les objets externes que dans ses relations d'objet internalisées (c'est-à-dire dans les relations qu'il entretient avec les représentations d'objet internalisées). Le soi résulte donc d'un système de représentations. « Le moi définit les attitudes, les opérations de la pensée qui rendent possible une activité mentale de type secondaire, adaptée au réel extérieur »⁴². C'est l'activité du moi qui permet la

⁴⁰ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 159.

⁴¹ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 128.

⁴² Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 128.

construction du soi cohérent et intégré. La représentation de soi est une conséquence de l'activité du moi, non son moteur.

3. Le narcissisme normal

Kernberg définit le narcissisme comme l'investissement libidinal du soi. Le soi fait partie du moi qui contient, en outre, les représentations d'objet qu'on vient de mentionner, mais également les images de soi et d'objet idéales.

Pour l'auteur, au départ, « le soi indifférencié est constitué par l'investissement libidinal d'une représentation primitive soi-objet totalement bonne et par l'investissement agressif d'une représentation primitive soi-objet totalement mauvaise. »⁴³ Ce soi indifférencié évolue vers un soi normal que Kernberg qualifie de « soi différencié et intégré »⁴⁴.

Le soi normal est « intégré » dans ce sens que les représentations qui composent le soi s'organisent de façon dynamique en un ensemble cohérent. Dans cet ensemble cohérent sont intégrées les représentations du soi totalement bonnes (soi idéal) et les représentations du soi totalement mauvaises (soi dévalué). « L'intégration des images de soi bonnes et mauvaises en un concept de soi réaliste qui incorpore plutôt qu'il ne dissocie les différents éléments des représentations de soi, représente une condition nécessaire pour l'investissement libidinal d'un soi normal. »⁴⁵ Ainsi, le narcissisme normal ne se conçoit qu'en termes de prédominance relative des investissements libidinaux du soi sur les investissements agressifs du soi. Pour mieux comprendre cette idée, Kernberg la compare à la capacité d'amour normal. « Ainsi s'explique le paradoxe qui veut que l'intégration de l'amour et de la haine soit une condition préalable à la capacité d'amour normal. »⁴⁶

Kernberg précise que le narcissisme ou l'investissement libidinal du soi n'émane pas seulement d'une source pulsionnelle libidinale (c'est-à-dire du ça). Il provient également des relations du soi avec d'autres éléments qui font partie du moi, du surmoi, du corps somatique et du monde extérieur. Kernberg a classé ces éléments en déterminants du narcissisme

⁴³ Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan, p.21.

⁴⁴ Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan, p.21.

⁴⁵ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 128.

⁴⁶ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 182.

internes au moi (ou intrasystémiques), en déterminants du narcissisme extérieurs au moi (ou inter-systémiques) et en déterminants extérieurs. Le narcissisme et l'estime de soi seraient donc d'après la formulation de Kernberg « sous l'influence des structures psychiques. »⁴⁷

4. L'estime de soi sous l'influence des structures psychiques

Avant Kernberg, Jacobson avait souligné que le « sentiment de soi » normal provient de la conscience chez un individu d'un soi intégré, tandis que « l'estime de soi » dépend de l'investissement libidinal d'un tel soi intégré. Le niveau ou l'intensité de l'estime de soi indique le degré d'investissement narcissique du soi.

Pour Kernberg, l'estime de soi est directement liée au narcissisme. Elle est une de ses conséquences. Mais quelles sont les structures intrapsychiques et interpsychiques ainsi que les facteurs externes qui influencent l'estime de soi ?

4.1. Les déterminants intrasystémiques

Le soi idéal et les buts du moi

A l'intérieur même du moi, les buts conscients, préconscients et inconscients du moi (qui traduisent les différentes étapes du développement depuis les images de soi primitives, idéales jusqu'aux buts de la maturité) représentent le niveau d'aspiration face auquel, pourrait-on dire la réalité du soi se mesure. « Comme Hartmann l'a noté, outre l'autocritique qui provient du surmoi, le moi présente aussi les fonctions de critique du soi et règle ainsi l'estime de soi. »⁴⁸ Les représentations de soi idéales, qui se sont établies aux étapes primitives du développement, sont toujours réactivables et, dans ce cas, placent le moi devant des buts qu'il n'est pas capable d'atteindre. Le moi doit alors être en mesure d'exercer une fonction critique vis-à-vis du soi idéal et d'assurer ainsi la régulation de l'estime de soi. Des tensions peuvent se produire entre le soi idéal primitif et le soi réaliste de la maturité. Le niveau réaliste ou non du soi se mesure donc aux buts du moi.

⁴⁷ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 131

⁴⁸ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 183.

Les représentations d'objet

Une autre structure du moi joue un rôle dans la régulation de l'estime de soi, en fournissant des apports narcissiques ou un investissement libidinal du soi ; c'est le monde des objets internes ou des représentations d'objet intimement liées au soi intégré. Les représentations d'objet ont des fonctions protectrices aux périodes de la vie où il y a des crises et des pertes d'objets. « Une régression au service du moi peut se comprendre en partie comme une activation régressive des relations d'objet internalisées passées, dans lesquelles les représentations d'objet « bonnes » apportent au soi l'amour et la reconfirmation qui compensent la déception causée par la réalité. »⁴⁹

4.2. Les déterminants intersystémiques

Les facteurs du surmoi

Deux structures essentielles du surmoi régissent l'estime de soi.

La première est représentée par les différents niveaux de structure du surmoi qui effectuent une évaluation critique du moi par l'intermédiaire des exigences et des sanctions du surmoi. « On peut se rapporter ici à l'analyse de Jacobson des niveaux de développement du surmoi et de l'effet régulateur qu'il exerce sur le soi grâce à des fonctions qui vont de la qualité de l'humeur à l'autocritique réaliste. »⁵⁰ Le surmoi exerce sur le soi des critiques qui influencent l'estime de soi. Ces aspects critiques ou punitifs du surmoi régulent l'estime de soi sur un mode principalement « négatif ».

L'autre structure du surmoi qui intéresse la régulation de l'estime de soi est l'idéal du moi, qui résulte de l'intégration des images d'objet idéales et des images de soi idéales introjectées dans le surmoi dès la plus petite enfance. Lorsque le soi se montre à la hauteur des attentes et des exigences de l'idéal du moi, il augmente l'estime de soi et l'investissement libidinal de lui-même. On peut parler de fonction protectrice de l'idéal du moi. « Cliniquement, il est

⁴⁹ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 184.

⁵⁰ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 184.

surprenant d'observer à quel point certains patient deviennent hyper dépendants des sources externes d'admiration, d'amour et d'assurance lorsqu'ils souffrent d'une absence ou d'une mauvaise intégration de cette structure particulière du surmoi. »⁵¹

Les facteurs pulsionnels et organiques

Intéressons nous maintenant aux structures venant du ça : lorsque les besoins pulsionnels de base sont satisfaits et lorsque le soi a pu, de façon satisfaisante, négocier ses besoins internes avec les exigences de l'environnement, il y a une augmentation de l'estime de soi. En d'autres termes, « l'expression sublimatoire des besoins pulsionnels provoque une gratification narcissique »⁵². Une habituelle bonne santé reconferme à la fois l'intégrité et l'investissement libidinal du soi. Parce que les représentations du soi originelles sont fortement influencées par les images du corps et parce que les gratifications pulsionnelles intrapsychiques les plus précoces sont étroitement liées au rétablissement de l'équilibre physiologique, la santé et la maladie physique influencent de façon significative l'équilibre normal ou anormal de l'investissement narcissique.

4.3. Les déterminants extérieurs

Il s'agit des facteurs externes à l'individu. Le monde extérieur contient un certain nombre d'éléments susceptibles de procurer des gratifications narcissiques et consolider l'estime de soi. Kernberg a classé ainsi ces facteurs :

- « les gratifications libidinales provenant des objets externes »⁵³. Il s'agit de l'amour et de l'admiration obtenus de la part des objets externes.
- « les gratifications des buts et des aspirations du moi par le succès ou la réussite sociale »⁵⁴.
- « la gratification des aspirations intellectuelles ou culturelles réalisées dans le milieu environnant. »⁵⁵ Ces dernières comportent des éléments de valeur et représentent les

⁵¹ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 184.

⁵² Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 184.

⁵³ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 184.

⁵⁴ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 184.

⁵⁵ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 184.

exigences du surmoi et du moi en même temps que des facteurs de réalité. Elles reflètent l'importance que les systèmes de valeurs culturelles, éthiques ou esthétiques ont dans la régulation de l'estime de soi.

En résumé, l'estime de soi dépend d'une constellation d'éléments. Kernberg situe le soi et ses composantes intrinsèques par rapport aux autres structures intrapsychiques et aux facteurs externes qui l'influencent. Pour ce faire, il dresse l'inventaire des déterminants intrasystémiques et intersystémiques du narcissisme ainsi que ses déterminants extérieurs. Quelles en sont les conséquences sur la régulation de l'estime de soi ?

5. Les conséquences sur la régulation de l'estime de soi

L'estime de soi augmente avec l'amour ou la gratification provenant des objets externes, les succès remportés dans la réalité, une augmentation de l'harmonie entre les structures du soi et du surmoi, une réassurance dans l'amour provenant des objets internes, une gratification pulsionnelle directe de la santé physique. Normalement, une augmentation de l'investissement libidinal du soi s'accompagne aussi d'une augmentation de l'investissement libidinal des objets : « un soi dont l'investissement libidinal s'est accru, en paix et heureux avec lui-même pour ainsi dire, peut mieux investir les objets externes et leurs représentations internalisées. »⁵⁶ En général, lorsqu'il y a une augmentation de l'investissement narcissique, il y a une augmentation parallèle de la capacité à aimer et à donner, à ressentir et à exprimer la gratitude, à éprouver de la sollicitude pour les autres.

On observe une diminution de l'investissement libidinal du soi dans des circonstances telles qu'une perte des sources externes d'amour, un échec à atteindre les buts du moi ou à être à la hauteur des attentes du moi, des pressions du surmoi, l'incapacité d'être à la hauteur des attentes de l'idéal du moi, une frustration habituelle des besoins pulsionnels ou une maladie physique. Une perte ou un échec dans un de ces domaines peut se répercuter dans un autre domaine. De ce fait, « les diverses structures intrapsychiques qui régulent l'investissement

⁵⁶ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 186.

libidinal du soi ne peuvent être envisagées séparément les unes des autres mais bien plutôt dans un équilibre dynamique global ».⁵⁷

6. Le narcissisme, l'estime de soi et les pathologies de la personnalité

Selon Kernberg, « les modèles pathologiques de la personnalité sont utilisés comme défenses contre les relations conflictuelles ».⁵⁸ Ils protègent le fonctionnement du moi et du soi ; ils protègent aussi l'estime de soi, c'est-à-dire qu'ils ont une fonction narcissique. Chez les personnes qui présentent des « problèmes narcissiques », il existe une vulnérabilité pathologique du soi, dont ils se défendent par des traits de personnalité pathologique. « On doit donc garder à l'esprit que chez ces patients, les traits de personnalité pathologique ont une fonction de protection de l'estime de soi. »⁵⁹

D'autre part, ces patients présentent un seuil très bas de tolérance à la frustration. Ils se sentent facilement blessés ou rejetés à cause de frustrations. « Chez le thérapeute, la conscience de leur vulnérabilité aux frustrations narcissiques peut aider à repérer non seulement comment et pourquoi ils hésitent à s'impliquer dans leur travail, leurs relations sociales, mais aussi comment le besoin d'échapper aux frustrations qu'ils craignent joue dans le transfert, dans l'hypersensibilité du patient et dans son attitude de repli narcissique. »⁶⁰ L'hypersensibilité de ces patients peut être un problème. Pour eux, « échecs » signifient souvent qu'ils ne sont pas capables d'être le premier et l'unique dans une situation. Il est possible de les aider à prendre conscience de leur vulnérabilité. Kernberg ajoute qu'« il est parfois très efficace que le thérapeute encourage les patients, de façon directe, à faire un usage adapté de leurs besoins narcissiques et les soutienne dans les solutions qu'ils découvrent au niveau des domaines conflictuels de leur vie. »⁶¹

Le narcissisme normal dépend de l'intégrité du soi et des autres structures intrapsychiques qui s'y rattachent. C'est ce que nous avons évoqué précédemment. Le narcissisme normal dépend aussi de l'équilibre entre les rejets pulsionnels libidinaux et agressifs impliqués dans les relations entre le soi et toutes ces autres structures. L'investissement agressif du soi, qu'il

⁵⁷ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 186.

⁵⁸ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 146.

⁵⁹ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 146.

⁶⁰ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 152.

⁶¹ Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, p. 152.

proviennent des diverses structures régissant le narcissisme, ou qu'il provienne de la réalité externe, diminue l'estime de soi. En outre, le narcissisme normal dépend du niveau de développement atteint par le soi et par les structures intrapsychiques qui s'y rattachent en fonction du caractère adulte, de la maturité des espérances, des aspirations, des modèles et des idéaux que se donne le soi. Par exemple, il peut y avoir une intégrité structurelle du soi, du surmoi et de l'idéal du moi et une intégration des relations d'objet internalisées avec cependant une fixation à des buts et des conflits narcissiques infantiles.

CONCLUSION

Nous avons tenté, dans cette première partie de cerner la notion d'estime de soi à partir de plusieurs références théoriques.

D'abord, l'estime de soi est à percevoir comme un concept intrinsèque, propre à chacun. L'explication de la notion d'estime, de valeur, est d'ordre axiologique. En effet, elle trouve sa cause dans le fonctionnement éthique de l'homme.

James est le premier homme à avoir théorisé l'estime de soi. Selon lui, la satisfaction ou le mécontentement de soi dépend de nos réussites et des critères sur lesquels nous jugeons celles-ci. En ce sens, James délivre la formule qui définit l'estime de soi comme le produit de la cohésion entre ses aspirations et ses succès.

Nous avons choisi par la suite de nous en référer au narcissisme de manière à comprendre de quoi se constituaient les investissements libidinaux.

Freud définit le narcissisme comme l'investissement de l'énergie libidinale qui prend pour objet le moi. Il émet l'hypothèse de l'existence d'un narcissisme primaire au début de la vie puis d'un narcissisme secondaire après détour par les relations objectales. Il donne une place importante à l'idéal du moi qu'il considère comme « l'héritier du narcissisme ». Sa théorie fut reprise et modulée par de nombreux auteurs. Klein se distingue de Freud en affirmant que, dès le début de sa vie, l'enfant est capable de nouer des relations objectales. Le narcissisme primaire n'a donc plus de raison d'être dans une telle perspective. Quant à Winnicott, il

considère le narcissisme à travers l'environnement et accorde une importance considérable au rôle de la mère. En effet, celle-ci est actrice dans le déroulement des trois stades qui composent la théorie du narcissisme : le stade du narcissisme primaire, le stade de l'aire intermédiaire et le stade des relations d'objet. Jacobson propose de réserver l'expression de narcissisme primaire au stade initial du développement. Le narcissisme secondaire, lui, n'est plus conçu comme l'investissement libidinal du moi, ni tellement comme l'investissement libidinal du soi, mais comme l'investissement libidinal des représentations du soi.

La théorie de Kernberg s'appuie sur les relations d'objet, qui sont pour lui constitutives de la personnalité et contribuent à l'individuation de la personne. Selon lui, le narcissisme primaire et l'investissement d'objet primaire coïncident, c'est pourquoi il considère le concept de narcissisme primaire comme obsolète. Sa théorie lie fortement le narcissisme et l'estime de soi. En effet, il définit le narcissisme comme l'investissement libidinal du soi et l'estime de soi comme l'effet de l'investissement libidinal du soi intégré. Il précise d'autre part que l'estime de soi et le narcissisme sont soumis à l'influence de structures psychiques internes au moi, extérieurs au moi et extérieurs. En résumé, l'estime de soi dépend d'une constellation d'éléments. Ainsi, l'investissement libidinal du moi peut être diminué et augmenté.

Dans cette partie, nous aurons choisi de considérer avec neutralité les divers courants de pensée. Nous avons tenté d'être fidèles à la pensée des auteurs cités. Dans une démarche volontaire, nous avons décidé d'aborder le champ de la psychanalyse pour fonder nos connaissances. Ce courant, bien qu'il fût parfois difficile à traduire, nous aura permis d'ancrer et de conceptualiser le terme d'estime de soi.

PARTIE 2 : LES PREMICES DE L'ESTIME DE SOI AU SEIN DE LA RELATION

En tant que futures orthophonistes, il nous a semblé primordial d'aborder l'estime de soi au travers de la dimension relationnelle. L'enfant, suivi en orthophonie, va devoir affronter et confier ses troubles au thérapeute. Cela ne sera possible que si une relation de confiance réciproque est instaurée. C'est par ce biais relationnel que le thérapeute va être amené à considérer l'estime de soi de son patient. Certes, l'estime de soi est une notion profondément intime et subjective, mais elle se manifeste au contact de l'autre, dans ses interactions.

De manière à compléter notre première partie, nous avons donc choisi de ne pas négliger cet aspect car nous supposons que la dimension relationnelle semble bien à la base de la formation de l'image du corps, de l'individuation. Lacan et Winnicott décrivent, à ce sujet, de quelles manières et par quels processus l'enfant, dès son plus jeune âge, s'individualise et se forge sa propre image. Leurs théories nous amènent à penser que les premières interactions entre l'enfant et son entourage peuvent être au bénéfice d'une bonne estime de soi. De quelle nature sont ces interactions ? Quel est le rôle de l'environnement ?

1. LACAN ET LE STADE DU MIROIR

Lacan fit du narcissisme un des pivots de son système théorique. Il commença par s'appuyer sur un fait d'observation directe qui se produit dans le développement du très jeune enfant. Il s'agit du stade du miroir.

Lacan émit tout d'abord l'idée de l'existence d'un auto-érotisme primordial, contemporain d'une époque où l'enfant vit son corps comme morcelé et ne fait aucune distinction entre lui et le monde extérieur, entre son propre corps et le corps de sa mère. J.M. Porret, dans son ouvrage Les narcissismes, précise en reprenant les termes utilisés par Lacan que « cet auto-érotisme de morcellement est le temps pré-spéculaire. »⁶²

Puis intervient le stade du miroir. Celui-ci se rapporte à la fascination jubilatoire que l'enfant éprouve, entre six et dix-huit mois, devant la perception et la reconnaissance de sa propre

⁶²

Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan, p.24.

image corporelle reflétée dans le miroir. Lacan insista sur la discordance qui existe à ce moment-là entre la capacité de l'enfant à appréhender visuellement la forme totale de son corps et son impuissance motrice qui se traduit par une incoordination des mouvements et par une absence de maîtrise de la marche, voire de la station debout. L'image de son corps, observée et reconnue dans le miroir, permet à l'enfant d'anticiper de façon imaginaire la forme totale de son corps. « Cette faculté d'anticipation se révèle être en profond décalage avec l'image morcelée qu'il a de son corps, mais elle est capitale, car elle donne à l'enfant l'illusion d'une complétude. Elle correspond à l'avènement du narcissisme primaire et à la formation d'une première ébauche du moi qui se laisse ramener au moi idéal. »⁶³ Grâce à cette image corporelle dite « spéculaire », l'enfant accède à la reconnaissance que son corps est en relation avec le monde extérieur environnant. Mais il ne perçoit pas son corps réel, l'image réelle de son corps, et il est dans l'impossibilité d'authentifier seul son image présente dans le miroir. C'est pourquoi, son regard se tourne inévitablement vers celui de sa mère qui le regarde pour demander à celle-ci de confirmer qu'il s'agit bien de son corps à lui. « L'enfant ne peut pas asseoir la reconnaissance de sa propre image corporelle avec son seul œil, il a besoin du regard que sa mère pose sur cette image pour se voir lui-même, pour être conforté dans son aperception. »⁶⁴ L'amour et le regard que la mère adresse à son enfant sont donc primordiaux dans la construction de l'identité.

Il faut insister sur cette idée avancée par Lacan : la constitution du moi idéal comporte une part d'aliénation fondamentale à laquelle aucun être humain n'échappe. L'enfant demeure captif de l'image de l'autre pour se reconnaître en elle. « Le stade du miroir s'achève par l'identification à l'image de l'autre semblable et par les faits de transitivisme [...] : l'enfant qui bat l'autre dit avoir été battu par lui, celui qui voit l'autre tomber se met à pleurer ; il imite en tout les gestes de l'autre qu'il observe. »⁶⁵ Le transitivisme illustre que, si l'enfant reconnaît son image corporelle dans le miroir, il se voit et se vit d'abord dans l'autre, comme un autre. C'est dans l'image de l'autre comme miroir qu'il commence par se reconnaître. Lacan énonce : « Moi est un autre. »

Revenons maintenant sur le fait qu'au départ, le sujet du regard –celui qui est à même de percevoir que l'image réelle et l'image virtuelle-spéculaire de son corps forment un tout, une

⁶³ Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan, p.24

⁶⁴ Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan, p. 25.

⁶⁵ Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan, p.26.

unité— ne peut pas être l'enfant lui-même, mais obligatoirement un autre. « Et il y a risque d'aliénation définitive du sujet au regard de l'autre, si celui-ci ne renvoie pas au sujet une autre image, médiatisée, verbale, la parole introduisant un lien symbolique. »⁶⁶ La relation spéculaire est placée sous la dépendance de celui que Lacan nomme le grand Autre, incarné au début par la mère qui dirige le miroir et qui joue un rôle de médiation. Pour l'enfant, l'appropriation et l'intériorisation de sa propre image corporelle dépendent de la place qu'il doit pouvoir occuper dans le grand Autre. « Le regard de la mère a charge de faire signe à l'enfant, parce qu'il est d'abord le seul à percevoir l'image corporelle réelle et l'image corporelle spéculaire de ce même enfant comme constituant une unité ».⁶⁷ C'est là que Lacan fit entrer en jeu le concept de trait unaire. Le trait unaire est le signifiant en tant qu'il est unité et en tant que son inscription réalise une trace, une marque. « Par le truchement de cette identification au trait unaire, l'enfant va s'approprier et intérioriser sa propre image spéculaire et parvenir du même coup à percevoir cette image et l'image réelle de son corps comme formant une unité. »⁶⁸ Identifié symboliquement au trait unaire, le sujet peut s'éprouver comme un. Dès lors, la différence et l'identité ne se fondent plus sur l'apparence, sur l'imaginaire, mais sur le symbolique. A partir de là, nous pouvons donc avancer que la constitution du soi est en cours.

Nous avons vu que Lacan lie intimement sa conception du narcissisme à celle du processus de structuration du sujet. Le premier temps du narcissisme se rapporte au stade du miroir qu'il décrit comme un stade « formateur de la fonction du je ». Il s'agit du début de la structuration du sujet dont l'identifié est fonction du regard de l'autre qui le reconnaît, le désigne dans l'image du miroir. Le second temps du narcissisme se manifeste à partir de l'identification au trait unaire. Il implique la relation et l'identification à l'Autre du langage, à l'Autre qui est le dépositaire de signifiants. La présence de l'Autre est donc essentielle, le sujet est social, il a besoin de l'autre pour se constituer.

Ainsi, l'estime de soi, elle aussi, pourrait être en partie le reflet du regard de l'autre. C'est au contact d'autrui que la valeur qu'un individu s'accorde prendrait forme.

⁶⁶ Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan, p.26.

⁶⁷ Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan, p.26.

⁶⁸ Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan, p.27.

2. WINNICOTT ET L'IMPORTANCE DE L'ENVIRONNEMENT

Winnicott écrit dans son ouvrage Jeu et réalité « L'article de Jacques Lacan sur le « stade du miroir » m'a certainement influencé. Il traite de la fonction du miroir dans le développement du moi de tout individu. Cependant, Lacan ne met pas en relation le miroir et le visage de la mère ainsi que je me propose de le faire. »⁶⁹ De cette manière, faisant suite au stade du miroir, Winnicott développe un axe qui se révélera essentiel dans sa théorie : c'est à partir du positionnement de la mère dans l'espace que se crée la perception de l'environnement chez le bébé. Il écrit : « dans le développement émotionnel de l'individu, le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère. »⁷⁰

1. Le visage de la mère

Lors des premiers stades de développement émotionnel, l'environnement, que le petit enfant ne sépare pas encore de lui-même, joue un rôle essentiel. Progressivement, le processus de séparation du non-moi et du moi s'accomplit, selon un rythme variant en fonction de l'enfant et de l'environnement. D'abord, l'enfant est sa mère, qui est lui. Puis apparaît un « mouvement qui éloigne l'enfant de sa mère, celle-ci devenant ainsi une composante objectivement perçue de l'environnement. »⁷¹ C'est dans l'écart qui se creuse entre les deux que la perception de l'espace débute. Que voit l'enfant quand il regarde le visage de sa mère ? « Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé, et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. »⁷² Elle est son premier miroir, sa première référence quant à lui-même. Beau si elle le trouve beau, digne d'être aimé s'il est aimé.

Mais quand la mère est préoccupée, indisponible, que voit-il ? Non pas lui-même mais le visage de sa mère. Winnicott décrit certaines situations particulières où la mère n'est pas en état de répondre à l'enfant. « Nombre de bébés se trouvent longtemps confrontés à l'expérience de ne pas recevoir en retour ce qu'eux-mêmes sont en train de donner. Ceux-là

⁶⁹ Winnicott D.W., (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, p. 203.

⁷⁰ Winnicott D.W., (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, p. 203.

⁷¹ Winnicott D.W., (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, p. 203.

⁷² Winnicott D.W., (2006), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Petite bibliothèque Payot, p. 28.

regardent mais ne se voient pas eux-mêmes. »⁷³ Certains bébés, torturés par ce type de défaillance maternelle relative, étudient les variations du visage maternel pour tenter de prévoir l'humeur de leur mère. Le bébé apprend rapidement à faire une prévision qu'on pourrait traduire ainsi : « Mieux vaut oublier l'humeur de la mère, être spontané. Mais dès le moment où le visage de la mère se fige ou que son humeur s'affirme, alors mes propres besoins devront s'effacer, sinon ce qu'il y a de central en moi sera atteint. »⁷⁴ Dans ce sens, Winnicott décrit une faculté de prévoir ce qui est précaire et qui force le bébé jusqu'à la limite de sa capacité à tenir compte des événements. Si la menace d'un chaos se précise, le bébé organise son retrait ou ne regarde rien. Un bébé ainsi traité grandit, se posant des questions à propos des miroirs qui l'intriguent et de ce qu'ils lui offrent. Winnicott affirme « Si le visage de la mère ne répond pas, le miroir devient une chose qu'on ne peut regarder, mais dans laquelle on n'a pas à se regarder. »⁷⁵ Combien de personnes disent qu'ils ne se regardent jamais dans un miroir ou, au contraire, qu'ils passent leur temps face au miroir, scrutant chaque détail avec désespoir ! Qu'était donc pour eux le regard de la mère ? Qu'est-ce que, enfants, ils y ont vu ou jamais vu ?

Winnicott affirme donc que, par ce rôle de miroir que joue la mère, l'enfant répond aux ressentis de la mère. Il adapte son image, ses besoins à ce que sa mère est en mesure de lui renvoyer. Cela amène bien l'idée que l'estime de soi prend déjà racine dans la relation maternelle, même si elle n'en est pas le seul facteur.

2. La fonction de l'environnement

Pour Winnicott, ce sont la mère et l'environnement qui constituent le soi. Il écrit «L'environnement qui sert de support au moi est introjecté et sert à l'édification de la personnalité de l'individu. »⁷⁶

⁷³ Winnicott D.W., (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, p. 205.

⁷⁴ Winnicott D.W., (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, p. 206.

⁷⁵ Winnicott D.W., (2006), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Petite bibliothèque Payot, p. 29.

⁷⁶ Winnicott D.W., (2006), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Petite bibliothèque Payot, p. 90

2.1. Vers la capacité à être seul

Cette introjection de l'environnement permet la naissance chez l'enfant de sa capacité à être seul. « Théoriquement, il y a toujours quelqu'un de présent, quelqu'un qui, en fin de compte et inconsciemment, est assimilé à la mère, celle qui, durant les premiers jours et les premières semaines, s'était identifiée temporairement à son petit enfant et pour laquelle rien ne comptait d'autre, au cours de cette période, que les soins à lui apporter. »⁷⁷ Ainsi l'autre serait toujours présent en nous. Winnicott a souvent mis en exergue cette idée en débutant ses interventions par la célèbre affirmation : « Un bébé ça n'existe pas. » Seul, sans environnement soutenant, porteur, un bébé ne peut pas vivre. Le bébé fait donc essentiellement partie d'une relation. Par conséquent, une description du développement émotionnel de l'individu ne saurait être entièrement faite en se référant à lui seul. Le comportement de l'environnement est partie prenante dans le développement personnel de l'individu et doit, en conséquence, être pris en considération. Cela signifie par ailleurs que l'estime de soi, chez tout individu, ne peut se révéler sans la considération du rapport à l'autre, et donc de la relation.

2.2. Des besoins qui évoluent

Il faut garder sans cesse à l'esprit qu'un enfant est un être qui se développe. Du point de vue de la personnalité et de la croissance affective, le chemin est long entre le bébé qui vient de naître et l'enfant qui entre à l'école. L'évolution qui se produit ne peut avoir lieu que si certaines conditions sont fournies. Ces conditions, nécessaires à la croissance individuelle d'un enfant ne sont pas en elles-mêmes statiques, établies et fixées. Elles changent qualitativement et quantitativement par rapport à l'âge et aux besoins variables du nourrisson et de l'enfant.

Winnicott parle de « mère suffisamment bonne », mais quelle est-elle ? Quels sont les comportements et les attitudes que la mère doit adopter pour voir naître une bonne estime de soi chez son enfant ?

⁷⁷

Winnicott D.W., (2006), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Petite bibliothèque Payot, p. 90.

3. La mère suffisamment bonne

En donnant à son bébé des soins continus et en voyant en lui un être humain, la mère lui permet de s'intégrer peu à peu en tant que personne, de s'intégrer de l'intérieur pour former une unité. « Les soins corporels du bébé à partir de la naissance (ou avant) ont été du point de vue de l'enfant un processus psychologique. »⁷⁸ La technique maternelle pour le porter, le baigner, le nourrir –tout ce qu'une mère fait pour son nourrisson– s'est ajoutée à la première idée que l'enfant se fait de sa mère. Et à cela se sont adjoints peu à peu son apparence, ses autres qualités physiques et ses sentiments. Nous pouvons donc émettre l'idée que l'enfant estime d'abord sa mère, avant de se considérer lui-même.

3.1. L'adaptation de la mère

L'amour maternel s'exprime en termes de soins physiques. En effet, « La mère porte le nourrisson physiquement. »⁷⁹ Tous les premiers détails du soin physique sont pour le nourrisson d'une importance psychologique. La mère s'adapte à ses besoins et, au début, cette adaptation peut être remarquablement totale. La mère sait –instinctivement, comme il est couramment dit– quel besoin est sur le point de devenir pressant. « Elle offre le monde au nourrisson de la seule manière qui n'amène pas le chaos, c'est-à-dire en donnant satisfaction aux besoins lorsqu'ils se manifestent. »⁸⁰ En exprimant l'amour par des soins corporels et en donnant des satisfactions physiques, elle permet aussi au psychisme du nourrisson de commencer à vivre dans son corps. Concernant ce maternage, Winnicott précise que « les premiers soins donnés à un nourrisson sont une chose qui dépasse la pensée consciente et l'intention délibérée. C'est une chose qui n'est possible que par le biais de l'amour. »⁸¹

Ainsi, Winnicott nous amène à penser que, par les soins maternels, physiques et psychologiques, la mère contribue en partie à forger l'estime que se portera à l'avenir son enfant.

⁷⁸ Winnicott D.W., (2001), *L'enfant et le monde extérieur : le développement des relations*, Paris, Payot & Rivages, p. 33.

⁷⁹ Winnicott D.W., (2001), *L'enfant et le monde extérieur : le développement des relations*, Paris, Payot & Rivages, p. 17.

⁸⁰ Winnicott D.W., (2001), *L'enfant et le monde extérieur : le développement des relations*, Paris, Payot & Rivages, p. 17.

⁸¹ Winnicott D.W., (2001), *L'enfant et le monde extérieur : le développement des relations*, Paris, Payot & Rivages, p. 18.

3.2. Les différentes formes de soins apportés par la mère

Selon Winnicott la mère intervient auprès du bébé de trois manières différentes :

Le Holding

Winnicott désigne par le terme de *holding* (maintien) l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités tactile, auditive, visuelle, sa sensibilité à la chute et qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant. Il souligne que « L'aspect essentiel du maintien est le fait de tenir physiquement l'enfant. »⁸² Le centre de gravité du nourrisson ne se situe pas dans son propre corps, mais entre lui et sa mère. Les soins maternels sont la continuité des apports physiologiques de la gestation, l'enfant en retire un sentiment de continuité d'être. C'est sur la base de cette continuité d'être que le potentiel inné de chaque enfant se développe selon sa propre ligne. Quand les choses ne vont pas bien, à savoir que la mère est défaillante, l'enfant se rend compte non de la carence, mais des conséquences de cette carence, c'est-à-dire qu'il réagit à un empiétement sur sa propre ligne de développement. Le *holding* a donc pour fonction essentielle d'éviter à l'enfant la nécessité de réagir et d'interrompre de ce fait le sentiment de continuité d'être. Sans cela, nous pouvons penser que l'enfant, et donc l'importance qu'il est sur le point de s'accorder, se meurent.

Le Handling

Le *handling* signifie le maniement. C'est la manière dont l'enfant est traité, soigné et manipulé par sa mère. Il induit ce que Winnicott a appelé « l'interrelation psychosomatique », c'est-à-dire qu'il permet l'installation de la [psyché](#) dans le [soma](#) ainsi que le développement du fonctionnement mental.

L'Object-presenting

Il s'agit du mode de présentation de l'objet, c'est-à-dire la manière dont la mère propose le monde à l'enfant. C'est la capacité de la mère à mettre à disposition de l'enfant l'objet, pour

⁸² Winnicott D.W., (2006), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Petite bibliothèque Payot, p. 54.

lui permettre d'avoir l'impression de l'avoir créé. Ainsi, la mère permet à l'enfant d'apprécier, de considérer et donc de juger l'objet présenté. L'enfant est donc implicitement mis en situation de jugement, c'est-à-dire qu'il va « estimer » les objets que sa mère lui propose, avant d'être en mesure de s'estimer lui-même par des processus inconscients. Tout laisse à penser que l'estime de soi est donc indissociable de ces premières interactions.

Ces trois modes d'intervention décrivent le comportement qu'adopte la mère face à son bébé. Winnicott illustre donc ce que nous cherchions à mettre en exergue ; à savoir comment l'enfant, dès ses premières interactions, développe des capacités à considérer l'autre, en l'occurrence sa mère, et donc à l'estimer. De plus, Winnicott affirme à plusieurs reprises que la personnalité de l'enfant se profile au travers du regard maternel. La considération qu'il se portera alors, autrement dit l'estime qu'il s'accordera, dépend entre autre de ces premières interactions. Cela dit, pouvons-nous considérer que le bébé soit en mesure de porter de la valeur aux choses ? Le bébé, dépourvu de parole, aurait-il une conscience morale ?

3.LE SENS MORAL INNE DU BEBE

Pour Winnicott, l'enfant possède une conscience morale innée, mais il n'en fera rien sans le cadre et la sécurité offerts par la relation mère-enfant. En s'adressant aux mères, il dit : « Votre bébé est extrêmement dépendant de vous, presque entièrement au commencement, mais cela ne signifie pas qu'il dépend de vous quant au sentiment qu'il éprouve d'être bon ou mauvais. Chez tous les bébés, les idées se rapportant à ce qui est bon ou mauvais surgissent de l'intérieur. La dépendance a trait au cadre que vous fournissez pour rendre possible le développement du bébé en un petit enfant et celui du petit enfant en un enfant plus âgé. »⁸³

Afin d'illustrer ses propos, Winnicott donne l'exemple du passage à la propreté chez l'enfant. « Le problème est le suivant : afin d'avoir finalement un enfant propre et sec, allez-vous *dresser* votre bébé ou allez-vous accepter, sans vous faire de souci, qu'il se salisse, vous contentant parfois de saisir ces moments où il commence à pouvoir communiquer avec vous et être capable de vous faire savoir comment vous adapter avec succès à ses besoins changeants ? [...] Si vous employez la première méthode, c'est que vous avez le sentiment

que votre but est d'implanter la sagesse et un sens de ce qui est bien et mal [...]. Par la seconde méthode, vous permettez l'existence des tendances innées au sens moral. Grâce à l'attention sensible de la mère, qui lui vient de son amour, les racines du sens moral personnel au bébé sont sauvegardées. [...] Tout ceci ne devient clair que si vous agissez pendant quelques mois ou quelques années avec toute la sensibilité dont vous êtes capable. »⁸⁴

Ainsi, Winnicott encourage les mères à choyer leur enfant, en le considérant, malgré son jeune âge, doté d'un sens moral. Le bébé, sécurisé et sensibilisé, aura ainsi l'opportunité d'enraciner et de consolider sa conscience morale. De cette manière, il se construit en lui l'idée d'une « bonne mère » dont il parviendra à se distancier plus facilement, puisque « cette mère [...] a le sentiment que toute expérience dans la sphère d'une relation humaine constitue une réussite heureuse. »⁸⁵ Le bébé est donc pourvu de tendances innées vers un sens moral et vers les différentes sortes de bons comportements que la mère estime elle-même.

CONCLUSION

Nous avons vu que tous les soins qu'une mère, et plus largement l'environnement, donne à son bébé ne sont pas seulement affaire de plaisir pour elle ni pour lui. Ils sont absolument nécessaires et sans eux, le bébé ne peut grandir et devenir sereinement un adulte sain. Si l'environnement est propice et que la mère se montre suffisamment à l'écoute de son enfant, les tendances de maturation opèrent positivement sur le sujet. Ainsi, l'enfant chemine vers l'unification et la construction de son moi.

Si l'ajustement maternel n'est pas adéquat, l'identification et le sentiment d'exister seront défaillants. Cette défaillance entraînera une rupture dans la construction narcissique du sujet. Un bébé qui n'a pas connu une chose aussi normale et nécessaire qu'un contact affectueux sera forcément plus ou moins perturbé dans son développement affectif. Lorsqu'il grandira, cette perturbation se manifestera par une difficulté personnelle, voire une mésestime ou une altération de l'estime de soi. Ainsi les soins maternels escamotés créent un véritable

⁸⁴ Winnicott D.W, (1979), *L'enfant et sa famille*, Paris, Payot, p. 87.

⁸⁵ Winnicott D.W, (1979), *L'enfant et sa famille*, Paris, Payot, p.84.

traumatisme. Il en résulte une insécurité narcissique et une fragilité identitaire entraînant ainsi une faible estime de soi chez l'enfant.

L'enquête par entretien nous a paru la méthode la plus judicieuse pour répondre à notre problématique « Quelle place pour l'estime de soi en orthophonie ? ». Nous allons en préciser les caractéristiques et les modalités afin de justifier de notre choix.

1. QU'EST-CE QU'UN ENTRETIEN ?

La méthode de l'entretien en sciences humaines constitue un avantage considérable : elle permet de faire le lien entre un savoir et un savoir-faire. Grâce à des interventions indirectes de l'enquêteur, nous obtenons une réponse discours du sujet interrogé. La caractéristique principale de l'entretien est qu'il constitue un fait de parole : l'intérêt de laisser parler et d'écouter son interlocuteur est à la base de cette rencontre.

1. Les caractéristiques de l'entretien

« Un entretien est un événement de parole dans lequel une personne A obtient une information d'une personne B, information qui était contenue dans la biographie de B. »⁸⁶

Il est important de noter le caractère vécu de l'information, que souligne le terme biographie. A la différence d'une information recueillie en direct sur un événement, celle apportée par l'entretien a l'avantage d'avoir été au préalable assimilée et objectivée. D'autres entretiens font appel à la biographie de l'individu, comme la cure analytique ou encore même une simple conversation. En revanche, seul l'entretien de recherche est produit à l'initiative du chercheur au profit de sa communauté. Son voisin le plus proche est l'interrogatoire de police, qui diffère seulement par le domaine d'activité du bénéficiaire.

« Conçu pour apporter une information biographique, à la demande de A et au bénéficiaire de la recherche (et de son représentant B), l'entretien de recherche se caractérise enfin par

⁸⁶ Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris Armand Colin, p. 16.

opposition au questionnaire dans la mesure où, visant la production d'un discours linéaire sur un thème donné, il implique que l'on s'abstienne de poser des questions prérédigées. Ce en quoi il est exploration. »⁸⁷

2. L'entretien est avant tout une rencontre

L'enquête par entretien est une démarche participative, qui s'impose lorsque l'on veut aborder certaines questions. Outil flexible, il permet de soumettre un questionnement au lieu de le fixer à l'avance. Variable d'un entretien à l'autre, en tant que rapport social interpersonnel, c'est en effet l'interaction entre l'enquêteur et l'enquêté qui va décider du déroulement de l'entretien. Chaque discussion ne nous a pas permis de recueillir les mêmes informations, en excluant les différences intrapersonnelles, mais sur le plan de la nature de ces informations. En effet, chaque individu se livre différemment, insistant individuellement sur ce que lui-même trouve prépondérant dans son vécu et son savoir-faire. C'est en ce sens que l'entretien est rencontre. Il ne peut être codifié, anticipé, maîtrisé. S'entretenir avec quelqu'un, c'est accepter de ne pas tout gérer, accepter « un certain nombre d'inconnues, et donc de risques, inhérentes au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire et non d'un prélèvement d'informations. »⁸⁸

Il met en avant la dimension humaine et sociale dans la recherche de réponses. La simple écoute de l'autre, l'expression de parole libre sur un thème donné, permet d'aller à la recherche des questions que se posent les enquêtés eux-mêmes. Il fait appel en premier lieu à leur point de vue, en donnant une valeur importante à leur expérience, leur logique et leur ressenti.

⁸⁷ Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris Armand Colin, p. 17.

⁸⁸ Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris Armand Colin, p. 19.

3. L'entretien comme fait de parole

Mettant l'accent sur le fait de parole, l'entretien interroge sur le sens que donne l'individu à ses propres actions. Il répond plus à la question du « comment » qu'à celle du « pourquoi ». C'est un instrument d'investigation spécifique qui aide à mettre en évidence des faits particuliers. « L'enquête par entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal, cette conversation par laquelle la société parle et se parle. »⁸⁹

4. La valeur de l'entretien

Contrairement à la théorie très rationnelle, les propos recueillis dans un entretien ont une connotation affective. C'est un savoir que l'individu élabore à partir d'une partie de son existence, une interprétation qui devient pour l'individu sa réalité. L'enquête par entretien devient alors particulièrement pertinente quand on s'interroge sur le sens que les individus donnent à leurs pratiques, « aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs »⁹⁰, afin de mettre en valeur les repères à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. La valeur de l'entretien tient au fait qu'il s'inscrit dans un réseau de significations. Il est une articulation entre l'épreuve personnelle pratique et singulière, et les enjeux collectifs dans lesquels ils doivent être interprétés.

2. LA PREPARATION DE L'ENQUÊTE

Elle succède à l'élaboration de la problématique de recherche. Tout au long de l'enquête par entretien, l'enquêteur peut se permettre d'effectuer des allers-retours de la théorie à la pratique. En effet, la réflexion sur le sujet se poursuit durant l'enquête et une rencontre peut faire naître de nouvelles hypothèses. Les discussions vont venir alimenter les idées du

⁸⁹ Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris Armand Colin, p. 23.

⁹⁰ Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris Armand Colin, p. 24.

chercheur. Dans le cas où il s'agit d'une enquête en réseau, où les individus sont interviewés en tant que membre d'une communauté ou d'un groupe, comme c'est le cas pour le groupe de profession orthophonique, chaque entretien constitue une base nouvelle d'interrogation.

1. L'entretien versus le questionnaire

Le choix entre ces deux types d'enquête revient à la nature des données que l'on recherche. L'entretien s'impose à chaque fois que l'on veut éviter les a priori et que l'on souhaite s'intéresser à des groupes restreints. Au niveau des résultats, il vise les processus et les « comment », sans classement ni établissement de lien de causalité entre des caractéristiques descriptives et des comportements, contrairement au questionnaire. « L'entretien est un parcours. Alors que le questionneur avance sur un terrain entièrement balisé, l'interviewer dresse la carte au fur et à mesure de ses déplacements. »⁹¹

2. Nature de notre enquête

L'enquête par entretien à usage principal, comme nous l'avons utilisée, présume que ce mode de collecte d'informations soit le principal utilisé. Il suppose que les hypothèses aient été dégagées et agencées en présuppositions explicatives. Dans ce cas, le plan d'entretien, lui-même structuré, sera élaboré pour que les données produites puissent être confrontées aux hypothèses de départ.

L'enquête se définit en trois points : la définition de la population et la sélection du corpus, le mode d'accès à la population et la planification des entretiens.

2.1. La population

Elle est définie par la catégorie de personnes sélectionnée et à quel titre, en l'occurrence ici la profession d'orthophoniste. Il est essentiel de déterminer les acteurs qui sont en position de produire des réponses aux questions que nous nous posons.

⁹¹ Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris Armand Colin, p. 19.

Nous avons rencontré dix orthophonistes dont nous allons présenter le parcours professionnel.

- Le témoignage n°1 est celui d'une orthophoniste diplômée en 1980, ayant travaillé depuis toujours dans le domaine de la surdité. Elle exerce actuellement dans un institut public d'accueil d'enfants sourds et malentendants.

- Le témoignage n°2 est celui d'une orthophoniste diplômée en 2000 et exerçant depuis en libéral, dans un quartier sensible.

- Le témoignage n°3 est celui d'une orthophoniste diplômée en 1984 et exerçant depuis en salariée (IMP, IME, SESSAD, CMP, Hôpital de jour). Elle a participé à plusieurs formations comme celles de la PRL, la technique des associations, du GEPALM.

- Le témoignage n°4 est celui d'une orthophoniste diplômée en 1974 et salariée dans le domaine de la surdité. Elle s'est particulièrement formée grâce à l'APAJH à la Méthode Verbo-Tonale (MVT), à la PRL ainsi qu'à la technique des associations.

- Le témoignage n°5 est celui d'un orthophoniste diplômé en 2006. Il a travaillé comme salarié dans un centre accueillant des enfants IMC et exerce maintenant en libéral. Il a suivi des formations à propos des outils de communication pour les personnes IMC, ainsi qu'une formation en logicomathématique.

- Le témoignage n°6 est celui d'une orthophoniste spécialisée dans le bégaiement, et diplômée en 1982. Elle a exercé en CMPP, dans un CAMPS spécialisé en surdité, puis dans un IMP auprès d'enfants déficients mentaux. C'est à partir de 1996 qu'elle s'est installée en libéral. En ce qui concerne ses formations, elle a assisté à des animations de groupes dirigées par Véronique Boucand ainsi qu'à des séminaires sur le sujet. Elle a aussi obtenu un DU sur le bégaiement. Depuis, elle mène des travaux de groupe pour personnes bègues sous forme de stage intensif.

- Le témoignage n°7 est celui d'une orthophoniste diplômée en 1991. Elle a été salariée à l'APAJH auprès d'enfants trisomiques. Elle exerce maintenant en libéral. Elle a également suivie des formations d'orientations psychologique et neuropsychologique, ainsi que sur le langage écrit.

- Le témoignage n°8 est celui d'un orthophoniste diplômé en 1994. Il a toujours exercé en tant que salarié en milieu pédopsychiatrique (CMP).

- Le témoignage n°9 est celui d'une orthophoniste diplômée en 1977. Elle a d'abord travaillé en IME, puis en exercice mixte. Elle a été salariée en SESSAD, IMP, IMPro. Depuis plusieurs années, elle exerce en libéral. Elle a suivi la formation GEPALM et a validé deux DU.

- Le témoignage n°10 est celui d'une orthophoniste diplômée en 1997 et exerçant depuis en libéral. Elle a suivi la formation GEPALM, ainsi que des formations sur le bégaiement et la gestion mentale.

2.2. La sélection du corpus

Il est généralement plus réduit que pour un questionnaire, dans la mesure où les informations issues de ces entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. En effet, une seule information mentionnée peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans un questionnaire. La détermination du nombre d'entretiens dépend du thème de l'enquête et surtout de la redondance des informations. Dans notre enquête, nous nous sommes entretenues avec dix orthophonistes.

2.3. Le mode de constitution du corpus

On bâtit le plus souvent un corpus diversifié qui repose sur la sélection de composantes, non pas représentatives, mais caractéristiques de la population. Là se situe le difficile équilibre à obtenir entre diversifier son corpus au maximum pour qu'il soit valide et obtenir des informations qui se recoupent suffisamment pour être significatives. Il est intéressant dans cette diversité, de faire apparaître « au moins quelques cas capables de perturber notre système et de nous pousser à remettre en question ce que nous croyons savoir. »⁹² Dans notre enquête, il est par exemple important que le corpus contienne des orthophonistes exerçant dans différents domaines, ce qui sous-entend qu'ils peuvent ne pas tous avoir la même conception de leur profession, en fonction des théories auxquelles ils s'attachent. Nous avons donc pris le parti de nous entretenir avec des orthophonistes exerçant dans trois domaines différents : en centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) ou centre médico-psychologique (CMP), en exercice libéral, et en centre pour enfants sourds. Il est évident que même ce choix

⁹² Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris Armand Colin, p. 51.

ne détermine en rien l'orientation des réponses, puisque l'entretien interroge sur tout un vécu et que beaucoup d'orthophonistes du corpus ont exercé auparavant dans des domaines autres.

2.4. Les modes d'accès aux interviewés

Le mode d'accès doit répondre à une double exigence : pratique et à la fois de neutralité. Les modes d'accès directs sont les plus neutres, car ils ne sont pas médiatisés par la présence d'un tiers, mais ils ne sont pas toujours évidents à mettre en œuvre. Il s'agit de contacter les interviewés par l'intermédiaire de listes (annuaires...) ou par la démarche du porte-à-porte. Etant donné la nature que possède notre sujet à intriguer les professionnels, il nous paraissait peu opportun de solliciter ceux qui, non familiers au sujet, nous auraient peut-être offert leurs plus belles résistances.

Les modes d'accès indirects passent, à l'inverse des précédents, par l'entremise d'un tiers, institutionnel ou personnel. La demande de l'enquêteur se double alors de la demande du médiateur, ce qui peut être plus contraignant pour l'interviewé.

Enfin, la méthode de proche en proche, que nous avons plus largement utilisée, consiste à demander à un premier interviewé potentiel de désigner d'autres interviewés potentiels, et d'ainsi créer une chaîne. Ce dispositif repose essentiellement sur des relations de type social. Elle suffit lorsque la probabilité de rencontrer les sujets choisis dans un réseau familial est suffisamment grande.

3. La trame de l'entretien

Elle comprend l'ensemble des termes que l'on souhaite aborder. C'est une étape importante entre la conceptualisation de la recherche et sa mise en œuvre concrète. Tout d'abord, nous devons traduire les hypothèses de recherche en indicateurs concrets, et reformuler les questions de recherche qui nous sont adressées, en questions d'enquête, adressées à l'interviewé.

Le degré de structure de l'entretien dépend des connaissances déjà possédées sur le sujet : plus il est structuré, plus le chercheur connaît des informations précises sur le domaine étudié et sur la façon dont il est perçu et caractérisé.

Cherchant des éléments de réponses précis sur le travail orthophonique avec l'enfant qui manque d'estime de lui-même, nous avons mis en place un entretien structuré, détaillant plusieurs thèmes : la notion d'estime de soi, l'estime de soi des patients, la résonance avec l'histoire personnelle du thérapeute, et enfin les conséquences dans la mise en place de la prise en charge. Sous chacun de ces thèmes, diverses questions sont formulées afin d'inviter l'interviewé à approfondir sa réflexion sur différents axes. Dans ce sens, notre entretien peut être appelé semi-dirigé. Il nous a paru important de soumettre cette trame au préalable à l'interviewé, afin qu'il se familiarise au maximum avec le sujet de notre recherche. L'anticipation sur les axes de discussion a permis aux professionnels de ne pas se sentir pris au piège face à des questions parfois déstabilisantes car personnelles. Préparés à la tournure que prendrait l'entretien, ils se sont sentis plus en confiance et plus libres d'évoquer des situations cliniques parfois difficiles à vivre à la fois en tant qu'orthophoniste et que personne.

Ce guide d'entretien se distingue fortement du questionnaire car il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours. Il s'agit d'un système organisé de thèmes, que l'interviewer doit connaître sans avoir à le consulter, et qui ne doit pas déterminer l'ordre d'apparition des thèmes dans l'entretien. Il a pour but d'aider l'interviewer à improviser des relances pertinentes, et non de diriger l'interviewé. Cette technique permet à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et qui puisse répondre aux attentes des interrogations de la recherche.

3. LA REALISATION DES ENTRETIENS

Ce qui compte surtout dans les conseils de technique de l'entretien concerne principalement l'attitude de l'interviewer. Celle-ci se doit d'être patiente et bienveillante, tout en n'omettant pas d'être critique. Les conseils, jugements de valeur et échange d'opinion ne sont pas les plus adéquats pour ce genre d'enquête. L'enquêteur doit « intervenir pour aider l'interviewé à parler, dissiper ses inquiétudes, encourager l'expression fidèle et précise de ses pensées et

sentiments, aiguiller le discours sur les points oubliés ou négligés, soutenir l'émergence de l'implicite et susciter si nécessaire l'explication. »⁹³ Les stratégies d'interview sont définies comme une planification de la situation : elles incluent une intrigue (le thème et l'objectif), une scène (le temps, le lieu et la définition de la situation), et une distribution (les différents acteurs).

1. Les paramètres de la situation d'entretien

Trois paramètres essentiels doivent être pris en compte : l'environnement, le cadre et les interventions du chercheur.

1.1. L'environnement

Le cadre extérieur commande en partie le déroulement de l'entretien. Le temps où l'on s'entretient est contaminé par les actions précédentes ou suivantes. Il est donc important d'avoir cet élément à l'esprit pour pouvoir être capable de définir si l'interviewé peut s'abstraire des situations antérieures.

Outre le fait que la plage horaire doit être déterminée en fonction des disponibilités de l'enquêté, ce paramètre temporel peut avoir une valeur décisive sur le déroulement de l'entretien. C'est pourquoi nous avons trouvé préférable de rencontrer les orthophonistes à des plages horaires libérées par des séances annulées, ou à la suite de leur travail, afin qu'elles puissent se situer dans un contexte professionnel, et qu'elles fassent un lien entre notre thème de recherche et leurs situations cliniques.

1.2. La scène

Chaque lieu communique des situations susceptibles d'interférer avec le discours. Le lieu influence le rôle et certaines conduites spécifiques. Conscientes de cela, nous avons rencontré

⁹³ Roethlisberger et Dickson, (1943), dans Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris Armand Colin, p. 65.

les orthophonistes dans leur bureau, ou au moins dans leur lieu d'exercice, afin de faciliter la production d'un discours inscrit davantage dans un thème professionnel.

1.3. Les acteurs

La distribution concerne les caractéristiques physiques et socio-économiques du sujet. Le sexe, l'âge et la position sociale des individus entrent en compte dans l'enquête. On peut penser que la proximité d'un de ces critères entre enquêteur et enquêté facilite la communication. Pour autant, il est évident qu'une enquête avec l'un de ses proches serait peu informative, où l'enquêteur est parfois dissuadé d'explorer des choses qu'il connaît déjà. En revanche, l'appartenance à un univers de références partagées, la proximité sociale, ne peut qu'améliorer l'échange entre les deux individus.

2. Le cadre

Il est constitué par les croyances et les représentations mutuelles des interlocuteurs et concerne les enjeux et les objectifs du dialogue. Pour garantir le cadre, nous devons en priorité annoncer les motifs et l'objet de notre demande, ainsi que garantir la confidentialité de l'entretien. C'est dans ce cadre qu'il est également essentiel de définir les modalités matérielles de l'entretien. En ce qui nous concerne, nous avons réalisé un enregistrement audio-phonique du discours de l'interviewé, avec son accord, puis nous lui avons transmis un compte rendu écrit fidèle avec la possibilité de modifier ou supprimer tout élément.

3. Les modes d'intervention

L'objectif de l'interviewer est de favoriser la production du discours et de son interlocuteur, à travers des stratégies d'écoute et d'intervention.

3.1.

L'écoute

L'écoute de l'enquêteur se fait en temps réel, il doit donc traiter sans délai l'information communiquée par son interlocuteur. Ce n'est pas un simple enregistrement de données, c'est une première ébauche de sélection, d'inférences et d'associations dans l'esprit du chercheur. Elle est guidée par les hypothèses préalables de l'interviewer. Ainsi, ce dernier tente d'acquérir des indices et de les interpréter, afin qu'il ait un retour réflexif sur ses propres présupposés.

3.2.

Les interventions

Pour favoriser le discours de l'enquêté, le chercheur dispose de trois méthodes que sont la contradiction, qui contraint l'autre à soutenir une argumentation, la question externe, qui introduit le thème du discours, et enfin les relances qui, de différentes natures (la répétition, la déclaration, ou l'interrogation), sont des actes réactifs s'inscrivant dans le déroulement de l'entretien.

4. L'ANALYSE DES ENTRETIENS

L'entretien ne parle pas de lui-même. Pour renseigner le chercheur sur ses interrogations spécifiques, il doit passer le filtre de l'analyse.

Nous avons choisi dans notre enquête d'analyser le contenu du discours plus que sa forme, puisque c'est plus le sens que les orthophonistes donnent à leur pratique, que les composantes linguistiques qu'elles utilisent pour en parler, qui nous intéresse. A travers la sélection et l'extraction de certaines données, nous avons pu confronter nos hypothèses aux faits cliniques. Nous avons analysé chaque entretien indépendamment en tant que discours singulier porteur de sens. Chaque fragment de discours, celui-ci étant découpé transversalement selon les axes thématiques, illustre une notion théorique. Nous ne saurions établir laquelle de la notion clinique ou théorique, préexistait à l'autre. En effet, elles se sont

mutuellement associées dans notre esprit afin de former la réflexion la plus cohérente et harmonieuse possible.

PARTIE 4 : L'ESTIME DE SOI DU POINT DE VUE DE L'ORTHOPHONISTE

A l'issue des entretiens, nous étions en possession d'une foule d'informations tout aussi intéressantes les unes des autres concernant l'estime de soi. Nous avons donc mis en exergue les éléments qui nous semblaient les plus significatifs et indéniables, de notre point de vue de futures orthophonistes.

La définition que les professionnels donnaient de l'estime de soi variait d'un avis à l'autre, selon les personnalités, les expériences, les lieux d'exercice. Cependant, de nombreuses idées étaient concomitantes. Ensuite, nous avons voulu connaître leur avis, quant aux manifestations d'une estime de soi altérée, dans le cadre de l'orthophonie. Les professionnels interrogés ont évoqué à plusieurs reprises l'idée que l'échec scolaire pouvait être en lien avec une faible estime de soi. De plus, ils nous ont fait part de leurs propres difficultés, mais aussi de celles que les parents rencontraient.

1. LEUR DEFINITION

La définition proposée par les professionnels mettait en relief plusieurs concepts, à savoir la subjectivité et le caractère évolutif qu'induit le terme d'« estime de soi » ainsi que l'intrication de nombreuses notions portant parfois à confusion. D'autre part, nombre d'entre eux nous ont fait part de l'idée que l'estime de soi relève d'une capacité à se distancer, capacité indéniablement évaluée en orthophonie, permettant ainsi l'affirmation de soi. Enfin, il nous a paru important de spécifier que chaque professionnel évoquait la relation à l'autre au sein de laquelle l'estime de soi pouvait être en jeu.

1. Une notion subjective

L'estime de soi n'est pas une notion sur laquelle les orthophonistes s'interrogent nécessairement au cours des prises en charge. Ils nous ont pourtant tous affirmé qu'elle était

en jeu lors des rééducations. Nombre d'entre eux considèrent qu'il s'agit d'un sentiment subjectif et personnel. Les orthophonistes affirment à ce propos :

« L'estime de soi est un jugement de soi sur soi. Si on met deux personnes qui reçoivent les mêmes retours sur eux-mêmes d'une même personne, ça ne va pas avoir les mêmes effets. Donc c'est vraiment quelque chose de très personnel. C'est personnel car chaque personne est unique mais c'est aussi personnel parce que c'est complètement subjectif. » (entretien 3)

« C'est quelque chose autour d'une auto-évaluation, par rapport à des critères qui sont aussi, eux-mêmes, subjectifs à mon avis. » (entretien 3)

« L'estime de soi, c'est quelque chose d'immatériel, de très subjectif. » (entretien 4)

« C'est quelque chose qui n'est pas visible, c'est difficile à jauger. » (entretien 5)

« C'est quelque chose de très relatif. » (entretien 9)

Dans son sens ordinaire, « subjectif » désigne le caractère de ce qui est personnel, en opposition à « objectif », qui tient de la neutralité. La subjectivité est le propre du sujet et une orthophoniste affirme d'ailleurs *« la subjectivité est l'idée d'être sujet »*. (entretien 3)

L'estime de soi en tant que résultat d'une auto-évaluation relève le propre de la personne. Il s'agit en quelque sorte d'un baromètre révélant dans quelle mesure nous vivons en concordance avec nos valeurs. L'estime de soi se manifeste par la fierté que nous avons d'être nous-mêmes et repose sur l'évaluation continue de nos actions. A chaque action subjectivement importante, nous émettons un verdict à peu près dans ces termes : « ce que je fais est valable (ou non) à mes yeux. » Dans le premier cas, l'action est valorisante, alors que dans l'autre cas, elle peut être dégradante.

2. Intrication des termes

Les orthophonistes nous ont fait part de leurs interrogations quant à la définition de l'estime de soi et notamment par rapport à son intrication avec d'autres concepts. Les termes tels que estime de soi, confiance en soi, image de soi, amour propre et affirmation de soi sont entremêlés et ont des liens sémantiques entre eux parfois mal nuancés. Il convient donc de préciser le sens propre de chacune de ces notions afin de bien les distinguer et mieux comprendre la place de l'estime de soi.

2.1. La confiance en soi

« *Je me suis demandée si c'était la même chose que la confiance en soi.* » (entretien 10)

« *Je rapprocherais l'estime de soi à l'idée de confiance en soi.* » (entretien 2)

« *Je me suis posé la question de savoir en quoi l'estime de soi est différent de la confiance en soi.* » (entretien 4)

La confiance en soi s'applique à nos actes. C'est penser que l'on est capable d'agir. Elle est difficilement identifiable. Son rôle est primordial car elle est nécessaire pour maintenir ou développer l'estime de soi. Toute personne ne redoutant pas l'adversité ou l'inconnu fait ainsi preuve d'une confiance en soi solide et stable. La confiance en soi permet alors d'agir sans crainte de l'échec et du jugement d'autrui.

2.2. L'image de soi

« *Je ne distingue pas l'estime de soi de l'image de soi, la confiance en soi. Ces notions sont intriquées les unes aux autres.* » (entretien 7)

« *Je relie l'estime de soi à l'image, avoir une bonne image de soi-même et se sentir valable et capable de mener à bien une activité.* » (entretien 7)

« *L'estime de soi, c'est la vision qu'on a de soi.* » (entretien 4)

L'image de soi est une connaissance de ses caractéristiques personnelles. « Cette image commence à se former très tôt chez l'enfant, dès l'apparition des représentations mentales. Par ses gestes et ses paroles, l'enfant provoque de multiples représentations partielles de lui-même, en sachant qu'il est la cause de certains effets. »⁹⁴ C'est ainsi qu'il en arrive à une connaissance de lui-même qui s'intériorise et qui devient peu à peu une identité. La connaissance de soi doit être favorisée chez l'enfant comme préalable à l'estime de soi.

⁹⁴ Duclos G., (2004), *L'estime de soi, un passeport pour la vie*, Montréal, Editions de l'Hôpital Sainte Justine, p. 32.

2.3. L'amour propre

« *L'estime de soi est en lien avec l'amour propre* » (entretien 7)

L'amour de soi, ou l'amour-propre, est généralement défini comme un sentiment vif de sa dignité et de sa valeur personnelle. Un individu ne peut s'aimer lui-même sans s'estimer, c'est-à-dire sans s'attribuer une valeur personnelle. « L'amour-propre se situe dans l' « être », dans sa dignité personnelle ». ⁹⁵ Il constitue en quelque sorte la dimension affective de l'estime de soi.

2.4. L'affirmation de soi

Certains professionnels interrogés ont mis l'accent sur la nuance entre l'estime de soi et l'affirmation de soi, bien que ces notions soient étroitement intriquées. C'est le cas des extraits suivants :

« *L'estime de soi s'évalue selon la force que l'enfant a en lui pour dire « oui » pour « oui » et « non » pour « non », c'est-à-dire à affirmer ses idées sans dépendre de celles des autres. C'est la preuve réelle de l'affirmation de soi.* » (entretien 1)

L'orthophoniste ici concernée justifie en quoi l'affirmation de soi peut parfois être altérée :

« *Certains diront 'oui' à tout parce qu'ils n'oseront jamais dire 'non'. D'autres scruteront les autres pour coordonner leur réponse à l'avis majoritaire.* » (entretien 1)

Selon leurs dires, l'estime de soi résulte de l'activité mentale sur soi-même, tandis que l'affirmation de soi est l'expression de cette activité. Les orthophonistes considèrent en effet que l'estime de soi n'est pas seulement un état de conscience mais plutôt l'expression d'une volonté, d'un désir, d'un besoin de reconnaissance :

« *L'estime de soi c'est avoir envie de, avoir plaisir à, être fier de, se sentir reconnu.* » (entretien 4)

« *L'estime de soi est aussi en lien avec le désir de ce qu'on a envie de devenir, avec l'envie de grandir chez les enfants.* » (entretien 7)

⁹⁵ Duclos G., (2004), *L'estime de soi, un passeport pour la vie*, Montréal, Editions de l'Hôpital Sainte Justine, p. 23.

« Cela renvoie à la capacité de pouvoir et savoir nommer ses capacités, donc à reconnaître qu'on en a. » (entretien 2)

L'affirmation de soi serait-elle donc le prolongement et la manifestation concrète de l'estime de soi ? Elle est en quelque sorte l'estime de soi en action.

3. La capacité à se distancer

Le développement de l'enfant constitue un parcours vers une autonomie de plus en plus grande. Mais l'autonomie de l'enfant ne peut s'acquérir que par ce qu'il apprend. Quel que soit son âge, chaque fois qu'un enfant apprend quelque chose de nouveau, il rompt un lien de dépendance par rapport à son entourage. Ainsi, il prend de plus en plus de distance face aux personnes qui l'entourent. C'est par le processus de séparation-individuation que l'enfant parvient à construire une connaissance de soi qui sera la base de son identité. Une orthophoniste a mentionné ce fait, en précisant qu'il faut se considérer comme un sujet à part entière, pour parvenir à s'estimer :

« Certains enfants sont encore souvent centrés sur eux-mêmes ou bien encore dans la relation exclusive à la mère. Pour s'estimer, je crois qu'il faut avoir 'pris le large'. » (entretien 2)

4. La capacité à établir des comparaisons

Une autre orthophoniste appuie le fait que l'estime de soi s'établit grâce à la possibilité d'établir des comparaisons entre nos différentes productions et celles des autres.

« Un enfant va retrouver l'estime de soi s'il retrouve la capacité de comparer ce qu'il vient de faire maintenant à ce qu'il faisait avant. » (entretien 9)

« il faut pouvoir, pour s'estimer, comparer, se comparer aux autres [...] L'estime de soi est toujours en comparaison avec quelque chose d'autre, avec quelqu'un d'autre. » (entretien 9)

5. Le caractère évolutif de l'estime de soi

L'estime de soi peut se développer à tout âge et elle varie selon les étapes de la vie. Cependant, les premières années revêtent une grande importance. Elles sont, en quelque sorte, le fondement psychique de l'être humain. Cela n'empêche pas que chaque autre étape de la vie comporte ses propres enjeux. La conscience de la valeur personnelle est, selon ces orthophonistes, cyclique et variable.

« C'est quelque chose qui évolue, qui se construit et se renforce à travers les expériences que l'on mène. » (entretien 2)

« C'est une notion difficile à évaluer et encore plus à quantifier, car elle est fluctuante d'un jour à l'autre. » (entretien 2)

D'autre part, les professionnels interviewés ajoutent que l'estime de soi s'enrichit des expériences vécues. Ils affirment qu'une personne, grâce à la conscience de ses capacités et à l'utilisation de ses ressources, crée des mécanismes d'adaptation qui lui permettent de surmonter une épreuve.

« Il me semble que tout cela est fluctuant pour tout un chacun. C'est quelque chose qui évolue, qui se construit et se renforce à travers les expériences menées. » (entretien 7)

6. Le rapport à l'autre

Il ne suffit pas qu'un enfant connaisse de petites réussites pour acquérir, comme par magie, une bonne estime de soi. Il faut plus pour se percevoir de façon positive et durable. C'est là que l'adulte rentre en jeu, car il doit souligner les gestes positifs ou les succès de l'enfant, et faire en sorte qu'il en conserve le souvenir. Les mots encourageants et rassurants ne suffiront pas à l'enfant pour rehausser son estime de soi. L'adulte devra rendre l'acte accessible et faisable à l'enfant, c'est par ce moyen qu'il prendra conscience de ses capacités. C'est ce à quoi fait référence l'orthophoniste évoquant l'importance de l'environnement :

« Pour qu'il y ait estime de soi, il faut qu'il y ait un individu dans un environnement. Il faut que cet individu soit dans un rapport avec l'autre et que cet autre lui permette d'avoir une place. » (entretien 4)

En l'absence de réactions constructives, l'enfant ne peut pas prendre conscience de ses réussites ni les enregistrer dans sa mémoire. Pour qu'il en soit conscient, il faut donc raviver régulièrement le souvenir de ses réussites et ces réussites elles-mêmes.

2. LES MANIFESTATIONS D'UNE ESTIME DE SOI ALTEREE

Dans le cadre de la séance d'orthophonie, l'estime de soi altérée d'un enfant peut se manifester de diverses manières. A de nombreuses reprises, les orthophonistes que nous avons interrogés nous l'ont précisé. Il faut également souligner que ces signes peuvent être manifestes ou plus subtils. Il n'y a pas de règle. Chaque enfant exprime son malaise par des comportements qui lui sont propres.

1. Dans le langage

1.1. Les formules d'échec

Les enfants qui manquent de confiance et d'estime d'eux-mêmes ont tendance à utiliser des formules d'échec.

« On entend souvent la remarque « de toute façon je suis nul » de la part des enfants. »
(entretien 9)

« Les enfants disent « je suis nul » ce n'est pas la peine que j'essaye. » (entretien 9)

« J'observe fréquemment une construction de phrase typique telle que « j'sais pas », « j'sais plus. » » (entretien 6)

Ces formules d'échecs sont à prendre en considération. La parole de l'enfant n'est pas anodine, elle exprime les sentiments que l'enfant ressent.

« Nous devons entendre et respecter ce message. Je rencontre fréquemment des enfants qui disent d'ailleurs quand ils se trompent « ah ! Je suis bête ! ». On aurait tendance à croire qu'il faille inhiber et réduire ce genre d'expression de la bouche de l'enfant. Paradoxalement, je considère ces réflexions positives et constructives, c'est la preuve que l'enfant constate et

pointe son erreur, qu'il travaille et forge par conséquent l'estime qu'il a de lui-même. »
(entretien 8)

1.2. Le mutisme

Le mutisme se caractérise par le fait de ne pas [parler](#) dans une ou plusieurs situations particulières. C'est une timidité qui paralyse l'enfant lorsqu'il doit prendre la parole dans des circonstances spécifiques.

« Ils ont peur de se tromper, de prendre la parole. » (entretien 1)

L'enfant mutique devient souvent dénué d'expression et d'émotion.

« Ces enfants sont pétrifiés devant l'erreur ou l'échec » (entretien 8)

« Parfois les enfants ne disent rien. Ça peut être des enfants qui se bloquent et qui ne réfléchissent plus car ils se disent qu'ils n'y arriveront pas. Ces enfants se bloquent et sont dans le refus. Ils préfèrent adopter cette position plutôt que d'être en échec ou de risquer quelque chose. » (entretien 10)

L'enfant, par son mutisme, traduit quelque chose de son angoisse et son malaise. Il nous fait part de sa peur de se tromper.

1.3. La précipitation à répondre

Certains enfants se précipitent à donner une réponse. Ils ne prennent pas le temps de réfléchir et de mobiliser leur pensée. Ils ne possèdent pas assez d'estime d'eux-mêmes pour respecter des temps de latence dans les conversations.

« Ils sont tellement persuadés qu'ils vont rater qu'ils répondent au plus vite. » (entretien 3)

2. Dans le comportement

2.1. L'inhibition

L'inhibition est le blocage ou l'affaiblissement d'une fonction psychique. Ce blocage est involontaire et souvent douloureux. Il entraîne une perte de réactions ou d'initiatives. L'inhibition consiste à désinvestir les activités décevantes ou blessantes.

« Il s'agit bien souvent d'enfants qui ne manifestent aucun signe d'opposition, qui ne prennent aucune décision, qui n'ont aucun avis. » (entretien 1)

« On constate chez ces enfants une acceptation passive, facile, sans prise de position. Ils disent oui à tout et ne s'opposent jamais à rien, certainement pour éviter les moindres prises de risque. D'autres se replient, se referment complètement sur eux-mêmes, de manière à se protéger. » (entretien 2)

Les orthophonistes nous ont également parlé d'attitudes passives chez les enfants qui manquent d'estime d'eux-mêmes.

« Ils sont dans l'effacement, le repli. Ce sont des enfants très passifs. » (entretien 5)

« On observe des conduites d'abandon où l'enfant ne se donne pas la peine de répondre, il abandonne avant d'avoir commencé en étant convaincu qu'il n'y arrivera pas. » (entretien 6)

Ces enfants ont souvent le regard dans le vague, ils ne parviennent pas à se mettre dans le bain d'une activité : envahis par leurs préoccupations, ils semblent dans l'impossibilité de préparer une action et de la réaliser. Ils paraissent subir le temps.

2.2. L'effondrement

Il arrive parfois que les enfants, submergés par l'émotion, ne puissent contenir leurs larmes et leur désarroi.

« Une fois, avec un patient, je n'ai pas du être assez réconfortant, entourant, rassurant et là l'enfant s'est effondré. Dans cette situation le fait que quelque chose soit abîmé dans l'estime est assez flagrant. Et dans ma manière d'être j'ai du rappeler ça ou encore l'accentuer, j'ai réveillé quelque chose de douloureux. » (entretien 5)

« Il a fondu en larmes. Ces enfants ont une sensibilité à ce que l'on peut renvoyer ou suggérer. Et parfois leur réaction est disproportionnée par rapport à ce qu'on a suggéré. On a beau dire que ce n'est pas grave, ils sont inquiets » (entretien 3)

2.3. L'évitement

Certains enfants sont dans l'évitement ; ils adoptent des stratégies pour ne pas aborder les domaines dans lesquels ils sont en difficulté. Ils changent le sujet de la conversation, font mine de ne pas avoir entendu les questions. Certains utilisent l'humour et la dérision.

« *Je pense aux enfants qui détournent, qui prennent les choses un peu à la légère.* » (entretien 3)

« *J'observe des stratégies d'évitement, de fuite, des échappées.* » (entretien 5)

2.4. L'agitation

Chez les enfants agités, l'action pour l'action occupe l'essentiel de leur temps. Ils ne sont pas en mesure de se poser sur une activité pendant un laps de temps important. Ils se déplacent rapidement d'une activité à l'autre sans accomplir aucune d'entre elles.

Les orthophonistes parlent de « *provocations* » (entretien 5), de « *tendance à remplir* » (entretien 5), d' « *agitation* » (entretien 7). Les comportements d'agitation et d'angoisse peuvent même amener les enfants à s'automutiler :

« *Je pense à une petite fille que j'ai vue l'année dernière. Tout ce qu'elle disait était mauvais, était faux. Elle pouvait même se taper elle-même ou se mordre les lèvres.* » (entretien 10)

Ces signes montrent que l'enfant se sent en danger. La situation le renvoie à une vision de lui-même qui est dégradée.

3. Dans le langage corporel

3.1. Les attitudes corporelles

Le langage du corps est essentiel dans la communication. Près de 80 % de nos échanges passent par d'autres canaux que les mots. Le corps se meut, bouge et ce sont les émotions qui le portent à effectuer ces mouvements. Les mouvements corporels de repli, les crispations révèlent l'état anxieux de l'enfant. Les orthophonistes interviewés avouent être sensibles à ces attitudes corporelles :

« Cela peut aussi être corporel, la façon dont ils s'installent sur leur chaise, dont ils s'agitent, dont ils se tiennent dans leur corps vis-à-vis des autres. » (entretien 3)

« Un enfant qui est fatigué se recroqueville. Sa fatigue physique montre qu'il n'est pas motivé, qu'il n'a pas d'envie. » (entretien 4)

« Quelquefois, on a des signes évocateurs profonds, comme des postures qui sont dans la verticalité, la rigidité. » (entretien 6)

3.2. Le regard

Le langage des yeux est un langage subtil et complexe. Le regard peut fuir, parce que la personne est mal à l'aise, parce qu'elle est timide, parce qu'elle cherche une réponse cohérente à produire, parce qu'elle recherche un événement passé ou parce qu'elle ne dit pas toute la vérité. Les enfants « mals dans leur peau » peuvent éviter le contact visuel ou au contraire scruter un acquiescement de notre part.

« Beaucoup de choses sont traduites dans le regard. » (entretien 6)

« Ces enfants cherchent l'approbation et interrogent du regard. » (entretien 1)

En résumé, l'enfant peut développer très tôt une image négative de lui-même. Les enfants qui vivent des difficultés d'apprentissage connaissent des échecs éprouvants. Leur dévalorisation progressive engendre de l'anxiété, de la tristesse, de l'opposition et conséquemment une multitude de comportements d'évitement qui n'aident en rien leur possibilité de compenser ces déficits. Ils développent des comportements d'autoprotection, de défense et de détresse. Face aux difficultés rencontrées par les enfants, il existe autant de solutions que d'histoires. Les solutions ne peuvent s'inspirer que d'une compréhension au moins minimale des différents facteurs en jeu dans chacune des situations. Il paraît essentiel que les orthophonistes prennent en compte tous ces signes de mésestime. Ils constituent pour l'enfant des mécanismes de défense face auxquels nous devons nous adapter.

3. L'ESTIME DE SOI EN LIEN AVEC L'ECHEC SCOLAIRE

La définition de l'estime de soi repose sur la notion " d'auto-évaluation ". L'individu va considérer ses résultats, ses capacités, ses qualités selon un système de valeurs et de normes personnelles. La bonne ou mauvaise réussite scolaire joue un rôle important dans l'estime de soi. Les orthophonistes nous l'ont rappelé à maintes reprises :

« Sur le plan scolaire, il existe des situations qui peuvent générer une perte de l'estime de soi » (entretien 9)

« Je n'arrive pas à imaginer un enfant en échec scolaire qui ait une bonne estime de soi. » (entretien 10)

« Ce n'est pas rien d'être mauvais élève, c'est quelque chose de lourd. Et certains enfants fuient l'école. Ils se disent « Tout plutôt que de me trouver encore dans cette situation où je me vois comme un raté. » » (entretien 5)

« L'échec scolaire a quand même des effets assez dévastateurs. Ce n'est pas une évidence mais beaucoup d'enfants qui consultent en orthophonie arrivent avec ce sentiment de n'être plus bons à rien » (entretien 7)

1. Les facteurs spécifiques et généraux dans les apprentissages

En matière d'apprentissage, on peut distinguer deux grands types de facteur ; les facteurs spécifiques et les facteurs généraux. Il existe en effet pour chaque apprentissage des facteurs spécifiques dans sa réalisation. Philippe Mazet, psychiatre, en donne un exemple : « en matière d'apprentissage de la lecture, on peut mettre l'accent sur tel facteur plus particulier d'ordre linguistique, cognitif ou neurobiologique. »⁹⁶ Mais il est aussi des facteurs généraux impliqués dans tout apprentissage. Parmi ceux-ci, il y a lieu de souligner l'attitude de l'enfant à l'égard de la situation d'apprentissage.

L'apprentissage demande donc à l'enfant des compétences cognitives précises mais également des dispositions psychoaffectives. Les facteurs affectifs influencent le développement et surtout l'utilisation des fonctions cognitives. Un bon niveau d'estime de soi serait donc précieux et essentiel pour rentrer dans les apprentissages scolaires.

⁹⁶ Mazet P., (1987), *Penser, apprendre*, colloque de Bobigny.

2. L'estime de soi et les apprentissages

Marie-Claude Beliveau dans son livre J'ai mal à l'école, affirme « en s'appuyant sur son parcours scolaire et en acquérant des attitudes favorables à l'apprentissage, l'enfant se valorise, développe une certaine estime de lui-même et devient plus déterminé, plus persévérant et plus confiant. A force d'expériences positives et de succès, il construit sa sécurité intérieure, apprend à s'aimer et prend conscience de ses compétences. »⁹⁷ Selon elle, la réussite scolaire pourrait donc favoriser le développement de l'estime de soi. Mais qu'en est-il dans les cas d'échec ?

Philippe Mazet précise : « on voit bien en quoi certains enfants dans leur démarche d'apprentissage sont en difficulté au tout début de l'apprentissage lui-même. »⁹⁸ il poursuit : « certains enfants aimeraient tout savoir sans avoir à apprendre et sans avoir à ressentir transitoirement quelque chose qui est vécu comme un insupportable sentiment d'insuffisance ou d'échec. Cette première étape peut passer inaperçue et se révéler très éphémère si l'élan de la curiosité et le désir de savoir l'emportent sur le sentiment initial d'incomplétude et d'incapacité. »⁹⁹ L'estime de soi, pour pouvoir se maintenir, a besoin des apports de la réussite ; celle-ci apporte la confiance en soi, laquelle permet de mobiliser chez l'enfant ses ressources qui lui feront surmonter les difficultés transitoires de l'apprentissage. Mais les difficultés et les échecs peuvent se transformer en faute et manquement intolérable aux yeux de l'enfant. Il suffit qu'il soit peu sûr de lui-même ou anxieux pour que ce sentiment d'impuissance le déborde, l'entraîne à démissionner rapidement, voire le déprime.

3. L'école au cœur de la valorisation des enfants

Aujourd'hui dans nos sociétés développées, la scolarité est devenue, dans presque tous les milieux, la tâche essentielle des enfants : on demande d'abord à un enfant de « bien travailler à l'école ». Le plus souvent, même, on ne lui demande que cela. Le travail scolaire est ainsi devenu sa plus importante source de reconnaissance, sinon la seule. L'échec scolaire touche ainsi la source essentielle de gratifications narcissiques des enfants. Il est par là peu

⁹⁷ Beliveau M.C., (2002), *J'ai mal à l'école, troubles affectifs et difficultés scolaires*, Montréal, Editions de l'Hôpital Sainte Justine, p. 27.

⁹⁸ Mazet P., (1987), *Penser, apprendre*, colloque de Bobigny.

⁹⁹ Mazet P., (1987), *Penser, apprendre*, colloque de Bobigny.

« compensable », et cela de moins en moins. Priver un enfant de réussite à l'école, c'est donc bien le priver de ce pain psychologique qu'est pour lui, bien plus encore que pour l'adulte, la reconnaissance des autres. Les orthophonistes que nous avons interrogés indiquent :

« Les enfants souffrant d'un échec scolaire manifeste, ont de cesse d'être pointés du doigt par la société. » (entretien 1)

« Il y a un poids social : il faut réussir scolairement, il faut avoir un bon travail pour bien réussir sa vie. » (entretien 5)

4. Les blessures de l'échec scolaire

L'échec scolaire donne à l'enfant un statut, une place. Il est le dernier d'une classe et doit souvent faire face aux moqueries de ses camarades. Ce statut ne donne pas à l'enfant l'envie de s'en sortir mais plutôt de baisser les bras. Il est alors démotivé. Il faut ajouter à cela les méthodes d'évaluation du système scolaire. L'école joue un rôle d'arbitre. La note qui lui est associée décide de l'élève qui sera le meilleur de celui qui sera le moins bon. L'évaluation hiérarchise les élèves et provoque chez l'enfant une perte de confiance et une grande démotivation. L'élève se sent sans cesse dévalorisé et blessé dans son estime. Il est souvent persuadé qu'il ne pourra jamais y arriver.

« Les blessures d'enfants en échec scolaire sont terribles. Cela concerne les notes, le retour des profs, la déception des parents, les copains qui se moquent. Du coup, pour parer, ils font les andouilles, ou font ceux qui s'en moquent. En réalité je n'ai jamais vu un enfant qui ait envie d'avoir de mauvaises notes. Certains s'enferment. Ils essayent de trouver un autre moyen de se valoriser. En faisant le clown ou en rigolant, ou en se bagarrant pour être les plus forts. Ainsi ils s'enferment dans un statut. » (entretien 3)

« Le système scolaire peut aussi être à l'origine de blessures importantes. Il oblige les enfants à rentrer dans un moule, or ce n'est pas toujours possible. Certains enfants ont un grand potentiel mais peuvent se sentir attaquer par le système scolaire. » (entretien 3)

Ces blessures peuvent conduire à la démission de l'enfant face aux apprentissages. La démission est bien le résultat d'une accumulation, d'un faisceau d'accidents ou d'incidents de parcours fait d'échecs répétés, de déceptions, de blessures narcissiques qui usent ou empêchent la motivation interne de se construire.

5. Le cercle vicieux des troubles d'apprentissage

L'échec entraîne donc la démotivation et la dévalorisation mais c'est un cercle vicieux car on peut considérer que la démotivation conduit forcément à l'échec. Ces deux phénomènes sont liés et entretiennent une relation de cause à effet indissociable qui dans les deux cas conduit à la même issue. La situation dans laquelle se trouve l'enfant peut induire un dégoût de l'école voire une phobie scolaire.

Un orthophoniste témoigne :

« On essaye de casser les cercles vicieux qui font que l'enfant est en échec et que par son échec il se mette encore plus en échec. » (entretien 5)

En résumé, l'échec scolaire inflige à l'enfant une blessure narcissique, une atteinte grave, consciente ou inconsciente, de son estime de soi. C'est une blessure ou une atteinte contre laquelle l'enfant développe des mécanismes de défense, comme l'inhibition, l'agitation, le repli sur soi... Il nous paraît important de souligner que l'orthophoniste doit tenir compte et respecter ces défenses. Il ne faut pas les heurter de front. Notre rôle consiste à essayer de mobiliser l'enfant pour les apprentissages en tenant compte de ses réactions émotionnelles.

4. LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES ORTHOPHONISTES

1. Les notions de transfert et contre-transfert

1.1. Le transfert

En psychanalyse, le terme de transfert « correspond au report des sentiments que le sujet a éprouvés dans l'enfance à l'égard de ses parents, sur la personnalité de l'analyste. »¹⁰⁰

¹⁰⁰

Brin F. « et coll », (2004), *Dictionnaire d'orthophonie*, 2^{ème} édition, Isbergues, Ortho Edition, p.265.

C'est un phénomène remarqué et théorisé par Sigmund Freud au cours de son travail sur l'hystérie avec [Joseph Breuer](#) et notamment sur la patiente devenue célèbre sous le nom d'[Anna O](#). Le transfert est un des points centraux de la cure analytique. Cependant, il n'est pas un phénomène spécifiquement psychanalytique. Il se produit dans toutes les relations que nous entretenons avec la plupart des gens qui nous entourent. Nous avons cette tendance à projeter une image ou un conflit inconscients sur les gens. Dans cette perspective, le dictionnaire d'orthophonie suggère que « les phénomènes de transfert et de contre-transfert existent dans toute thérapie, y compris pendant une rééducation orthophonique, mais il n'y a qu'en psychanalyse qu'ils sont reconnus, objectivés et analysés. »¹⁰¹

Geneviève Dubois, dans son ouvrage L'enfant et son thérapeute du langage atteste également de cette idée : « si nous nous en tenons à la stricte acceptation psychanalytique, il est difficile de dire que la relation entre l'enfant et son rééducateur est un véritable transfert, d'autant plus qu'il y manque un élément essentiel : l'analyse du transfert. Mais il est certain que le lien très intense qui se crée est de l'ordre du transfert, avec son corollaire, le contre-transfert. »¹⁰²

D'autre part, une des orthophonistes que nous avons interrogée témoigne de cette activité de transfert :

« Certains enfants nous emmènent dans une relation qui reproduit des choses qu'ils vivent chez eux » (entretien 3)

La prise en charge orthophonique propose au patient un cadre privilégié de relation duelle, centrée sur le patient et s'inscrivant dans la durée. Ces quelques éléments invitent le sujet à une relation de confiance, sécurisante, et le phénomène de transfert s'inscrit alors dans une continuité de projection affective. Notre rôle n'est pas d'analyser le transfert. Il s'agit plutôt de reconnaître une place à la dimension inconsciente et lui laisser un champ pour s'exprimer si le sujet en éprouve le besoin.

¹⁰¹ Brin F. « et coll », (2004), *Dictionnaire d'orthophonie*, 2^{ème} édition, Isbergues, Ortho Edition, p.265.

¹⁰² Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p.56.

1.2. Le contre- transfert

Le contre-transfert est un transfert des sentiments du passé du thérapeute dans sa relation avec le patient. Il existe aussi en orthophonie, dans la mesure où ce que projette l'enfant sur nous nous fait réagir. Ses troubles, sa personnalité, réactivent en nous nos propres faiblesses et questionnements. Il concerne les ressentis du thérapeute.

Les orthophonistes nous ont confié :

« L'échec ou la difficulté d'un enfant nous renvoie toujours un sentiment particulier. Nous sommes dans la relation et nous transmettons des émotions à l'enfant qui nous renvoie également ses ressentis. C'est un échange. » (entretien 2)

« Parfois on peut être touché par l'enfant, par des pathologies ou par des situations familiales qui font écho à notre propre histoire. Donc il faut faire attention. Si ça m'émeut tant, c'est que je dois prendre du recul, demander conseil à une tierce personne. » (entretien 3)

« Je pense que les souffrances du patient résonnent en nous d'une certaine manière. Il faut impérativement savoir ce qui se passe en nous, en essayant de démêler les nœuds qui nous perturbent, parce que sans cela, je ne pense pas qu'on puisse être disponible pour aider la personne. Il faut tout de même être conscient de ce qui se joue en nous. » (entretien 7)

Ces propos soulignent l'importance du transfert mais également ses risques. Il peut nous mener dans une impasse quand le thérapeute réagit par rapport à son histoire personnelle et cesse d'accompagner son patient sur l'histoire qui est la sienne.

2. Les sentiments des orthophonistes

Face à un enfant qui ne s'estime pas, l'orthophoniste peut être amené à éprouver différents sentiments. Les émotions ressenties telles que l'impuissance, le doute ou encore la culpabilité sont des états intérieurs douloureux et difficiles à comprendre. L'intervention de l'orthophoniste, dans ces cas-là, ne se fait pas de façon sereine.

2.1. Les sentiments d'échec et d'impuissance

Le rééducateur, souvent optimiste se trouve parfois confronté à son impuissance. Certains cas nous poussent à douter car souvent ils nous confrontent au sens de notre action thérapeutique.

Les orthophonistes que nous avons rencontrés décrivent tous des situations difficiles :

« L'enfant piquait des colères indescriptibles, qui manifestaient très clairement son malaise. Je me sentais alors démunie et impuissante. » (entretien 1)

« Je me suis senti désemparé. [...] Je me sens impuissante face à des enfants désemparés et peu confiants » (entretien 2)

« On est confronté à l'idée qu'on ne pourra jamais réparer. [...] C'est désemparant. » (entretien 5)

« Il y a des moments où l'on se sent déconcerté par des réactions. » (entretien 6)

« Je ne m'en sortais plus » (entretien 8)

Notre intervention avec certains enfants peut être parfois compromise dans certains domaines. Dans ce genre de situation, cette impossibilité d'agir est vécue comme un échec.

2.2. Le doute

De nombreuses questions, formulées ou informulées, naissent de la rencontre avec des enfants qui manquent d'estime d'eux-mêmes.

« Ça questionne beaucoup. » (entretien 4)

« Il y a beaucoup de questions. » (entretien 5)

« Je me posais beaucoup de questions, j'essayais de me remettre en question, sans trouver de solutions. » (entretien 7)

Ces questions sont diverses. Elles peuvent concerner notre rôle de rééducateur, sa frontière avec la psychologie, l'efficacité de notre pratique.

« Est-ce que le travail que je fais, ce pourquoi je suis là, le temps qui est réservé entre cet enfant et moi, est-ce que ça n'est pas du gâchis et même est-ce que ça n'est pas dangereux ? On peut en arriver à ces questions-là quand on voit les résistances que cela provoque chez un enfant. » (entretien 5)

2.3. La culpabilité

La culpabilité est une émotion qui repose sur la conviction d'une responsabilité personnelle. La prise en charge orthophonique a pour but de remédier aux difficultés langagières du patient. Il peut arriver que le suivi n'évolue pas selon les espérances du thérapeute. Cela engendre alors une remise en question personnelle.

« *Je m'en suis voulue de n'avoir rien perçu, rien anticiper* » (entretien 2)

« *Je me suis dit, « qu'est ce que j'ai raté » ? J'ai agi de manière contre-productive* ». (entretien 5)

« *Il y a des suivis où on ne se sent pas créatif, pas à la hauteur.* » (entretien 7)

« *J'étais complètement fautif. Je m'étonnais et surtout culpabilisais beaucoup. Je me trouvais face à mon propre échec* ». (entretien 8)

Pour conclure, nous pouvons dire que les orthophonistes rencontrent des difficultés lors de la prise en charge d'enfants qui présentent une estime dégradée d'eux-mêmes. Les notions de transfert et de contre-transfert sont à prendre en compte lors des rééducations même s'il n'est pas de notre ressort de les analyser. Nous avons vu que les obstacles et résistances que nous rencontrons induisent de nombreuses interrogations et suscitent de vives émotions chez le thérapeute. Nous décrirons ultérieurement l'importance de pouvoir prendre du recul et de la distance face à ces situations douloureuses par l'intermédiaire, par exemple, des groupes d'analyse de la pratique.

5. LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PARENTS

Au cours des entretiens, les orthophonistes interrogés nous ont révélé non seulement les difficultés auxquelles ils se confrontaient, mais aussi celles que les parents rencontraient. Nous avons donc jugé important de décrire cela, sans y accorder une valeur de jugement.

1. Le deuil de l'enfant rêvé

Désirer un enfant s'inscrit pour chacun dans des processus psychiques complexes qui relèvent de son histoire générationnelle, de son expérience comme enfant, de son projet de devenir parent et des valeurs sociales ambiantes. Imaginer son bébé est indispensable à sa conception et à sa vie. L'accepter dans sa réalité de personne singulière et différente est tout aussi nécessaire. On sait que les deux parents, pendant tout le temps de la grossesse, se représentent l'enfant qui va naître et qui est le leur. Cette projection leur permet de se sentir parent mais aussi d'accueillir le bébé à sa naissance. Cette représentation lui donne une place imaginaire (de l'ordre du conscient) et fantasmatique (de l'ordre de l'inconscient).

Selon J.C. Quentel, « le parent est dans l'enfant » et « l'enfant est dans le parent ». D'une part, le parent est dans l'enfant car il le fait participer au social et donne sens à sa vie. Il imprime de l'orientation à son devenir. D'autre part, l'enfant est dans le parent puisque c'est par la dimension enfantine qui perdure en lui que le parent éduque son enfant, bien qu'il ne soit pas conscient de ce processus. L'enfant réel s'oppose à l'enfant merveilleux que le parent garde en lui. Il faut alors que le parent fasse le deuil de l'enfant imaginaire.

Or, pour le cas de l'enfant consultant en orthophonie ou victime d'un handicap, le diagnostic peut être un réel choc. Une orthophoniste, exerçant auprès d'enfants sourds, nous cite un exemple significatif :

« Pour les parents, le problème est complexe. Il faut pouvoir faire face au handicap, à la pathologie et aux difficultés auxquelles est confronté l'enfant. Pour Paul, un petit garçon sourd, les parents ont subi deux coups de massue : le premier à l'annonce du diagnostic de surdité à la naissance. Ils ont alors fait le choix de faire implanter leur fils. Malheureusement, le deuxième choc a été de constater que cette intervention n'y changerait rien, puisque Paul semble atteint d'une surdité corticale. » (entretien 1)

Dans les cas de handicap lourd, l'enfant « n'offre plus de prise au processus éducatif parce qu'il n'est aucunement rapportable à l'image que l'adulte avait jusque là de lui. Le parent, par conséquent, ne parvient plus à se retrouver dans l'enfant. »¹⁰³

¹⁰³ Quentel J.C., (2001), *Le parent, responsabilité et culpabilité en question*, 1^{ère} édition, Bruxelles, De Boeck université, p.

Chaque étape du développement de l'enfant remet en jeu les espoirs qu'on a mis en lui. Une des orthophonistes, lors de l'entretien, confie qu'il peut arriver, dans notre profession, de constater le fossé entre les espoirs des parents et la potentialité de l'enfant. Pour illustrer cela, elle cite un exemple rencontré à plusieurs reprises :

« Certains parents lisent beaucoup et encouragent vivement leur enfant à faire pareil. L'enfant dyslexique sera alors marginalisé car il n'égalera pas l'idéal des parents. »
(entretien 2)

On ne fait jamais le deuil de l'enfant imaginaire. Il est présent jusqu'à l'adolescence (et même après) mais il entre en conflit avec l'enfant réel. C'est cet enfant imaginaire qui permet aux parents de porter et d'éduquer leur enfant. Le parent devra, en revanche, réviser ses projets pour l'enfant, qui ne suivra peut-être pas la route qu'il aurait espéré. L'enfant n'est pas là pour réaliser les ambitions et les rêves des adultes, réparer leurs erreurs ou les deuils du passé. Le rôle des parents est d'accompagner l'enfant dans son développement, d'être à son écoute, de l'aider à construire son identité propre. Des difficultés peuvent apparaître quand l'écart est trop important entre l'enfant rêvé et l'enfant réel. Dans ce cas, l'enfant ne parvient pas à satisfaire les attentes de ses parents, parfois trop élevées ou au contraire inexistantes :

« L'estime qu'un enfant peut avoir de lui renvoie aussi à ce que représente l'enfant pour ses parents. Le deuil de l'enfant idéal ne se fait pas tout de suite. » (entretien 7)

Dans d'autres cas, l'enfant reste trop longtemps, voire toute sa vie, l'enfant imaginaire de ses parents. De manière souvent inconsciente pour eux, l'enfant est alors placé dans une position où il porte des attentes et des espoirs, d'autant plus lourds qu'ils restent situés dans l'inconscient. Les parents projettent alors sur l'enfant des désirs réparateurs d'un manque d'amour, d'échec, de deuils non faits, de blessures jamais cicatrisées. Alors que les désirs conscients permettent à l'enfant de se construire, ces charges inconscientes contrarient lourdement son développement et parasitent les relations au sein de la famille. C'est ce qu'exprime l'un des orthophonistes interrogés :

« J'ai quand même l'impression que beaucoup d'enfants ont une estime de soi dégradée en lien avec la question des idéaux archaïques grandioses, c'est-à-dire la projection que les parents peuvent avoir du devenir de leur enfant. » (entretien 5)

2. Les réactions adoptées face à la mésestime de leur enfant

2.1. La fuite et le déplacement

Dans le déplacement, le désir narcissique, le besoin d'estime de soi se détourne de l'activité scolaire où il ne trouve pas à se satisfaire, et tente de trouver des gratifications dans d'autres activités. Ce type de comportement peut être typique chez les parents aussi. Ceux-ci, ayant enduré les mêmes difficultés au cours de leur enfance, ne sont pas plus en mesure d'aider leur enfant à aborder le problème de plein front et de le mettre en mots. Les orthophonistes ont décrit certains types de réactions parentales auxquelles ils ont pu être confrontés :

« Les parents ne sont pas toujours conscients des difficultés endurées moralement par leur enfant, au-delà de la pathologie-même [...] Il arrive que des parents soient dans le déni le plus complet. » (entretien 1)

« Il m'est arrivé de décrire devant ses parents la souffrance d'un enfant. L'enfant a fondu en larmes et les parents en étaient bouleversés ; jamais ils n'avaient imaginé que ça pouvait toucher leur enfant à ce point. » (entretien 3)

« Les parents parlent de leur enfant avec le constat de problèmes d'éducation. Ils se placent rarement dans la position de l'enfant. » (entretien 4)

« Des parents peu confiants peuvent avoir, malgré eux, une influence sur ce plan, en n'accordant pas plus de confiance voire d'estime à leur enfant. » (entretien 8)

2.2. L'impuissance

Certains parents ne savent plus vers qui se tourner, ni à qui s'adresser. Ils sont remplis d'un sentiment d'impuissance, confrontés à l'échec ou la mauvaise estime que se porte leur enfant. Ces parents sont tristes, désemparés, vidés. Ils ne trouvent pas de solution qui puisse soulager l'enfant. Dans son ouvrage, Le parent, responsabilité et culpabilité en question, J.C. Quentel décrit comment ce sentiment d'impuissance peut conduire à une véritable démission : « Le parent se révèle parfois si peu sûr de lui qu'il en vient à démissionner dès que les obstacles se font, à ses yeux, trop importants. »¹⁰⁴

¹⁰⁴ Quentel J.C., (2001), *Le parent, responsabilité et culpabilité en question*, 1^{ère} édition, Bruxelles, De Boeck université, p.93.

Quelques orthophonistes en témoignent :

« Les parents en parlent assez facilement mais sont dans l'incompréhension. Ils rapportent que l'enfant se dévalorise beaucoup, se compare aux autres, se décourage vite. Ils ne savent pas toujours comment réagir, ils encouragent ou bousculent l'enfant mais sont en réalité désarmés. » (entretien 2)

« Les parents sont un peu démunis par rapport à ces difficultés. » (entretien 3)

2.3. La violence des propos

Dans certains cas, les parents s'avouent déjà perdants. Ils n'hésitent pas à exprimer un certain mépris à l'égard de leur enfant, pour susciter inconsciemment en lui une part de culpabilité. Or, cette culpabilité se traduit par un morcellement de l'estime de soi, une image négative et honteuse d'eux-mêmes.

« Il m'est arrivé d'entendre des parents comparer leur fils à ses frères, en l'accablant de défauts, de faiblesses sans jamais lui reconnaître le moindre mérite. » (entretien 2)

« Certains parents décrivent les symptômes de leur enfant de façon très violente : 'il est nul en ci, nul en ça'. Ils emploient des termes très jugeants, sans se rendre compte des effets néfastes. » (entretien 3)

« Certains parents vont être d'emblée négatifs, incapables de dire une seule chose positive sur leur enfant. » (entretien 7)

Qu'en est-il alors de notre rôle, en tant que thérapeute ? Comment parvenir à restaurer un climat de confiance et de sérénité au sein de la famille ?

« Notre rôle est d'interrompre le discours du parent 'il ne fait rien de bien' et de leur faire prendre conscience que ce discours est extrêmement agressif et dévalorisant pour l'enfant. » (entretien 9)

Nous aborderons ultérieurement et de manière détaillée les bénéfices d'un accompagnement parental.

2.4. La pression imposée

Nous sommes dans une société de performance, de réussite sociale, où a lieu un chamboulement des valeurs. Les parents imposent une pression constante à leur enfant, dans l'idée de les endurcir et de les préparer à un avenir lourd de responsabilités.

« Les parents, ayant été eux-mêmes en difficulté ou en échec scolaire, n'arrivent parfois pas à admettre que leur enfant puisse subir la même chose. Cela engendre alors une pression sur les épaules de l'enfant. Il sert de 'faire-valoir'. » (entretien 2)

« Il y a une maman qui n'a pas pu s'empêcher de faire faire à son fils son devoir d'anglais dans la salle d'attente. » (entretien 3)

« j'ai vu un papa récemment, très investi, à tel point qu'il incombe une pression énorme à son fils.[...] Ce papa reconnaît qu'il exige beaucoup de son fils et avoue sa peur que l'enfant reproduise la même chose que lui. » (entretien 8)

Or, ce processus peut avoir des effets inverses sur l'enfant, puisque qu'une charge cognitive et une stimulation excessive risqueront plus de l'inhiber. Cependant, certains parents peuvent difficilement contenir leurs projections et ne conçoivent pas que la situation puisse leur échapper.

« L'estime de soi concerne l'enfant mais touche aussi les parents [...] Ils sont parfois très blessés par l'échec de leur enfant. [...] La tribu familiale peut alors faire pression » (entretien 3)

« C'est très difficile, quand on est parent, de réaliser que son enfant n'est pas à soi. Le parent pense souvent que c'est lui qui a toute autorité, qui sait, qui doit. » (entretien 4)

2.5. La culpabilité

La réalité de l'enfant peut parfois heurter de plein fouet les parents, qui réalisent les difficultés auxquels il se confronte. Leur impuissance et leur sentiment d'échec peuvent parfois les démunir de toute autorité et de toute responsabilité parentale. « La culpabilité prend son sens d'être rapportée au registre d'un comportement hautement souhaitable : elle surgit, en fait, non pas lorsque l'objectif n'est pas atteint, mais quand le parent perçoit certains manquements

dont il aurait fait preuve par rapport à la réalisation de cet idéal. »¹⁰⁵ Cette idée est confortée par le témoignage d'orthophonistes :

« *Comme l'estime de soi passe beaucoup par le regard des parents, par l'idéal donné par les parents, ça voudrait dire : « l'attente que j'ai de mon enfant n'est pas en adéquation avec ce qu'il est réellement donc je suis en faute. Je suis responsable de cette mésestime. » »* (entretien 5)

« *Les parents en parlent parfois en étant conscients qu'ils devraient épauler leur enfant dans ce registre. Mais ils ne savent pas comment faire. »* (entretien 6)

La culpabilité s'exprime dans les questions autour de l'éducation de leur enfant. Ils ne savent pas s'ils font bien ou mal. Ils sont donc amenés à penser « je ne fais pas ce qu'il faudrait ».

D'autre part, face aux difficultés scolaires de son enfant, le parent souffre d'autant plus de ne pas avoir été à la hauteur pour le mener au succès, en tant que bon parent.

« *Les parents sont parfois désolés du manque de confiance chez leur enfant, de l'estime de soi fragilisée, mais ils n'ont pas plus une image très valorisée d'eux-mêmes. »* (entretien 6)

En résumé, nous ne pouvons nier que la mauvaise estime de soi chez un enfant puisse avoir de lourdes répercussions chez ses parents, sans que cela ne soit systématique. Ceux-ci manifestent cette souffrance de différentes manières. Nous n'avons pas établi là une liste exhaustive de tous les impacts que ce phénomène peut avoir. En revanche, ces cas cités ont été abordés dans les entretiens à plusieurs reprises. Il semble essentiel de considérer quelles peuvent être la souffrance et la difficulté ressenties par les parents, en tant que thérapeute du langage et de la communication. Le projet thérapeutique mis en place au service de l'enfant en difficulté scolaire doit être coordonné et assumé par les trois partis : l'enfant, ses parents et l'orthophoniste en l'occurrence.

¹⁰⁵ Quentel J.C., (2001), *Le parent, responsabilité et culpabilité en question*, 1^{ère} édition, Bruxelles, De Boeck université, p.99.

CONCLUSION

Le recueil des points de vue des orthophonistes, concernant l'estime de soi chez un enfant suivi en orthophonie, s'est avéré riche et varié. L'hétérogénéité des propos émanant des entretiens nous a amenés à envisager cette notion sous plusieurs angles.

Tout d'abord, leur définition, divergeant de celle émise dans la première partie, a parfait notre conception de l'estime de soi. D'abord, c'est grâce à la capacité de jugement, subjective, qu'émane la possibilité d'accorder une valeur aux choses, et donc à soi. Ensuite, nous avons vu de quelles manières l'estime de soi se nuance d'autres notions. D'autre part, certaines capacités influent dans le développement idéal d'une bonne estime de soi. Ainsi, la distanciation, l'individuation et le gain d'autonomie favorisent le jugement positif de soi. De la même manière, la capacité de comparaison encourage l'enfant à estimer et juger distinctement ses productions personnelles. Enfin, l'estime de soi, fluctuante, peut être influencée par les expériences vécues et indirectement par les propos d'autrui.

Comment se manifeste l'estime de soi ? Les orthophonistes nous ont rapporté, de leur expérience clinique, un certain nombre de manifestations caractérisant une faible estime de soi. Les signes évoqués, multiples mais probablement incomplets, montrent la diversité d'expression du malaise de l'enfant.

Comme nous l'avons évoqué, l'échec scolaire inflige à l'enfant de lourdes blessures narcissiques. Les difficultés d'apprentissage amènent donc l'enfant à se considérer de manière négative. En tant qu'orthophonistes, nous ne pouvons négliger les liens évidents entre le vécu scolaire de l'enfant et l'estime qu'il se porte.

Qu'en est-il pour l'orthophoniste ? Celui-ci est confronté dans sa pratique à des situations délicates où l'enfant témoigne de la mésestime qu'il se porte. Face à la souffrance de l'autre, l'orthophoniste peut être perturbé par l'écho de sentiments négatifs, effet du transfert et du contre-transfert. Des sentiments d'échecs, d'impuissance, de doute et de culpabilité peuvent donc mettre son travail en péril. Cependant, l'orthophonie est une science humaine qui ne peut nier l'implication affective du thérapeute. Véritable support du travail, cette relation humaine est ce qui donne du sens aux rééducations.

Indéniablement, la souffrance d'un enfant se répercute dans ses relations au sein de son environnement. Les parents sont les premiers concernés. L'enfant, manifestant des signes de malaise, ne correspond pas toujours à l'enfant idéal imaginé par les parents. Le deuil de l'enfant rêvé en devient d'autant plus difficile car l'enfant n'est pas en mesure de répondre aux attentes initiales et inconscientes de ses parents. La fuite, l'impuissance, la violence des propos, la pression imposée et la culpabilité ne constituent pas des réactions systématiques mais probables. Maintes fois soulignées par les orthophonistes, elles doivent être considérées comme une éventualité.

PARTIE 5 : LES MOYENS A DISPOSITION DES ORTHOPHONISTES

Nous comprenons maintenant mieux comment l'estime de soi est en jeu dans la relation orthophonique et de quelle manière elle engage le thérapeute. Nous allons tenter dans cette nouvelle partie de définir les critères essentiels de la rééducation ayant un impact positif sur l'image que peut avoir l'enfant de lui-même. Dans cette approche rééducative, nous aborderons le grand courant théorique que constitue la PRL. Il s'agira ensuite de concevoir quelle est la bonne distance et quelles sont les attitudes thérapeutiques idéales à adopter en prise en charge. Puis, nous avons jugé nécessaire de considérer les parents d'enfants s'estimant peu, au travers de la pratique de l'accompagnement parental. Enfin, le jeu en tant que médiation thérapeutique fera l'objet de nos remarques. Nos regards de futures orthophonistes, enrichis par les entretiens réalisés, nous ont guidés vers ces éléments de réflexion. Ils apparaissent comme les fondements de notre profession auxquels nous accordons une importance toute particulière.

1. LA PEDAGOGIE RELATIONNELLE DU LANGAGE

A de multiples reprises les orthophonistes ont abordé la Pédagogie Relationnelle du Langage (PRL) :

«La PRL, et toutes ces formations qui mettent en avant le côté relationnel de la profession, m'ont permis de me distancer. Cela permet d'avoir un regard sur ce que l'on fait, de nous détacher, de ne pas être que dans le contenu. » (entretien 3)

Nous nous sommes donc penchées sur cette approche et pensons qu'elle est tout à fait adaptée à la prise en charge des enfants qui souffrent d'une faible estime d'eux-mêmes.

1. Qu'est ce que la PRL ?

La PRL se situe dans le courant psycho-dynamique de l'orthophonie. C'est Claude Chassagny, en 1977, qui va mettre en lumière dans son livre Pédagogie relationnelle du

langage, sa conception de la relation thérapeutique en orthophonie. Il explique la PRL au croisement de la pédagogie, de la linguistique et de la psychanalyse, à travers trois concepts qui composent son titre. Selon lui, « il n'est pas de pédagogie réelle qui puisse supposer l'absence d'une relation, et moins encore celle d'un langage. »¹⁰⁶ La pédagogie est à la fois une relation et une communication.

Claude Chassagny définit la **pédagogie** d'un abord général et universel qui implique que toute personne peut, à un moment donné, apporter une réponse éclairante à la demande d'une autre. Il ne s'agit plus d'un programme, d'une sollicitation de celui qui sait (ou doit savoir dans l'esprit des autres) à celui qui doit apprendre, mais d'une question née d'un besoin. « Le solliciteur n'est plus porteur de la réponse, car le porteur c'est celui qui éprouve le désir d'être enseigné, renseigné, voire initié. »¹⁰⁷ La pédagogie est perçue comme un accompagnement à l'acquisition des connaissances : « elle est une conduite de disponibilité à la disposition de celui cherche, et qui à la limite peut trouver lui-même une réponse à sa question. »¹⁰⁸ Ainsi, le pédagogue semble d'abord être une personne qui a des yeux et des oreilles, et qui guide l'enfant sur le chemin de la connaissance.

Les orthophonistes ont exprimé ces idées :

« Il faut donner à l'enfant la possibilité de réussir en étant acteur et non pas par magie. C'est en prouvant à l'enfant qu'il est capable de faire par lui-même qu'il se valorisera. »
(entretien 2)

« Il faut faire en sorte qu'ils redeviennent acteurs de leurs propres mouvements de pensée et de réflexion. » (entretien 3)

Les échanges au sein d'une prise en charge orthophonique se déroulent dans une communication naturelle, où chacun apporte sa spécificité à l'autre. Le terme de **relationnel** se conçoit alors aisément. On éprouve quelque chose devant quelqu'un. Suivant que l'on a envie de se revoir ou non après une première entrevue, c'est que l'on ressent attirance ou répulsion. La manière d'entrer en contact avec les autres engage la suite des relations. Chassagny précise : « Quand il s'agit d'une cure, c'est-à-dire de l'engagement d'un ensemble de rencontres qui peuvent s'étendre sur une ou plusieurs années, le caractère relationnel

¹⁰⁶ Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS, p. 53

¹⁰⁷ Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS, p. 54

¹⁰⁸ Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS, p. 54

devient principal. »¹⁰⁹ Il poursuit : « Dans la psychopédagogie, l'un peut être messenger et l'autre peut recevoir le message. S'il n'y avait qu'un sens possible à l'échange, il n'y aurait pas de communication. »¹¹⁰ Ce sens apporté à la relation, vécue comme une réciprocité, ne peut s'accorder qu'avec une certaine perception de la pédagogie, où le message de l'enfant est principal. L'apport à la connaissance ne doit pas être agression, mais il devient support à la relation. L'enfant la perçoit comme neutre, non agressive.

Les orthophonistes que nous avons interviewés témoignent :

« *L'orthophonie c'est avant tout de la relation.* » (entretien 4)

« *Cette relation : « j'apprends à te connaître, tu apprends à me connaître » permet de créer une relation de confiance* » (entretien 5)

Puis le **langage** s'introduit au concept. Chassagny prend le langage « dans son sens le plus large ; il sera donc autant question du langage préverbal ou même du prélangage que de la parole ou de l'écriture. »¹¹¹ En PRL, le but premier est de favoriser ce langage, sous quelque mode que ce soit, afin que l'enfant « *s'apprenne à communiquer* », selon l'expression de Chassagny qui insiste sur le *s'*, réfléchi, rappelant ainsi que c'est dans ses propres faires et direx que va évoluer l'enfant. En d'autres termes, la proposition est faite par l'enfant plus que par l'adulte. La question que se pose alors l'adulte est de pouvoir déterminer son rôle. Celui-ci consiste à regarder et à percevoir, à écouter et à entendre, à recevoir sans juger, à saisir le comment des événements et des rencontres sans être torturé par le désir de comprendre.

L'enfant est à considérer dans sa globalité. Cela vaut également pour ses mots, qu'il faut associer à son histoire, non pas pour les interpréter, mais pour essayer de comprendre comment les mots résonnent en lui. La langue que parle l'enfant correspond à sa représentation du monde. En cela, elle n'est pas forcément conforme au code social de la langue. Chassagny appelait « *perception théorique du mot* » la définition personnelle que chacun donne à un mot, et « *pouvoir évocateur du mot* », la résonance affective que le mot produit sur chacun. C'est là un point fort de la PRL, s'interroger sur cette emprise réciproque qu'ont les mots et l'imaginaire de l'enfant. Le rééducateur a pour rôle d'aider l'enfant à

¹⁰⁹ Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS, p.55

¹¹⁰ Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS, p.55

¹¹¹ Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS, p.56

trouver l'usage du code, le désir d'entrer dans le champ symbolique de l'adulte, de la communication socialisée, émergeant de la dynamique de la relation.

2. Le déroulement de la PRL

L'acte PRL a été décomposé en trois étapes par Claude Chassagny : la station, la conciliation et l'expression.

Pendant la période de **station**, c'est-à-dire au début de la rééducation, l'enfant apporte et dépose un matériel fantasmatique riche, qui échappe à notre compréhension. Les messages seront reçus sans commentaires et surtout sans interprétation. « Nous ne sommes pas là pour nous préoccuper des conflits de l'enfant, mais pour lui permettre –le fantasme étant exprimé– de le socialiser dans l'évolution qu'il va faire. »¹¹² C'est dans la période de station qu'est réalisée la confiance apportée à l'enfant pour agir comme il lui convient. L'essentiel est de lui permettre de prendre la parole. Donner la parole à l'enfant c'est la lui laisser prendre.

Puis arrive la **conciliation**, « cela veut dire que la décision apparente ou réelle de l'enfant de s'exprimer suivant les moyens utilisés par l'adulte en codage et décodage des signes représente un sacrifice, un renoncement. Il y a là l'idée d'abandon d'une foule de possibilités d'expression au profit d'un code admis et considéré par l'adulte qui est là comme le seul possible.»¹¹³ L'enfant renonce à des satisfactions pour en espérer d'autres. Cette phase est prometteuse pour le rééducateur qui doit encore garder toute sa patience face aux désirs fragiles de l'enfant qui peut faire des allers et retours avec la période de station. On laisse donc l'enfant s'exprimer sur, et à travers ce qu'il veut. Puis, on donne à cette expression une forme socialisée. Il peut alors parler à tout le monde et dépasser une relation privilégiée. L'enfant va se rapprocher petit à petit de la règle, c'est-à-dire du standard et du code. Le langage ne sera plus seulement « le support au fantasme exprimé mais une recherche de l'expression complète, qui aura valeur d'histoire. »¹¹⁴

¹¹² Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS, p. 80

¹¹³ Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS, p. 85

¹¹⁴ Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS, p. 88

L'enfant aborde alors la phase d'**expression**, qui souvent échappe au rééducateur. « L'enfant ne s'adresse plus seulement à celui qui est présent mais à tous les autres. Ce n'est plus par le truchement d'une élection de l'ordre du transfert que s'organise le message, mais dans l'accession à un désir réel d'être entendu et compris par son entourage. »¹¹⁵ Cette période se traduit par l'évolution de l'enfant hors de la séance, dans une meilleure adaptation au monde extérieur, sur le plan des relations, des préoccupations, des interactions... En général, l'enfant signale alors de lui-même qu'il veut cesser les rencontres, il a réussi à se prendre en charge seul, dans les séances et dans sa vie quotidienne. Il a accédé au symbolique, au désir et au plaisir de communiquer avec les autres par un code unique, le langage.

Claude Chassagny, avec la Pédagogie Relationnelle du Langage, propose un abord original de l'acte d'apprentissage. Cette approche de la rééducation de l'enfant met en jeu le sujet dans son développement total. Elle exige d'abord une mise en confiance et l'appel initial à d'autres modes d'expression que l'expression linguistique. En effet, La PRL est d'abord tolérance dans tous les modes d'expression choisis par l'enfant. C'est de cette conduite non agressive qu'ont besoin les enfants présentant une estime de soi altérée et n'ayant pas accès aux moyens d'expression que l'adulte voudrait leur voir posséder et utiliser. Il convient en quelque sorte de faire connaissance. Sans être trop interrogatif, sans intervenir dans la vie privée des gens, on peut connaître : et connaître, c'est reconnaître, c'est établir le premier échange. L'enfant connu et reconnu sera à l'aise.

En résumé, la PRL considère le langage comme constitutif de l'humain, indissociable de la construction du sujet. Sa visée est d'accueillir le symptôme sans que celui-ci ne devienne l'objet central de la rencontre. Chassagny déclare : « Le rééducateur qui se remet en cause renonce à la démarche manichéenne simpliste qui consiste à évaluer le symptôme et à chercher à l'abattre immédiatement. »¹¹⁶ Il nous paraît important de souligner que la PRL n'empêche pas l'utilisation de techniques rééducatives ; Chassagny le souligne : « Cette manière d'être n'exclut pas l'insertion des techniques. »¹¹⁷ Le traitement des troubles du langage, même s'il utilise une technique instrumentale, doit passer avant tout par une relation. Cette relation thérapeutique donne à l'enfant un statut de sujet porteur de sa propre parole. La

¹¹⁵ Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS, p. 92

¹¹⁶ Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS, p. 18

¹¹⁷ Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS, p. 19

méthode de la PRL constitue donc une manière d'être en rééducation. C'est une approche de l'écoute et de l'accompagnement.

2. LA JUSTE DISTANCE THERAPEUTIQUE

Nous avons vu que la relation orthophonique, notamment avec l'enfant qui s'estime peu, ne laisse pas le thérapeute indifférent. Des émotions et ressentis naissent chez lui, qu'ils soient positifs ou plus difficiles à assumer. Ces sentiments sont en partie dus à la notion de transfert qui fait partie intégrante des rééducations orthophoniques. Le thérapeute doit être à l'écoute de ses émotions et tenter d'établir une juste distance entre l'enfant et lui. Cette distance permettra une meilleure objectivité dans la relation d'aide.

Comme le cite une orthophoniste rencontrée :

« Par la distance, il ne faut pas entendre éloignement, mais prendre de la distance en essayant d'avoir un regard objectif sur la situation me semble effectivement important. »
(entretien 7)

La question de la bonne distance dans la relation d'aide fait intervenir la notion de dissymétrie : l'adulte ne se situe pas sur le même niveau d'échange que l'enfant mais comme garant du dispositif et du maintien du cadre. Une trop grande proximité laisse penser à l'enfant qu'il a trouvé ancrage affectif et connivence. Il ne faut pas que l'enfant travaille pour faire plaisir à l'adulte. Cela ne lui permet pas de gagner en autonomie, ni de rehausser son estime de soi. Notre rôle consiste à accompagner sans jamais laisser penser l'enfant que l'on est dans le même statut que lui. Nous n'avons pas les mêmes rôles ! La rééducation est un temps de travail et non pas de jeu. Il faut tenir sa place. L'idée est de générer une relation qui permette l'échange, une reconnaissance mutuelle, sans tomber dans un rapport de maîtrise. Il faut que l'enfant puisse nous concevoir comme professionnel, tel que l'avance une orthophoniste lors de notre rencontre :

« J'ai toujours une certaine distance avec les gens que je reçois. Cette distance dépend de chaque professionnel mais également de ses patients » (entretien 10)

Plusieurs possibilités s'offrent au thérapeute pour analyser les séances qu'il vit avec l'enfant. Sa réflexion lui permettra d'être plus objectif sur ce qu'il se passe en rééducation. De cette manière, il pourra mieux s'adapter aux besoins de l'enfant.

« J'évoque facilement ces cas en groupe d'analyse de la pratique, en parlant avec des collègues, en réfléchissant aussi tout simplement » (entretien 7)

1. La formation

« Nous ne saurions trop dire, à ce point de notre réflexion, comme il est important, indispensable de se former. »¹¹⁸

Pour comprendre l'enfant qui manque d'estime de lui, et par la même occasion comprendre aussi la réaction qu'elle provoque parfois chez nous, la formation théorique est un bon soutien. En effet, accroître ses connaissances dans un domaine particulier, sur un outil, une pathologie ou une méthode, permet d'avoir confiance en ses appuis théoriques et en sa formation professionnelle. Les orthophonistes rencontrés témoignent de la nécessité de se former :

« Je n'ai pas arrêté de faire des formations, d'assister à des conférences. La formation est indispensable. » (entretien 4)

« Se former est essentiel. » (entretien 9)

Il existe pourtant un piège à éviter : « tout ce qui est dans la formation conforterait le sujet dans une maîtrise imaginaire de lui-même. »¹¹⁹ Dans la relation d'aide, il n'y a aucune maîtrise. Il ne faut pas se positionner comme celui qui sait ce qui est bon. L'orthophoniste sûr de ses gestes dynamise la relation, instaure un climat serein de confiance, que le patient perçoit et qui influe sur son comportement.

La formation offre des clés pour une meilleure compréhension de certaines situations cliniques, et par conséquent une meilleure adaptation. Ainsi, le thérapeute saura particulièrement adapter la situation, dans le cas d'un enfant qui se dévalorise. « C'est

¹¹⁸ Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 115

¹¹⁹ De La Monneraye Y. (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p.242

pourquoi la théorie doit à son tour être questionnée par la pratique. C'est dans cet aller-retour permanent que se situe le véritable travail du rééducateur. »¹²⁰

2. La réflexion personnelle

La relation thérapeutique nécessite de la part du rééducateur un travail important de réflexion sur le déroulement de cette relation. Tout orthophoniste qui cherche à prendre du recul se rend compte à travers les situations cliniques qu'il rencontre qu'un travail hors séance est nécessaire. Celui-ci sera d'autant plus crucial à l'égard d'un enfant peu confiant.

« *Il est indispensable de toujours réfléchir à ce que l'on fait, de se remettre en cause ou en question.* » (entretien 1)

« *On repense aux patients entre les séances et peut-être plus aux patients qui manquent d'estime d'eux-mêmes* » (entretien 10)

« *C'est vrai qu'on est parfois le nez dans le guidon. Dans ce cas, on ne voit rien ou tout au moins on ne peut pas toujours anticiper ou planifier. La prise de distance est indispensable à ce moment-là. Il faut s'accorder un temps de réflexion sur l'avant et après séance.* » (entretien 8)

Ce travail consiste à s'interroger sur le déroulement de la rééducation, sur l'analyse qu'on peut faire du comportement et des paroles de l'enfant, mais il y a également tout un travail qui « consiste à s'interroger sur ses réactions personnelles face à un l'enfant en séance »¹²¹ Nous n'essayons donc pas seulement de comprendre ce qui se passe sur le plan rééducatif, thérapeutique et psychique pour l'enfant, mais également ce qui se passe en nous-mêmes. Nous savons tous que nous faisons des erreurs, pour autant, ce n'est pas cette reconnaissance qui nous donne le droit de les accepter. « Le rééducateur n'a pas le droit de faire n'importe quoi dans ses rapports avec les autres. C'est lui qui ne se donne pas le droit à l'erreur : dans son domaine, cela consiste à s'obliger à analyser toutes ses réactions, y compris celles qui lui apparaissent comme des erreurs. »¹²² Suite à cette analyse, ces interrogations sont « à la fois les mêmes et plus les mêmes du seul fait que l'attitude du sujet qui les regarde s'est

¹²⁰ De La Monneraye Y. (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris

¹²¹ De La Monneraye Y. (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p.223

¹²² De La Monneraye Y. (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 244

transformée : il est le même qu'au début du parcours, mais le même après avoir fait le parcours. »¹²³

3. L'intervention d'un tiers

Suite à ce travail de réflexion personnelle, il est important de mettre en avant l'importance de l'intervention d'une tierce personne dans l'analyse que l'on peut faire d'une situation clinique. La difficulté, pour les orthophonistes travaillant en libéral, est la solitude car ils ne rencontrent pas d'autres professionnels. Une des possibilités qui s'offre à eux est alors la discussion avec leurs pairs.

« On ne doit pas hésiter à parler à des collègues, à se faire aider si c'est utile. » (entretien 1)

« J'apprécie maintenant plus de contacter d'autres orthophonistes en libéral pour partager nos expériences, recueillir des avis, conseiller si je peux le faire. » (entretien 2)

Quand l'orthophoniste est pris dans la relation, engagé professionnellement et affectivement, certains points peuvent être faussés par sa subjectivité. Cette subjectivité, si elle est consciente, n'est pas un obstacle au travail. Au contraire, elle est le terreau où prennent les racines de la relation. Mais elle nécessite la parole d'un tiers pour être élaborée.

« Il est parfois nécessaire de demander à nos consœurs leur avis sur telle situation, à savoir comment elles interviendraient, comment elles réagiraient. Ces échanges sont indispensables, ils font partie du métier. C'est une joie aussi de se faire aider, accompagner, se faire aider par les collègues et vice-versa évidemment. On prend du recul, car l'autre n'est pas englué dans la situation. Il apporte son point de vue sans doute plus objectif. C'est un échange réciproque très intéressant. » (entretien 6)

C'est par le discours de l'autre que l'individu avance dans l'analyse. Il aura déjà fait émerger certaines idées par une réflexion solitaire, mais de nouvelles pourront être soulevées par l'autre, qui peut avoir une interprétation différente de la situation clinique. Ainsi, il pourra tirer profit de cette remise en question pour proposer la prise en charge la mieux adaptée qui soit.

¹²³

De La Monneraye Y. (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 245

4. Les synthèses en équipe

Les orthophonistes exerçant en institution disposent d'un temps de réunion appelé « synthèse ». Ce temps de synthèse réunit l'équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, assistants sociaux, psychomotriciens, éducateurs, orthophonistes, enseignants spécialisés, ergothérapeutes...) autour des cas cliniques des enfants suivis au sein de la structure. Les professionnels concernés exposent leur travail ainsi que leur point de vue sur l'évolution de la prise en charge. Ce temps permet de s'interroger sur des questions que les différents thérapeutes se posent et il ouvre l'attention sur d'autres regards, d'autres approches.

« À l'époque où je travaillais en institution, j'appréciais beaucoup le travail d'équipe. On discutait des cas, on s'orientait les uns et les autres selon des axes de travail communs. » (entretien 7)

« En général, face à des cas difficiles qui me posent question, j'en parle à l'équipe, en réunion de synthèse, en présence des psychologues, des médecins et des intervenants auprès de l'enfant. » (entretien 8)

Cette réunion d'équipe permet d'échanger des points de vue, de donner des avis, des conseils, sur lesquels les professionnels pourront s'appuyer. Elle permet une prise en charge harmonieuse et cohérente de l'enfant par les différents thérapeutes.

« L'intérêt du travail en équipe, comme c'est le cas ici au CMP, est qu'on établit des rapports, des liens, en discutant entre professionnels afin de repérer des choses évidentes ou tout au moins probables. » (entretien 8)

« Je vais en discuter avec l'équipe encadrante pour tenter de cerner les choses et d'envisager toujours la meilleure orientation thérapeutique qui soit pour l'enfant. On en parle entre professionnels concernés, ou en supervision pour avoir un avis plus large. Cela permet de mieux se distancer, de se décaler de notre rôle et donc d'avoir un point de vue plus objectif, plus neutre. » (entretien 8)

La réunion d'équipe permet donc de parler des situations cliniques, et dans certains cas, des difficultés rencontrées par les thérapeutes lors de leur prise en charge.

« Le travail d'équipe est l'occasion de viser son sac, d'échanger, de recueillir différents points de vue, objectifs et neutres. C'est au bénéfice de notre efficacité. On doit être en mesure d'entendre l'avis des autres, de se remettre en question, de justifier nos décisions, nos choix. » (entretien 1)

Pour que ces échanges entre professionnels soient riches et fructueux, il faut qu'un climat de confiance règne au sein de l'établissement. Les différents thérapeutes doivent réussir à s'écouter, se comprendre, s'aider. Faire qu'une dynamique de groupe fonctionne n'est pas chose aisée. Les orthophonistes que nous avons interrogés l'ont précisé :

« Réfléchir ensemble autour d'un enfant permet de trouver des solutions. Mais cela nécessite un climat de confiance, sans compétition. Il faut oser dire quand on est en échec. » (entretien 4)

« Le travail en équipe est très important quand il se passe bien, qu'il n'y a pas de relations de pouvoir qui viennent perturber les relations entre les gens. Au sein d'une équipe, quand la parole circule bien, c'est très aidant. » (entretien 5)

« Ça dépend de ce qu'on entend par travail d'équipe. J'ai connu des équipes qui étaient des « boulets ». Ce n'était pas possible de changer quoi que ce soit dans cette équipe donc ça ne m'intéressait pas beaucoup. Par contre un travail d'équipe sous la forme où chacun apporte quelque chose, oui c'est riche. » (entretien 9)

5. Les groupes d'analyse de la pratique

L'objectif des groupes d'analyse de la pratique (ou groupe de contrôle ou de supervision) est de permettre aux professionnels qui y participent de prendre du recul et développer un regard critique sur leur pratique. Cette réflexion doit les amener à se questionner ainsi : « En quoi suis-je pour quelque chose dans ce qui m'arrive ? ».

« Le meilleur moyen d'évacuer si nécessaire ces tensions est d'en parler en groupe d'analyse » (entretien 7)

« On se retrouve occasionnellement en apportant un cas clinique sur lequel on a besoin d'éclaircissements par exemple, ou alors simplement pour partager nos impressions, nos interrogations. C'est important pour une « mise à jour » régulière de notre professionnalisme. » (entretien 2)

Le groupe d'analyse de la pratique est une méthode de formation ou de perfectionnement fondée sur l'analyse d'expériences cliniques, récentes ou même en cours, présentées par leurs auteurs dans le cadre d'un groupe composé de personnes exerçant ou non la même profession. Sans nier qu'il permet un processus cathartique à travers l'expression de situations

professionnelles parfois douloureuses, le groupe se distingue pourtant de la psychothérapie. En effet, ce sont les cas cliniques apportés par les participants qui servent ici de support et non leur histoire familiale ou personnelle. Le groupe permet une réflexion sur l'identité professionnelle de l'individu et sur son implication personnelle dans le cadre de son travail.

« L'analyse de situation m'a beaucoup aidée. Ça permet de poser les choses, de dire ses difficultés ou aussi de s'autogratiser ! » (entretien 4)

5.1. Historique

L'analyse de la pratique comme démarche de formation se développe depuis les années soixante. Initiée par le psychanalyste anglais Michael Balint, elle est à l'origine un outil de développement des pratiques relationnelles des médecins. C'est à travers son ouvrage Le médecin, son malade et la maladie que sont abordées l'importance et l'influence de la relation entre son médecin et son patient dans le processus de guérison. Les notions psychanalytiques de transfert et de contre-transfert viennent étayer son argumentation pour tenter d'éclairer tout ce qui se joue dans cette pratique relationnelle. Ces notions sont par la suite reprises par tout le champ sanitaire et social, rassemblant des professionnels d'équipes soignantes, paramédicales ou éducatives, pour soutenir leur approche relationnelle vis-à-vis du patient.

5.2. Pratique professionnelle

Il s'agit alors de réfléchir sur cette pratique professionnelle sur différents points. Dans un premier temps sur ce qui est notre quotidien et dont on ne parle pas et qui peut pour autant poser question, mais également sur ce qu'on ne fait pas et que l'on souhaiterait faire. Ainsi seront développés tous les empêchements qui viennent entraver notre idéal professionnel.

« Les groupes de l'analyse de la pratique m'ont beaucoup aidée. Car on travaille sur une situation particulière, ce que ça provoque en nous, comment on peut réagir. C'est un travail sur soi, sur ce qu'on est, sur ce qu'on renvoie à l'enfant ou ce qu'on ne s'autorise pas à renvoyer, à tort ou à raison. » (entretien 3)

Puis peut également être abordé tout ce qui touche dans notre pratique aux actes qu'on aimerait éviter, qui nous semblent ne pas correspondre à notre conception du métier.

Enfin, il est possible justement de s'interroger sur ce qui ne nous questionne pas dans notre travail : le fait de n'avoir d'avis ni positifs ni négatifs sur certains aspects de notre travail révèle-t-il un manque de jugement critique ? Sommes-nous donc bien conscients de tout ce qui se joue dans ce domaine s'il ne nous interroge pas ? Devient-il dangereux de considérer certains côtés de la pratique comme routiniers ? Ou est-il simplement confortable de ne pas se pencher sur ce qui paraît évident ?

Avant de pouvoir entamer un travail d'analyse sur la pratique professionnelle, la réflexion débute toujours par une prise de conscience de ce qu'est ou n'est pas notre travail et de ce qu'on aimerait qu'il soit ou ne soit plus également. Après avoir exprimé les ressentis d'une expérience clinique, l'intérêt du groupe réside en la recherche de pistes explicatives et compréhensives. Ce travail sur les paroles se construit en verbalisant et en échangeant avec les autres participants. La confrontation d'un vécu problématique, parfois envahissant par son caractère douloureux, aux regards croisés du groupe permet de construire l'expérience. Cette construction implique d'en dégager les composantes subjectives et objectives et de laisser parler la dynamique émotionnelle et affective de ce vécu. Ainsi, déchargé de son implication affective, l'individu peut tenter de percevoir tous les mécanismes en jeu dans sa difficulté professionnelle.

5.3. Les principes fondateurs du groupe d'analyse

La demande

Ce qui fonde essentiellement le groupe est la demande des professionnels. C'est la condition sine qua non au bon déroulement de l'échange. De ce principe, aucune participation ne peut être définie comme obligatoire ou sanctionnable par une institution, qui peut tout au plus, fortement la conseiller. En effet, un professionnel présent contre sa volonté ne pourra afficher que résistances et empêchements à la réflexion commune. Cela aboutit inévitablement à l'échec du dispositif mis en place. L'investissement de chaque participant est donc une des notions principales à respecter. Le participant doit venir pour réfléchir sur lui-même en tant que professionnel. Il doit parler de ce qui touche mais être prêt aussi à réfléchir sur des données dont il n'avait peut-être pas encore pris conscience.

La constitution du groupe

Le nombre de participants au groupe doit être assez restreint afin de permettre une expression libre. En effet, on sait l'inhibition que peut provoquer la prise de parole en grand comité, inhibition qui n'a pas sa place dans un tel groupe d'analyse. Au contraire, un groupe contenant une dizaine de personnes au maximum favorisera la mise en place d'une certaine intimité propice à l'échange. Ainsi, chaque individu peut s'autoriser une parole sur soi et dispose d'un temps suffisant pour énoncer ses diverses réflexions.

Le lieu

Afin de prendre de la distance avec les habitudes des professionnels, l'idéal est de disposer d'un lieu dans un autre espace, vierge de toutes représentations pour les participants. Cela évite qu'ils soient rattrapés par le rôle tenu dans leur lieu d'exercice, pour que l'élaboration de nouvelles questions vienne à naître et puisse cheminer. La mise à distance du vécu professionnel est une des clés pour l'analyse de sa pratique : il s'agit d'être ailleurs pour voir autrement et par la suite faire autrement.

L'animateur

L'animateur des groupes d'analyse doit lui aussi être extérieur au milieu professionnel. Il est important, pour sa neutralité, qu'il n'ait aucune relation avec l'un des participants en dehors du groupe, qu'elle soit amicale ou hiérarchique. Il pourra alors être au plus proche d'un véritable accompagnement des professionnels lors de l'élaboration de leur réflexion, des questionnements et des analyses qui s'en suivront. Pour autant, il doit éviter de se positionner comme expert : les participants vont être amenés à mettre en mots des ressentis cliniques conflictuels, qu'ils n'ont peut-être encore jamais exprimés jusqu'alors. « La garantie que doit donner le contrôleur est de maintenir les choses ouvertes. [...] Il le peut parce qu'il ne connaît pas la séance, il ne sait pas ce qui s'y est passé, il ne connaît que ce qui lui en est dit et comment cela lui est dit. »¹²⁴ Pour soutenir au mieux cet accueil de leur parole riche en

¹²⁴

De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 230

expériences, il garantit un cadre serein où les silences et les échanges de chacun seront respectés. Dans ce lieu, l'animateur n'a pas le rôle de celui qui possède le savoir. Au contraire, chaque participant prend conscience de la richesse que peut apporter l'analyse de sa clinique en termes d'approfondissement et de connaissance sur soi comme sur la profession. Le travail de la singularité du vécu de chaque individu légitime un savoir pour le professionnel. Grâce aux mots, ils apprennent de leur expérience et s'approprient leur savoir clinique. « Le contrôleur est avant tout le répondant du cheminement du sujet qui lui parle et qui l'a choisi comme interlocuteur. »¹²⁵

La réflexion

Enfin, il est important de rappeler que la mise en place de ce dispositif est conséquente à un désir de la part des professionnels d'évacuer une souffrance psychique. Il est nécessaire pour que cette souffrance disparaisse de remettre du sens sur ce qui a été vécu.

La première phase du travail consiste en l'expression d'une blessure narcissique. Souvent le professionnel est renvoyé à ses difficultés plus qu'à ses compétences, à ses manques plus qu'à son savoir. Il accentue ses échecs et les intériorise, car ils sont souvent inavouables pour lui dans le cadre de son travail. « Être seul radicalement serait de l'ordre de l'auto-analyse. On risque alors [...] de fermer les choses, de chercher à tout prix la « bonne » explication... quitte à se culpabiliser. »¹²⁶

Puis viennent les hypothèses, explicatives et compréhensives. Le professionnel entame sa recherche de réponses, pour lesquelles il devra dans un premier temps trouver les bonnes questions à se poser. Comment est née cette situation ? Qu'est-ce qui se joue pour le patient dans cette situation ? Et pour moi ? Pourquoi ai-je pensé mon attitude être la plus adéquate ? Au nom de quelle conception théorique ? Chaque professionnel donne alors son avis et le partage permet un brassage théorique enrichissant, permettant une mise à distance de l'individu face à ses problèmes. Une fois le problème objectivé, comment envisager une solution, ou du moins une alternative plus efficace ? Une position plus cohérente avec telle ou

¹²⁵ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 227

¹²⁶ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 230

telle situation s'élabore souvent dans l'entre-temps des séances, car la pensée perpétue son cheminement chez le professionnel au-delà du lieu et du cadre du groupe. La confiance et la confidentialité des échanges permettent aux participants l'investissement que nous décrivions précédemment comme essentiel à toute participation à un groupe d'analyse de la pratique. Pour pouvoir se livrer, chaque participant doit être convaincu que ses propos ne seront en aucun cas rendus publics. Parfois, la parole authentique, réelle expression du sujet, peut mettre du temps à émerger, à prendre le manteau du « je ». Elle fait face aux résistances du sujet, prêt à tout pour enfouir ses craintes et ses interrogations les plus profondes. Comme pour tout processus, cette parole en gestation doit aussi braver ce qui la retient.

G. Dubois souligne : « on est saisi d'inquiétude quand on mesure la part de responsabilité qui est la nôtre dans cette prise en charge thérapeutique. Etre à l'écoute, avoir une attention, un regard, être totalement disponible à l'autre et totalement nous-mêmes, accueillir l'agression et lui jalonner des limites, accueillir la régression et la contenir, accueillir la transgression et faire accepter le sens de la loi, accueillir la confiance avec le ton le plus juste, entendre la souffrance, entendre le silence, recevoir toute parole enclavée, toute écriture déformée, sans en être profondément blessés en nous-mêmes... Qui est prêt pour cela sans un travail approfondi sur soi-même ? »¹²⁷

A l'aide des formations, des réflexions personnelles, des discussions entre collègues, des synthèses en équipe ou encore des groupes d'analyse de la pratique, les orthophonistes parviennent à une meilleure compréhension des situations difficiles qui se jouent en séance. Ces moyens à leur disposition constituent un appui indispensable quant à leur positionnement de rééducateur.

¹²⁷

Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 32

3. LES ATTITUDES THERAPEUTIQUES

Nous venons de le voir, la relation thérapeutique qui s'instaure nécessite, de la part du rééducateur, un travail important de remise en question personnelle et de réflexion sur le déroulement de cette relation. Mais quelles sont les spécificités de cette relation ? L'orthophoniste doit-il adopter des attitudes particulières à l'égard de l'enfant qui manque d'estime de soi, et plus largement de tout enfant ? Même si chaque pratique est singulière et que le thérapeute intervient selon ses souhaits, il nous paraît important de mentionner certains comportements qui semblent essentiels au bon déroulement de la rééducation. A l'issue des entretiens, nous avons donc réfléchi aux attitudes thérapeutiques « idéales » permettant d'accueillir dans les meilleures conditions un enfant qui manque d'estime de soi. Ainsi l'empathie ou encore la capacité d'écoute et la disponibilité paraissent primordiales. Il en est de même concernant le fait d'offrir à l'enfant un sentiment de sécurité et de confiance, ou encore celui de le valoriser en s'adaptant à lui. Enfin, l'orthophoniste, vrai et authentique, s'appliquera à développer ses capacités en favorisant la notion de plaisir chez l'enfant.

1. L'empathie

Selon Dubois, la relation orthophonique « est une relation qui nécessite l'empathie, c'est-à-dire une compréhension sans complaisance, une écoute sans jugement et pourtant une distance, une tolérance, une exigence, sans pourtant être personnellement impliqué dans cette aventure commune. »¹²⁸ Dans ce sens, les notions d'empathie et de transfert se nuancent.

« L'empathie, c'est d'ailleurs ce qui est indispensable pour bien agir face à la détresse d'un enfant [...] mais on n'apprend pas à être empathique ! » (entretien 2)

« Je suis plutôt empathique donc je me mets à la place de l'enfant en difficulté..» (entretien 3)

« Un orthophoniste empathique [...] pourra adapter la séance et sécuriser l'enfant. » (entretien 8)

Selon Carl Rogers, l'empathie consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les

¹²⁸ Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 57.

comprendre comme si l'on était cette autre personne. Dans le cas de l'enfant qui souffre d'une faible estime de lui-même, c'est cette capacité d'empathie qui nous permettrait d'entendre sa souffrance.

« *Je trouve que la notion d'estime de soi pose la question de l'empathie. [...] Cela permet d'être plus prêt des sentiments de l'enfant, même s'il faut bien sûr garder la bonne distance.* » (entretien 5)

Boris Cyrulnik, dans son ouvrage Dialogue sur la nature humaine, nous donne une juste idée de l'empathie et de son importance: « En tant qu'homme j'appartiens à la seule espèce vivante capable de me figurer les représentations de l'autre. Je suis alors contraint à partir à la découverte du monde mental de l'autre, de ses théories, de ses représentations et de ses émotions. [...] L'empathie propose peut-être la seule justification morale à être ensemble. Cette morale fondée sur le plaisir, le désir de découvrir des théories et les représentations des valeurs de l'autre s'oppose aux morales perverses. »¹²⁹

« *Je pense que les souffrances du patient résonnent en nous d'une certaine manière. A mon avis, mieux on identifiera les sentiments que la situation suscite en nous [...] mieux on aidera le patient.* » (entretien 7)

Selon la phase de développement qu'il traverse, l'enfant exprime ses besoins de différentes façons et avec plus ou moins d'habileté. Il est donc important pour l'orthophoniste d'améliorer sa capacité d'empathie afin de décoder le sentiment ou le besoin qui sous-tend les comportements.

« *Souvent je renvoie à l'enfant ce que j'imagine qu'il est en train de vivre, par rapport à un travail effectué ou un jeu.* » (entretien 3)

L'adulte doit reconnaître que tout sentiment est légitime et rassurer l'enfant quant à son droit d'exprimer ce qu'il ressent. Il doit l'aider à nommer ses sentiments et à les exprimer de façon adaptée. L'empathie émane d'une rencontre interpersonnelle essentielle à toute relation d'aide. Dans son livre La relation émotionnelle, Roland Vallée affirme « J'ai véritablement le sentiment d'exister dans la relation quand je peux réellement dire mon émotion, quand je peux exprimer ma joie, ma tendresse, mon enthousiasme, mes envies, ma colère, mon désaccord, ma tristesse, mes peurs... Dans le cas contraire, si mon émotion est réprimée, j'ai tendance à

¹²⁹ Cyrulnik B. et Morin E., (2004), *Dialogue sur la nature humaine*, Paris, De l'aube, Poche essai.

me mettre en retrait, je perds confiance en moi, je prends le risque de me laisser définir par l'autre. »¹³⁰

Bien entendu, il ne s'agit pas de confondre la sensibilité émotionnelle qui enrichit la rencontre, avec la fragilité émotionnelle dans laquelle l'individu se laisserait emporter par des débordements émotifs. L'émotion qui peut s'exprimer contribue à la construction de son identité et au respect de soi-même. La capacité d'empathie permettrait donc au thérapeute d'accueillir l'émotion et de savoir lui donner un temps et un espace nécessaires pour qu'elle puisse aller jusqu'au bout de son mouvement. L'idée est de tout mettre en œuvre pour que le sujet ait l'espace maximum de son expression affective et émotionnelle, qu'il s'y sente reconnu, et de ce fait en acquière un dynamisme créatif. Le respect de la différence sera donc toujours mis en valeur dans la verbalisation autour des situations créées en vue d'ouvrir l'espace d'expression émotionnelle.

2. L'écoute et la disponibilité

Le thérapeute a la place de celui qui accompagne, qui chemine avec l'enfant, attentif pour pouvoir l'aider, qui sait attendre quand il le faut et prêt à répondre dans le respect du désir de l'enfant. Vallée mentionne « Pour exister, j'ai besoin d'être entendu, j'ai besoin de reconnaissance, ce n'est que dans ce contexte que la relation à l'autre peut réellement s'établir, prendre corps, et devenir lieu d'accomplissement. »¹³¹

La notion de temps et de délai est une valeur thérapeutique essentielle. Il s'agit de considérer le temps comme quelque chose dont on dispose plus que comme quelque chose qui nous domine. Cette attitude d'écoute, qui fait preuve de disponibilité, permet à l'enfant de trouver ses repères, d'investir le temps et le lieu, de tester les limites, et d'exprimer ce qu'il souhaite. L'orthophoniste n'aura alors pas le rôle de l'adulte qui va imposer une norme à l'enfant : il aura le rôle de celui qui peut et qui sait attendre et écouter.

« Le thérapeute doit être disponible pour les enfants comme pour les parents en les écoutant, en faisant preuve de compréhension et de réconfort. » (entretien 1)

¹³⁰ Vallée R., (2000), *La relation émotionnelle*, Isbergues, Ortho Edition, p. 23.

¹³¹ Vallée R., (2000), *La relation émotionnelle*, Isbergues, Ortho Edition, p. 23.

« Il faut être libéré et disponible pour être à l'écoute du patient et en mesure de lui envoyer du positif. » (entretien 2)

En orthophonie, nous approchons des sujets en retrait dans la communication et « nous relevons dans certains cas qui nous sont adressés, des choses mal vécues, mal ressenties et la plupart du temps, nous avons affaire à des sujets qui n'ont pas pu exprimer suffisamment leurs émotions, qui n'osent pas s'affirmer, qui sont enfermés dans des jugements de valeur en permanence, et ne pouvant exprimer leurs ressentis, ils s'isolent. »¹³² C'est la raison pour laquelle nous devons faire preuve d'une écoute attentive et être vigilant à la parole de l'enfant.

D'autre part, l'orthophoniste peut s'autoriser à une présence en retrait. Selon Dubois, « cette forme « d'attente active » n'est ni passivité, ni démission ; elle est au contraire présence forte, dynamisante ; elle sait être stimulante chaque fois que l'enfant très fusionnel ou totalement passif s'enferme dans une absence d'initiatives et de communication, afin de susciter et d'étayer le désir. »¹³³ L'écoute permettrait de mieux comprendre, saisir, percevoir les déstabilisations, les ressentis et les dispositions d'esprit de l'enfant.

3. Les sentiments de sécurité et de confiance

Le sentiment de sécurité est un préalable à l'estime de soi, c'est-à-dire qu'il ne fait pas partie intégrante de l'estime de soi mais qu'il est nécessaire à son développement. Ce besoin de sécurité constitue un besoin de base de l'enfant. Il s'agit de l'assurance de savoir que son intégrité physique et son intégrité psychique ne sont pas menacées. La frustration du besoin de sécurité génère des émotions dérivées de la peur, de la colère et éventuellement de la tristesse (mécontentement, révolte, indignation, appréhension, anxiété, panique, morosité...). En revanche, si le besoin de sécurité est comblé, l'individu éprouve de l'apaisement, du désir, de la joie : apaisement d'être en sécurité et de se sentir soutenu, désir d'avancer puisqu'il est en sécurité et soutenu, joie d'être à la fois en sécurité, soutenu et d'avancer ! Bien sûr le sentiment de sécurité génère la confiance et des sentiments positifs à l'égard de l'autre.

¹³² Vallée R., (2000), *La relation émotionnelle*, Isbergues, Ortho Edition, p. 39.

¹³³ Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p 68.

3.1. Le cadre rééducatif

En orthophonie, il faut veiller à sécuriser l'enfant dès la rencontre, le bilan. Pour cela il est important d'explicitier au patient le cadre rééducatif. Nous devons lui décrire le temps, la durée, la fréquence et le support de la rencontre. Il s'agit d'expliquer à l'enfant ce que nous allons faire avec lui.

«Lors du bilan, je dis souvent à l'enfant « on va faire un état des lieux, c'est vrai que certaines choses seront compliquées mais il y a aussi certaines choses que tu sauras bien faire. Moi je te dirais après ». [...] Puis, je fais un premier compte-rendu à l'enfant, je lui fais part de ses points forts et les choses à partir desquelles on pourrait travailler « là il y a des choses que tu réussis bien donc on va pouvoir travailler à partir de ces choses-là pour que ça t'aide. Pour ce qui fonctionne moins bien, on va essayer de trouver des liens à faire de manière à ce que ça t'aide pour les choses qui sont un peu plus difficiles. ».» (entretien 3)

Poser le cadre rééducatif c'est aussi lui expliciter les règles de la rééducation. Il est primordial de distinguer et de souligner à l'enfant les comportements permis de ceux qui sont interdits. La règle de sécurité est la suivante: « Ici, tu ne peux pas te faire mal, tu ne peux pas me faire mal et je ne peux pas te faire mal. » On propose ainsi à l'enfant une distance à l'adulte qui permet que chacun joue son rôle.

L'idée du cadre rééducatif aurait deux fonctions : la fonction maternelle, contenante et sécurisante et la fonction paternelle, le cadre étant référant de la loi. On institutionnalise les règles et les places de chacun. Cela permet de voir que la loi n'est pas du côté de la contrainte mais de la protection. Un enfant n'acceptera pas toutes les règles des apprentissages s'il ne s'est pas approprié celles de la loi.

3.2. Les routines

« La séance a lieu en général à la même heure, le même jour. Cette routine est sécurisante et intégrée au rythme de l'enfant. » (entretien 1)

Les routines et les rituels constituent un point d'appui nécessaire à l'enfant. « Les routines sécurisent l'enfant car elles le situent dans le temps et dans l'espace. »¹³⁴ C'est grâce à la régularité et la stabilité que l'enfant parvient, avec le temps, à se représenter mentalement la succession temporelle et qu'il peut prévoir ce qui se passe avant et après une activité. Les repères spatiaux stables permettent à l'enfant de s'orienter, s'organiser et par conséquent se sécuriser. Ils représentent pour l'enfant son territoire, un lieu d'appartenance auquel il peut s'identifier. Pour autant, cela ne signifie pas qu'il faille éliminer tout changement dans la vie de l'enfant ; cela l'empêcherait de développer des mécanismes d'adaptation.

3.3. Les attitudes sécurisantes

Les attitudes sécurisantes sont essentielles, elles permettent à l'enfant de nouer des relations stables avec les adultes. Ceux-ci doivent éviter des changements trop brusques ou excessifs dans l'expression de leurs émotions. En effet, l'enfant se sent souvent coupable de l'état émotif de son interlocuteur. La stabilité d'humeur de l'adulte contribue donc à sécuriser l'enfant. Le sentiment de sécurité psychologique se développe grâce à la régularité des soins et la présence stable apportée à l'enfant. Il se transformera par la suite en une attitude de confiance par rapport à l'autre et à soi-même.

« Il faut donc instaurer une relation de confiance avant de se jeter à corps perdu dans le rendement, le renforcement des acquis, les progrès imminents qu'exigent souvent les parents et les enseignants. » (entretien 2)

« La confiance est le préalable à tout travail thérapeutique. C'est parce que l'enfant est en confiance qu'il va oser faire des choses plus difficiles. » (entretien 5)

Ainsi, il apparaît nécessaire que l'enfant éprouve un sentiment de sécurité lorsqu'il consulte en orthophonie, et d'autant plus s'il manque d'estime. En effet, c'est parce qu'il se sent en sécurité que l'enfant pourra accroître des ressentis de confiance et d'assurance vis-à-vis de l'autre puis de lui-même. L'orthophoniste doit donc veiller à toujours raviver ce sentiment chez l'enfant par des attitudes, des propos, des techniques adaptées au cas par cas.

¹³⁴ Duclos G., (2004), *L'estime de soi, un passeport pour la vie*, Montréal, Editions de l'Hôpital Sainte Justine, page 72.

4. La valorisation

Les orthophonistes que nous avons interrogés affirment :

« *L'orthophoniste a les moyens de mettre en valeur l'enfant, de favoriser et conforter l'enfant dans ses choix, ses initiatives, ses engagements.* » (entretien 1)

« *On travaille d'arrache-pied pour faire valoir son image positive.* » (entretien 6)

Mais de quelle manière le thérapeute s'y prend-il pour valoriser l'enfant ?

4.1. Encourager

Les encouragements sont omniprésents en séance d'orthophonie. Ils montrent à l'enfant les attentes et les espoirs que nous avons de lui. Ils favorisent également le sentiment de compétence. Si nous nous montrons indifférents, ou si nous ne l'encourageons pas à relever de défis, l'enfant pourra avoir l'impression d'être incompetent.

« *Je reste toujours persuadée que l'enfant peut y arriver ! Pour ça, je l'encourage, je le rassure et le guide de façon à ce qu'il parvienne à ses fins par lui-même.* » (entretien 2)

« *Il faut aussi toujours considérer les moindres productions de l'enfant : ses dessins, la construction d'un jeu, ses productions écrites, toute trace de son identité. [...] Ce sont autant de moyens pour valoriser l'enfant, en dehors de tous les encouragements verbaux qu'on se doit bien sûr de lui adresser aussi.* » (entretien 2)

« *Valoriser un enfant en le gratifiant et en pointant la raison pour laquelle il est là.* » (entretien 4)

« *J'encourage beaucoup en disant : 'c'est bien, c'est une bonne idée.'* » (entretien 10)

4.2. S'adapter

Cependant, les attentes que nous avons doivent être réalistes, c'est-à-dire adaptées à son niveau de développement. Si nos ambitions sont trop élevées, l'enfant risque fort de vivre du stress de performance et des échecs. Les défis d'apprentissage proposés doivent être conformes aux capacités des enfants concernés, ils doivent être adaptés à leur niveau de développement et être en concordance avec leur rythme de développement. L'enfant qui échoue parce que l'objectif fixé est trop élevé se trouve démotivé et dévalorisé. Tout tient

donc dans le dosage de l'objectif. Quand celui-ci est adapté aux capacités de l'enfant, ce dernier peut surmonter des obstacles, apprendre de nouvelles choses et en tirer des sentiments d'efficacité et de valorisation. Un objectif réaliste représente un équilibre entre une trop grande difficulté et une trop grande facilité. Il doit se situer dans la « zone proximale de développement » de l'enfant.

« Comment valoriser un enfant ? En proposant des choses à sa portée. On parle de zone proximale de développement. Il faut veiller à toujours bien situer l'enfant au niveau de son potentiel. » (entretien 7)

« En proposant des choses qui soient à la portée de l'enfant, dans sa zone proximale de développement. [...] On peut également faire des retours en arrière et faire constater à l'enfant ses progrès. » (entretien 10)

Ainsi, l'adaptation du travail en orthophonie est primordiale avec un enfant dont l'estime de soi est altérée. L'orthophoniste doit observer attentivement l'enfant, ses gestes, expressions et paroles qui traduiraient une inquiétude ou un malaise massif. Cette observation fine permet au thérapeute d'être au plus proche de la réalité de l'enfant, d'échanger avec lui sur ses difficultés actuelles. L'adaptation est source de créativité, c'est elle qui permet à l'orthophoniste d'être dans un renouvellement perpétuel et de passer ainsi d'un support à l'autre.

« C'est à nous de faire le nécessaire pour rendre la tâche plus accessible et plus valorisante. Je poursuis souvent l'activité en cours, en réadaptant évidemment le niveau, les consignes, le matériel si nécessaire. » (entretien 2)

« Dans le cas où l'enfant est confronté à l'échec, je change naturellement d'activité sans lui faire sentir qu'on abandonne, et je réadapte l'exercice à son niveau. » (entretien 2)

« Si je sens que c'est trop dur, je n'hésite pas à revenir en arrière, si c'est trop facile, je vais compliquer. Pour être juste et pour ne pas abîmer le regard que l'enfant se porte, il faut réajuster en permanence le contenu de la séance. » (entretien 5)

« Quand un enfant bloque, je préfère abandonner le domaine abordé pour un moment, pour y revenir plus sereinement quelques temps plus tard. » (entretien 8)

« J'essaie toujours d'adapter la tâche à ses moyens [...] Il faudra toujours adapter et simplifier la proposition et la façon d'aborder le problème. » (entretien 8)

« Etre orthophoniste, c'est aussi faire preuve d'adaptation, de renouvellement. » (entretien 8)

4.3. Susciter la motivation

L'orthophoniste met en avant ce qui est positif, ce qui fonctionne bien chez l'enfant. Nous nous appuyons sur les compétences qu'il possède déjà pour créer la motivation.

« Je pense qu'on peut pointer chez un enfant, tout ce qui fonctionne bien, et non ce qui ne va pas, car ça, on peut le garder pour soi. [...] Surtout, il faut faire remarquer ce qui marche bien. » (entretien 3)

« Quand l'enfant écrit 'les oiseaux chantes', on valorise le 's', l'analyse est bonne, le processus d'analyse est enclenché. Pour cela, on le félicite plutôt que de faire remarquer l'erreur. » (entretien 6)

La motivation, faite de désir et de volonté est un ensemble de forces qui pousse l'individu à agir. Elle dépend essentiellement de l'entourage de l'enfant qui lui insuffle l'intérêt et l'envie d'apprendre. Il est important que les adultes encouragent l'enfant lorsqu'il est confronté à une activité difficile. Grâce à ce soutien, il va vivre des succès dans l'atteinte de ses objectifs et en retirer un sentiment d'efficacité et de fierté.

« Dans mon travail, j'essaie de tirer l'enfant vers le maximum de son potentiel quel qu'il soit. Et on retrouve par là une sorte de valorisation, de « renarcissisation ». » (entretien 3)

Lorsqu'un individu s'affirme dans ses gestes, ses paroles ou dans l'ensemble de son comportement, on peut penser qu'il a une bonne estime de lui-même. Mais l'enfant peu confiant, face à l'apprentissage, risque de développer une peur d'échouer. Ce sentiment d'incompétence peut persister si on n'adresse pas à l'enfant encouragements et rétroactions et si on ne s'adapte pas justement à lui. Il est souhaitable que chaque enfant parvienne à se dire et à affirmer : « j'ai une valeur comme personne, avec mes forces, mes qualités et mes difficultés. Je vis des sentiments, des désirs et des besoins, j'ai aussi des idées. Je m'attends à ce qu'ils soient écoutés, considérés et respectés. » C'est ainsi qu'il augmentera sa motivation et développera son envie d'apprendre. Pour l'aider à cela, l'orthophoniste tentera au mieux de valoriser l'enfant et de l'encourager en s'adaptant à ses capacités.

5. Etre vrai et authentique

L'orthophoniste, pour être à l'aise dans la relation avec l'enfant, peut s'autoriser à lui dire comment il perçoit ce que l'enfant lui renvoie. C'est d'ailleurs en cas de difficultés partagées que l'on peut signifier tout l'intérêt de la relation thérapeutique : les sujets s'écoutent mutuellement, pour avancer ensemble. Le travail évolue quand on peut exprimer avec des mots ce que l'on vit. Cette parole a un effet bénéfique, non seulement sur l'orthophoniste qui s'autorise à dire, mais aussi sur l'enfant, qui comprend alors tout l'intérêt que ce dernier donne à la relation thérapeutique.

« On explique que ça peut être très douloureux mais que pour savoir comment aider et en venir à bout, il faut d'abord connaître le bégaiement. » (entretien 6)

« Sans être trop catégorique ou stricte, je pense aussi qu'il est important de rappeler à l'enfant sa condition. La vie de tout être humain est dictée par le plaisir mais aussi le travail et le devoir. » (entretien 7)

« Le patient peut manifester des résistances ou persister à dire que personne ne peut rien pour eux. [...] Il faut leur faire savoir que ce n'est effectivement que par eux-mêmes qu'ils pourront y changer quelque chose. » (entretien 7)

D'autre part, le thérapeute peut et doit s'autoriser à l'expression de ses sentiments véritables. Feindre le calme et la gentillesse, la compréhension d'une situation qui nous étonne, déstabilise encore plus le patient.

« Il faut avoir confiance en ce que l'on ressent, ne pas être faux. » (entretien 3)

« J'ai expliqué à l'enfant que les choses étaient trop difficiles pour lui comme pour moi, qu'on allait donc arrêter la séance et se revoir progressivement les fois suivantes. » (entretien 8)

L'orthophoniste ne doit pas non plus leurrer l'enfant sur le travail à effectuer en séance. Il est important que l'enfant garde en tête les raisons pour lesquelles il consulte. De plus, il faut qu'il sache que la rééducation ne se fera pas sans aucune difficulté :

« Ce serait un leurre que de faire croire à l'enfant que tout est simple et abordable. » (entretien 2)

« Nous ne sommes pas là non plus pour le leurrer ou lui faire croire que tout est simple, tout est acquis. » (entretien 2)

« Je pense qu'il ne faut pas leurrer l'enfant ou mettre de côté ce qui ne va pas. » (entretien 3)

« Les orthophonistes font faire des choses ludiques que les enfant réussissent, autour de l'organisation spatiale, du rythme. Je pense que c'est important de leur dire : « ces choses-là, ce n'est pas que de l'amusement, c'est aussi important pour apprendre à lire et tu y arrives bien. » Il s'agit de faire du lien. » (entretien 3)

Le thérapeute doit avoir conscience qu'il est impliqué en tant que personne dans la relation. Chercher à dissimuler des attitudes ou des propos est une erreur et une entrave à l'instauration de la relation thérapeutique. Concernant les objectifs thérapeutiques, l'orthophoniste doit être responsable du suivi qu'il engage avec le patient, c'est à lui que revient la responsabilité de mener à bien la prise en charge en vue d'un aboutissement positif. Le thérapeute trouvera donc les moyens idéaux pour y parvenir, en rendant compte de la nécessité d'un investissement sur le long terme.

« Nous sommes dans un travail à long terme, qui n'est pas réparateur aussitôt que le suivi est mis en place. Il faut donc faire preuve de patience et convaincre le patient du bénéfice d'un tel suivi dans le temps. » (entretien 7)

Bien qu'il fasse preuve de bienveillance et de sincérité, le professionnel dispose nécessairement d'une certaine distance par rapport à l'enfant, comme cela a été évoqué précédemment. « Cette distance existe quel que soit l'investissement que le professionnel porte à son action ; c'est elle qui instaure le métier. Jean Gagnepain fait très justement remarqué que le métier se fonde sur de l'*anonymat*. »¹³⁵ Cela ne signifie absolument pas que le professionnel doit se montrer impersonnel, mais qu'il se trouve tributaire d'une fonction qui le dépasse en tant qu'individu et que ce n'est pas à titre privé qu'il intervient auprès de l'enfant. « Dans le cadre particulier de l'exercice d'un métier, je m'inscris nécessairement dans une certaine distance au service que je rends, tout en y engageant ma compétence [...] »¹³⁶

¹³⁵ Quentel J.C., (2001), *Le parent, responsabilité et culpabilité en question*, 1^{ère} édition, Bruxelles, De Boeck université, p. 175.

¹³⁶ Quentel J.C., (2001), *Le parent, responsabilité et culpabilité en question*, 1^{ère} édition, Bruxelles, De Boeck université, p. 175.

7. La notion de plaisir

« J'essaie plutôt de redonner à l'enfant le plaisir de réfléchir. Je pense que, quand on réfléchit, cela permet de rehausser l'estime de soi. » (entretien 10)

L'orthophoniste Jacqueline Maqueda, dans son ouvrage L'enfant et la gourmandise des mots nous fait part de sa conception personnelle de l'orthophonie. Sa vision de notre métier retranscrit bien la notion de plaisir qui s'y rattache : « L'aspect phonie me convient bien. Il sonne comme un prénom familial, et évoque le sonore dans sa globalité, incluant les sons, la musique, la parole. J'ai cependant un peu de mal à me retrouver dans la dimension « ortho » de l'orthophonie qui me semble étriquée, raide, assez éloignée de ma pratique. Mais je garde volontiers sa forme phonétique en lui modifiant sa tenue orthographique, ainsi j'arrive à « hortophonie », et là, je me sens tout à fait bien dans ce mot que je me suis réapproprié, parce que cette simple modification de la place du « h » ouvre les portes horticoles du langage : entrer dans le jardin des sons et des mots, les assimiler dans leur forme commune, jouer avec eux. Vivre l'aventure langagière avec l'enfant qui se trouve en face de vous, parce qu'il a besoin de votre aide spécialisée, c'est tenter au fur et à mesure de vos communes plantations de graines de sons, de mots, de phrases puis d'histoire, qu'il puisse non seulement en récolter les fruits, mais savoir lui-même comment les cultiver et organiser son jardin. »¹³⁷

Pour dire les choses autrement, il s'agit moins de rééduquer que d'offrir à l'enfant la possibilité de s'approprier le langage, dans sa forme commune aux membres de sa communauté, pour pouvoir communiquer, et en même temps se façonner un langage créatif qui sera l'expression, de ce qu'il est en tant qu'individu. Au cours des entretiens, les orthophonistes nous ont fait part de cette idée :

« J'essaie de ramener les choses autour du plaisir de penser, du plaisir de découvrir les choses par eux-mêmes, [...] qu'ils soient acteurs de leur propre mouvement de pensée. »
(entretien 3)

« Je propose des outils en veillant à toujours susciter une petite notion de plaisir. »
(entretien 7)

¹³⁷

Maqueda J., (2001), *L'enfant et la gourmandise des mots*, Ramonville-Saint-Agne, Editions Erès, p.12.

L'appétit gourmand que l'on peut éprouver pour la langue et pour ces ressources ludiques, que sont les jeux verbaux sous leurs différentes formes, y compris les erreurs, les confusions, les ambiguïtés, est aussi source de création. « Donner sa langue au chat ou croquer le marmot, tirer la langue ou la tourner sept fois dans sa bouche, pour le plaisir de jouer avec les mots. »¹³⁸ Il est tentant de faire de l'orthophonie un « métier de bouche », non pas dans une réduction opératoire du langage aux seuls organes phonateurs, mais dans la dimension pulsionnelle du plaisir de parler, un métier où les sons, les mots, deviennent le matériau que l'orthophoniste et son patient vont travailler, concasser, transformer, s'approprier. Le plaisir de jouer, et en particulier avec l'imaginaire et les mots, se saisir du ludique et de la mise en jeu dédramatisée permet de prendre du recul et se réapproprier les situations.

« J'ai donc décidé de ne plus aborder cela pour le moment et de développer d'autres compétences pour susciter le plaisir, le goût d'apprendre. » (entretien 8)

« On va travailler à renarcissiser, à redonner du plaisir à l'enfant quand il est confronté à quelque chose de difficile, pour ne pas avoir peur de chuter. » (entretien 5)

Au travers de notre métier, nous pouvons largement explorer toutes les ressources de la langue française, orale et écrite, au bénéfice d'une utilisation empreinte de plaisir pour l'enfant. Pour qu'il grandisse, il lui faut assimiler, intégrer, incorporer le monde qui l'entoure, en se l'appropriant, par une attitude active et créative, bien différente d'une simple adaptation à la bonne forme langagière.

Les approximations du langage enfantin transforment les mots. Confusions de sons, inversions, découpage linguistique erroné, paraphrases, jeu d'assonances participent à ces erreurs créatrices. J. Maqueda cite quelques exemples : « J'ai pu ainsi apprendre que la pâte à « meubler » est un agréable divertissement, que le soleil fait partie du « système scolaire », et que les effaceurs sont « des crayons pour se tromper à l'école ». »¹³⁹

Cette richesse linguistique est tout aussi présente dans le langage écrit. « Hiéroglyphes, écritures arabe, grecque, cyrillique, chinoise, calligraphie, calligrammes, morse, braille, rébus, ont leur place dans les rééducations de langage écrit. »¹⁴⁰ Voilà une façon ludique d'aborder la symbolisation en s'inspirant de ces différents codes. Ces exercices de style permettent de

¹³⁸

et la gourmandise des mots, Ramonville-Saint-Agne, Editions Erès, p. 8

¹³⁹ Maqueda J., (2001), *L'enfant et la gourmandise des mots*, Ramonville-Saint-Agne, Editions Erès, p.12

¹⁴⁰ Maqueda J., (2001), *L'enfant et la gourmandise des mots*, Ramonville-Saint-Agne, Editions Erès, p.13

mieux appréhender la réalité graphique et se l'approprier. De cette manière, l'appréhension que l'enfant a de ses difficultés langagières est moindre. Cette conception de la rééducation l'incite implicitement à devenir acteur de sa prise en charge et peut tendre ainsi à rehausser l'estime qu'il se porte.

« J'encourage l'enfant à exprimer ce qu'il a envie de dévoiler, de raconter, je suscite le plaisir puis je m'adapte [...] tant que l'enfant est acteur de sa prise en charge. » (entretien 8)

Pour résumé, la notion de plaisir sera un élément constant du travail en commun : « Nous tenterons de la développer par la créativité et l'échange. Lorsqu'on aura pu susciter le plaisir de l'expression et de la communication, nous aurons franchi la barrière des inhibitions.»¹⁴¹ Aimer jouer avec sa voix, avec les sons, avec les mots, avec les choses, c'est ce ludisme que l'orthophoniste doit communiquer à l'enfant. C'est certainement une possibilité offerte aux enfants de trouver confiance en eux, de développer l'estime d'eux-mêmes.

4. L'ACCOMPAGNEMENT PARENTAL

L'intervention de l'orthophoniste, du fait de son caractère technique, est prescrite selon des critères déterminés. L'orthophoniste est mandaté pour un acte précis auprès de l'enfant, qui pourra être effectué sous le regard des parents. L'acte s'adresse donc à l'enfant mais il ne peut se faire sans la délégation de responsabilités des parents, et certaines fois, en sa présence. J.C. Quentel exprime : « Que se joue-t-il entre le parent et l'établissement qui accueille l'enfant ? Du point de vue du parent, le processus est simple : il délègue sa responsabilité parentale à l'établissement de manière partielle, en l'occurrence pour une tâche et pour un temps précis. Qu'en est-il du point de vue du professionnel de l'éducation, fût-elle spécialisée ? Il offre socialement un *service* au parent et il agit toujours dans le cadre de la délégation de responsabilité qui lui est faite. »¹⁴²

¹⁴¹ Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 84.

¹⁴² Quentel J.C., (2001), *Le parent, responsabilité et culpabilité en question*, 1^{ère} édition, Bruxelles, De Boeck université, p. 172.

Ainsi, quand on travaille avec un enfant, on ne peut se désintéresser de la question parentale. Et d'autant plus quand l'enfant souffre d'une faible estime de lui-même. En effet nous avons souligné, dans un précédent paragraphe, que la mauvaise estime de soi chez un enfant pouvait avoir des répercussions sur le comportement de ses parents. Il s'agit maintenant de comprendre ce que constitue l'accompagnement parental, et de quelle manière il peut aider à un réajustement des conduites parentales et à l'expression de leurs souffrances.

1. Qu'est-ce que l'accompagnement parental ?

Voir une maman pleurer ou un papa s'affaisser, entendre une maman se désespérer ou un papa se révolter, écouter un parent raconter sa propre histoire, c'est accueillir l'expression de leurs émotions. Face à ces situations, l'orthophoniste est dès lors impliqué dans un nouveau travail, celui de l'accompagnement parental.

Accompagner c'est être avec, faire avec, dans un côté-à-côté qui ne relève pas de l'assistance. Il y a dans le terme d'accompagnement la notion de réciprocité qui implique la notion de libre adhésion. Un des principaux objectifs concernant les parents est de dédramatiser le vécu des difficultés afin de ménager un espace familial plus serein à l'enfant.

L'accompagnement parental est à considérer différemment de la guidance parentale, dans laquelle le professionnel demande aux parents de mettre en application un certain nombre de données qu'il considère comme justes et bonnes pour l'enfant. La guidance parentale repose sur des entretiens pendant lesquels des conseils sont communiqués aux parents concernant les conduites de communication en général et le comportement éducatif à adopter. Les « comment faire » paraissent relever du domaine de la guidance avant tout, non pas de l'accompagnement. Le risque majeur de la guidance est que l'orthophoniste se place en position de toute-puissance, quant au savoir qu'elle transmet aux parents. Nous aborderons ce danger ultérieurement.

2. L'accompagnement parental et l'estime de soi

Une orthophoniste interviewée mentionne l'idée d'apporter des conseils aux parents dans l'idée de rehausser l'estime de soi de leur enfant.

« Vis-à-vis des parents, il serait peut-être intéressant de voir s'il n'y aurait pas possibilité de leur donner le moyen d'encourager l'enfant vers la réussite, en adoptant de bonnes attitudes. » (entretien 2)

Des conseils peuvent être adressés aux parents mais ils ne devront pas être standards. Il ne s'agit pas de recettes mais de pistes. Le but est d'accompagner les parents pour mettre en place des changements durables dans la dynamique familiale et pour s'interroger sur leur fonctionnement. Chaque accompagnement est différent et s'appuie sur les potentialités des personnes accompagnées, y compris pour travailler sur leurs difficultés.

« L'idéal est de mener un travail de guidance parentale avec les parents, pour qu'ils parviennent à accepter les progrès même minimes de leur enfant, ses régressions éventuelles, à accepter que l'enfant puisse atteindre des objectifs qui ne seront pas immédiatement à la hauteur de leurs attentes pour le moment. On doit savoir encourager les parents et réajuster leurs attentes selon les capacités et le niveau de développement de l'enfant, en les rassurant sur le fait que l'enfant dépassera alors plus facilement ses difficultés. » (entretien 2)

Les conseils peuvent aider jusqu'à un certain point, mais quelle que soit leur pertinence, ils ne vaudront que s'ils sont repris par le parent à son propre compte. Il s'agit en effet pour lui de se transformer de l'intérieur, donc d'assumer en personne une nouvelle manière d'être à l'égard de son enfant.

« On est en position favorable pour faire entendre aux parents que leur comportement peut, dans certains cas, influencer et défavoriser l'évolution et le développement de l'enfant, même si tout ne dépend pas que de cela. Il ne s'agit absolument pas de les mettre en porte-à-faux, mais de les aider à comprendre les processus en jeu chez l'enfant. » (entretien 8)

L'idée directrice est de toujours rechercher les facteurs de tension pouvant s'exercer sur l'enfant afin de les faire décroître. Qu'il s'agisse des relations familiales et des modalités de communication entre les différents membres de la famille, des mesures éducatives, des rythmes d'activité, des choix de l'enfant qui ne sont pas toujours acceptables, du rôle

d'arbitrage des parents entre les enfants, la perspective à prendre pour opérer un changement est celle que les parents comprennent et s'approprient.

Lorsque nous avons réalisé les entretiens, les orthophonistes nous ont fait part de certains conseils qu'ils avaient déjà prodigués à des parents. Ceux-ci se rapportent aux faits d'enrayer les propos péjoratifs sur l'enfant, de le revaloriser et de diminuer les pressions éducatives autour de lui :

« Notre rôle est d'interrompre le discours du parent tel que : « il ne fait rien de bien » et de lui faire prendre conscience que ce discours est extrêmement péjoratif et dévalorisant pour son enfant. » (entretien 9)

« On peut suggérer des choses comme : « tiens, maman pourrait ne pas te mettre ton manteau », « peut-être que tu peux mettre tes chaussures tout seul ». Ses paroles sont adressées à l'enfant mais aussi indirectement aux parents. Les deux entendent. Les gens choisissent alors de s'en saisir ou non. » (entretien 3)

« Au lieu de dire 'oui presque', les parents diront 'non'. Pour '5 fois 5', si l'enfant répond 24, j'ai tendance à faire savoir aux parents qu'il sera plus judicieux de dire : 'oui, tu n'en es pas loin !' » (entretien 6)

« Au lieu de dire à son fils : 'tu n'as pas encore mis tes pantoufles, combien de fois vais-je te le répéter !', on leur propose de dire : 'c'est bien, tu as trouvé tes pantoufles !' parce qu'il les a dans les mains. » C'est beaucoup plus encourageant pour l'enfant. » (entretien 6)

« On travaille avec la psychologue du service pour que le papa relâche la pression. » (entretien 8)

« On peut, en lien avec l'institutrice, suggérer à la maman de réduire significativement le temps des devoirs le soir. » (entretien 3)

Ces quelques exemples montrent bien qu'il n'y a pas de généralités concernant les conseils à apporter aux parents. L'orthophoniste pourra s'appuyer sur les situations quotidiennes relatées par les parents et mal vécues par l'enfant.

3. La place particulière de l'orthophoniste

3.1 L'orthophoniste, thérapeute du langage

Certains parents que nous avons rencontrés lors de nos stages chez différentes orthophonistes sont dans un questionnement constant et mettent beaucoup d'espoir dans la prise en charge de leur enfant. Peut-être parce que le rôle d'orthophoniste a trait au langage, leur demande ne s'arrête parfois pas au domaine langagier. Il arrive que leur demande aille plus loin ; ils veulent être écoutés, pouvoir se confier, parler de leurs difficultés. Le métier d'orthophoniste, par sa spécificité de soin langagier, explique peut-être la raison qui pousse les parents à « parler » plus facilement à celui dont le métier se rapporte au langage.

3.2 Un travail sur le long terme

L'orthophoniste va avoir une position fondamentale dans l'accompagnement des parents d'un enfant souffrant de troubles du langage, puisqu'il est un professionnel qui le suit généralement « au long cours ». En effet, la prise en charge orthophonique peut durer plusieurs mois, voire plusieurs années. Ainsi, l'orthophoniste va être amené à rencontrer les parents très fréquemment, à la fin des séances hebdomadaires, mais aussi pour faire régulièrement le point sur la situation de l'enfant, dans son environnement familial et scolaire.

L'orthophoniste va être en plus, dans de nombreux cas, celui qui va accompagner les parents dans le cheminement qu'ils vont effectuer pour se sentir valorisés auprès de leur enfant dans leur rôle de parents. Il doit avoir suffisamment de recul et de réflexion pour ne pas se sentir investi d'un rôle imposé par le savoir.

4. Le nouveau regard porté sur l'enfant

L'idée de l'accompagnement parental est de guider les parents sur le chemin que suit leur enfant, et peut-être de les aider à découvrir cet enfant qui est le leur, avec de nouveaux yeux. Dubois écrit « nous tenons un rôle essentiel vis-à-vis des parents. »¹⁴³ Elle précise sa pensée en donnant l'exemple de situations vécues :

¹⁴³ Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 26.

« Non pas que je sois intervenue tellement auprès d’eux mais parce qu’ils avaient acquis peu à peu confiance et espoir. Ils voyaient leur enfant avec d’autres yeux. »¹⁴⁴

« N’offrons-nous pas, nous, thérapeute, un autre regard sur l’enfant ? L’enfant prend une valeur aux yeux de ses parents, puisqu’il est un être digne d’intérêt pour nous. Notre regard de thérapeute revalorise l’enfant et le resitue dans une relation d’amour possible et réaménagé avec ses parents. En outre, l’évolution souvent favorable de ses perturbations de langage et de comportement consolide la nouvelle attitude des parents. Mais même si cela n’avait pas lieu, on sent bien que le symptôme n’est plus invalidant. “Peu m’importe qu’il fasse encore des fautes d’orthographe, me disait une mère, maintenant je vois mon enfant avec d’autres yeux.” »¹⁴⁵

Nous allons aider les parents à se représenter leur enfant comme une personne en devenir et à repérer les aspects positifs de son développement. L’accompagnement s’envisage alors comme un travail de représentations, il s’agit d’aider les parents à se faire une représentation de leur enfant.

Mais pour réaliser un tel travail, il faut du temps : du temps à l’enfant pour qu’il puisse s’organiser et se révéler, du temps aux parents pour qu’ils puissent effectuer ce remaniement psychologique en changeant la vision de leur enfant et leurs relations avec lui, et enfin, le professionnel a besoin de temps pour appréhender la structure familiale de l’enfant.

J.C. Quentel parle des professionnels en termes généraux mais ce qu’il dit peut s’appliquer à l’orthophonie spécifiquement sur le thème du langage. Le parent qui pensait que le handicap de son enfant ne lui donnait aucune prise éducative va rencontrer des professionnels qui lui ouvrent la voie de l’éducation. L’espoir renaît. Le parent va donc se positionner dans l’éducation de son enfant. L’orthophoniste va aider les parents à se doter d’un cadre éducatif, qui va leur permettre de constater les capacités de leur enfant, d’avoir confiance en lui, qu’il soit valorisé à leurs yeux par son langage. Les rencontres avec l’orthophoniste vont donc se dérouler avec des discussions autour de l’enfant, de ses évolutions. Les paroles font exister l’enfant, les parents constatent aussi que cet enfant est parlé de manière positive par les autres.

¹⁴⁴ Dubois G., (2001), *L’enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 26.

¹⁴⁵ Dubois G., (2001), *L’enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 120.

5. Une relation de confiance

Les bases du partenariat entre le thérapeute et les parents sont la confiance, le respect, l'écoute et l'honnêteté. Dans cette relation, les parents auront des besoins divers. Il s'agira d'abord pour eux d'exprimer leurs émotions et leurs sentiments vis-à-vis des difficultés de leur enfant. Il faudra alors qu'ils puissent parler à quelqu'un de confiance et être rassurés de la compréhension ou de l'empathie de cette personne. Il s'agira ensuite d'obtenir des informations sur les troubles de leur enfant. Tous ces besoins pourront être satisfaits si l'orthophoniste crée un climat permettant l'expression des sentiments douloureux, sans jugement, sans dévalorisation, sans désapprobation. Les premiers contacts avec la famille sont éminemment importants pour instaurer cette relation de confiance.

Les parents ont besoin de dire leurs sentiments, de les manipuler, afin de mieux pouvoir les accepter et les gérer. Il est indispensable que les deux partenaires de cette relation se sentent à égalité. Le parent ne doit, à aucun moment, se sentir inférieur, moins compétent que l'autre. Et cette responsabilité incombe à l'orthophoniste ; il y a d'un côté, l'orthophoniste, avec ses savoirs théoriques, ses expériences mais sa méconnaissance sur l'histoire de l'enfant. Les parents, eux, arrivent avec leur vécu, leurs émotions, mais sans savoir spécifique en tête. Il faut veiller à ne pas les dévaloriser dans leur rôle parental.

En tant que professionnel, l'orthophoniste se doit de revaloriser les parents pour une évolution favorable et positive de leur enfant. La renarcissisation de l'enfant dépend d'eux, et non pas des professionnels, comme les parents pourraient parfois le croire. De plus, le thérapeute ne doit rien promettre aux parents mais se doit de les accompagner pour qu'ils projettent un avenir réaliste et à la portée de l'enfant. Bien sûr, le thérapeute ne se posera jamais comme celui qui va tout réparer, qui va réussir là où les parents auraient échoué. Il s'appliquera au contraire à préserver la place des parents comme référents de l'enfant. « Le professionnel garde bien évidemment toujours un certain savoir sur les processus mis en œuvre par l'enfant dans une relation précise. Il détient également un savoir sur les conduites éducatives, au sens large, qui seraient nécessaires pour cet enfant-là. Ce savoir, dont le professionnel dispose, ne doit cependant pas venir faire écran dans la relation qu'il entretient avec le parent. »¹⁴⁶

¹⁴⁶ Quentel J.C., (2001), *Le parent, responsabilité et culpabilité en question*, 1^{ère} édition, Bruxelles, De Boeck université, p. 209.

6. Les risques de l'accompagnement parental

Le danger réside dans la toute-puissance que le professionnel peut imposer aux parents. Notre travail implique un soutien à la parentalité. On doit être à l'écoute des parents, sans les juger ni les conseiller de manière trop abrupte. On ne détient pas le savoir de ce qui devrait se passer dans la structure familiale. L'idée est d'établir un dialogue avec les parents, être dans un questionnement mutuel. L'orthophoniste ne doit en aucun cas se mettre dans la posture de celui qui sait ce qui est bon pour l'enfant. Cette attitude est perçue par les parents comme un dénigrement de leur fonction parentale. J.C. Quentel écrit : « On comprendra qu'il s'agit précisément, pour chacune des deux parties –le professionnel y compris–, de sortir d'une position de toute-puissance qui serait préjudiciable d'abord et avant tout à l'enfant. Car le professionnel n'est pas non plus à l'abri, tant s'en faut, d'une telle tentation et elle le guette même régulièrement. »¹⁴⁷

« Il faut surtout éviter de se poser en moralisateur ou en donneur de leçons. » (entretien 5)

Le professionnel risque aussi de « trop comprendre » le discours du parent, c'est-à-dire finalement de se substituer à lui. Il va se projeter, en tant que personne, dans la situation où il va évacuer le point de vue du parent en faisant, même sans s'en rendre compte, primer son point de vue. J.C. Quentel affirme : « Il n'est pas rare, dans le milieu de l'enfance inadaptée, de voir un professionnel se faire « piéger » par un enfant et investir affectivement la relation au point de réagir comme un parent excessif. »¹⁴⁸ Le professionnel doit sans cesse se remettre en question, se repositionner car il risque d'évacuer le point de vue des parents pour imposer le sien.

5. LE JEU

Aristote déclare : « On devrait proposer le jeu comme on prescrit des médicaments. » La rééducation saura accepter, dans l'optique d'une thérapie du langage, que toute une partie de

¹⁴⁷ Quentel J.C., (2001), *Le parent, responsabilité et culpabilité en question*, 1^{ère} édition, Bruxelles, De Boeck université, p. 173.

¹⁴⁸ Quentel J.C., (2001), *Le parent, responsabilité et culpabilité en question*, 1^{ère} édition, Bruxelles, De Boeck université, p. 199.

la rééducation se passe sous la forme de jeu. Les jeux, souvent choisis par l'enfant ont un rôle, non seulement au niveau du plaisir de l'échange mais aussi à des niveaux plus profonds que nous allons décrire.

1. Les différents types de jeu et leurs fonctions

Trois grands types de jeu sont décrits dans la littérature. Tous ont une utilisation et des fonctions différentes.

1.1. Les jeux d'exercice

Les jeux d'exercice n'ont pas de structure ludique particulière. Ils consistent simplement à utiliser et à répéter pour le plaisir une conduite quelconque. En orthophonie, ils visent à un entraînement instrumental et linguistique. Pour Dubois, ces jeux d'exercice permettent « d'entraîner les perceptions auditives, visuelles, la mémoire, l'expression motrice, le langage oral, le langage écrit... »¹⁴⁹

1.2. Les jeux de règles

Les jeux de règles permettent à l'enfant d'éprouver la nécessité des conventions. Dans ce type de jeu, l'enfant expérimente le rapport à la loi. Dubois précise que ce rapport à la loi est « perturbé chez de nombreux enfants en difficulté de langage. »¹⁵⁰

Les orthophonistes que nous avons interrogés mentionnent :

« Pour ma part, je ne triche jamais avec un enfant. Ne pas tricher lui permet ainsi d'apprendre à être en échec. L'apprentissage passe par l'échec donc il faut que l'enfant y soit confronté. » (entretien 5)

« Pour juger de l'estime qu'il se porte, je trouve que le jeu révèle assez bien cet aspect, à savoir comment l'enfant accepte de perdre. » (entretien 8)

¹⁴⁹ Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 113.

¹⁵⁰ Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 113.

Le jeu de règles, comme son nom l'indique, impose des règles, fixe des limites. En plus que de se confronter au rapport à la loi, cette forme de jeu permet à l'enfant d'affronter la difficulté et de faire face à l'échec.

1.3. Les jeux symboliques

Les jeux symboliques sont aussi appelés jeux de faire semblant. Par le symbole, l'enfant représente une série de réalités non actuelles, absentes et non données dans le champ perceptif. Dubois affirme qu'ils « permettent de rejouer, et peu à peu de dénouer un certain nombre de conflits qui interdisent souvent l'accès au code linguistique. »¹⁵¹ On peut relever certaines fonctions du jeu symbolique comme l'exploration des sentiments, l'atténuation des peurs, la compréhension d'un fait embarrassant par des répétitions.

2. La place particulière du jeu : entre le dedans et le dehors

Winnicott écrit « Le jeu a une place et un temps propres. Il n'est pas au-dedans, quel que soit le sens du mot. Il ne se situe pas non plus au dehors, c'est-à-dire qu'il n'est pas une partie répudiée du monde, le non-moi de ce monde que l'individu a décidé de reconnaître comme étant véritablement au dehors et échappant au contrôle magique. »¹⁵²

Cette aire où l'on joue n'est pas la réalité psychique interne. Elle est en dehors de l'individu, mais elle n'appartient pas non plus au monde extérieur. Dans cette aire, l'enfant rassemble des objets ou des phénomènes appartenant à la réalité extérieure et les utilise en les mettant au service de ce qu'il a pu prélever de la réalité interne ou personnelle. Winnicott énonce que « pour bien saisir ce que c'est que jouer, il ne faut pas oublier que c'est la préoccupation qui marque essentiellement le jeu d'un enfant. »¹⁵³ Ce n'est pas tant le contenu qui compte mais cet état proche du retrait que l'on retrouve dans la concentration des enfants plus grands ou des adultes. L'enfant qui joue habite une aire qu'il ne quitte pas facilement.

¹⁵¹ Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 113.

¹⁵² Winnicott D.W., (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, p. 89.

¹⁵³ Winnicott D.W., (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, p. 104.

3. La créativité dans le jeu

Le jeu est une expérience. Pour Winnicott c'est « toujours une expérience créative, une expérience qui se situe dans le continuum espace-temps, une forme fondamentale de la vie. »¹⁵⁴ Il déclare « l'enfant va de jeu au je »¹⁵⁵. D'après lui, c'est en jouant, et seulement en jouant que l'individu est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. Le matériel ludique permet à l'enfant de s'affirmer, il le met en situation de créativité et l'emmène ainsi vers le chemin d'une parole propre.

Des orthophonistes interviewées précisent :

« En ce qui concerne les jeux, je les utilise bien sûr, mais je ne colle pas aux consignes écrites, aux règles énoncées car je trouve que ça enlève le libre-arbitre et la capacité de penser et de juger par soi-même que doit acquérir l'enfant. » (entretien 2)

« Je m'applique toujours à laisser à l'enfant le choix du jeu tant que ce n'est pas toujours le même évidemment. » (entretien 2)

Il est particulièrement intéressant que l'enfant puisse inventer ses propres règles de jeu, ou modifier celles qui existent car il lui sera très thérapeutique d'être, pour un temps, créateur d'un processus ludique qui lui soit propre. L'enfant qui choisit sa médiation thérapeutique devient auteur de sa rééducation. Il est celui qui prend des initiatives, celui qui se retrouve en situation de choix.

Pour jouer, l'enfant doit faire des choses et non simplement penser ou désirer. Ainsi nous pouvons affirmer que jouer c'est faire. Or une orthophoniste interrogée a insisté sur un point important ; c'est par les faits et non pas seulement par la parole que l'enfant peut améliorer l'estime qu'il a de lui-même.

« Je pense que la parole de l'autre dans ces cas là [cas d'enfants présentant une faible estime d'eux-mêmes] a du sens mais ce n'est pas elle qui peut redonner l'estime à quelqu'un. Je crois que ce sont les faits. » (entretien 9)

« La parole qu'on oppose à sa certitude d'être nul n'est pas très efficace. Il est très important que l'enfant reparte en ayant produit quelque chose. Je crois que c'est ce qui est important dans une séance. Pour qu'il se passe quelque chose, il faut qu'il y ait un acte. » (entretien 9)

¹⁵⁴ Winnicott D.W., (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, p. 103.

¹⁵⁵ Winnicott D.W., (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, p. 39.

« Pour valoriser une enfant, il faut comparer ce qu'il fait aujourd'hui avec ce qu'il avait fait auparavant. Je crois que les actes, les faits sont les meilleures preuves. » (entretien 9)

4. Le jeu en tant que nécessité

Le jeu s'impose parfois à l'orthophoniste comme une nécessité. Nous jouons parce qu'il n'est pas possible de faire autrement, parce qu'il n'est pas possible d'aborder l'enfant autrement que par le jeu. En effet, chez de nombreux patients, attaquer le symptôme de front n'est pas envisageable. Il paraît évident qu'un enfant qui souffre d'une faible estime de lui-même ne pourra aborder ses difficultés de langage de manière directe, abrupte. Dans ce cas-là, une rééducation très "fonctionnelle" n'est pas adéquate.

Les orthophonistes témoignent d'ailleurs à ce sujet :

« Ma collègue et moi nous sommes mis d'accord pour suspendre le travail abordé ces temps-ci et développer la relation au moyen du jeu, en le laissant gagner tant que possible pour qu'il se renarcissise. » (entretien 8)

« Le papa a assisté à la séance, je l'ai sollicité pour qu'il joue avec son fils, dans le but de déplacer les choses et qu'il rencontre son fils dans une situation autre que l'apprentissage. » (entretien 8)

« Je travaille différemment en passant par des activités ludiques. » (entretien 10)

« Le jeu a alors un rôle particulièrement important dans les relations qui permettent de s'écarter du thème central et de diminuer progressivement les tensions jusqu'à ce qu'elles puissent devenir maniables dans une situation réelle. »¹⁵⁶ Le jeu est à envisager comme une source de plaisir dans la relation. Dubois déclare : « je pense qu'il [le jeu] est indispensable à toute bonne relation, et que le jeu librement choisi et accepté de part et d'autre est un élément majeur de la joie en rééducation. »¹⁵⁷

Un orthophoniste interviewé énonce :

¹⁵⁶ Winnicott D. W., (2001), *L'enfant et le monde extérieur : le développement des relations*, Paris, Payot & Rivages, p. 15.

¹⁵⁷ Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 110.

« J'ai donc décidé [...] de développer d'autres compétences pour susciter le plaisir, le goût d'apprendre par le jeu. » (entretien 8)

Mais soulignons quand même que le rééducateur ne joue pas comme n'importe qui. C'est un adulte qui consacre spécialement un intervalle de temps régulier pour jouer avec l'enfant, en vertu d'un contrat qui s'est établi au nom du symptôme. C'est quelqu'un qui a pour fonction de s'occuper de son problème de langage, et qui justement –au lieu d'entrer de plain-pied dans ce symptôme– joue.

5. Jouer pour communiquer et exprimer ses sentiments

Le jeu est à envisager comme un champ privilégié d'échanges thérapeutiques. Philippe Gutton définit le jeu comme « le mode privilégié de l'expression enfantine. »¹⁵⁸

Certains orthophonistes questionnés racontent :

« Le jeu est un moyen idéal de communication, qui favorise le temps de parole. » (entretien 8)

« Une fois que l'enfant est sorti de l'état de sidération des débuts de prise en charge, le jeu est une ouverture. Les enfants peuvent alors parler, formuler plus naturellement. » (entretien 9)

« Le jeu facilite l'expression de l'enfant. Il nomme, commente, qualifie, quantifie, situe dans l'espace, le temps... avec une tonalité propre à chacun, liée à ses qualités personnelles. »¹⁵⁹ Le jeu est certainement le meilleur mode de communication entre un adulte et un enfant, surtout quand cet enfant est privé de langage ou déficient dans ce domaine. Par le jeu, l'adulte et l'enfant communiquent, échangent, et à travers cet échange le langage naît ou s'enrichit spontanément. « L'enfant porteur de trouble du langage, quelle qu'en soit l'origine, a été carencé très précocement au niveau de sa communication première avec la mère, et ensuite avec le monde extérieur. Le jeu est plus qu'un moyen d'entrer en contact : il instaure un

¹⁵⁸ Gutton P., dans Hébert C., (2007), *Du jeu au je*, Thèse de l'Université de Nantes, p. 39.

¹⁵⁹

G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 113.

espace de communication, dans un champ parallèle à celui de la réalité, où le langage prend toute sa nécessité : langage de corps puis langage verbal. »¹⁶⁰

Deux aspects du jeu apparaissent en rééducation orthophonique :

Le jeu est en lui-même un langage symbolique. L'univers ludique est un univers parallèle à l'écart de la vie, mais en même temps, il reproduit les règles de la vie. C'est pourquoi l'activité ludique est significative. Le jeu est bien un langage. Par le jeu, l'enfant nous parle au niveau symbolique. Le jeu permet l'expression de l'enfant, l'expression de ses problèmes. Il permet une sorte de catharsis. Ce qui est important ce n'est pas tellement le jeu pour lui-même, mais ce qui se joue à travers le jeu. « La décharge émotionnelle qui s'opère et qui libère l'enfant sur un mode virtuel, dans cet espace d'illusion qui lui permettra de se reconstruire au plan de la réalité. »¹⁶¹ L'expression de la personnalité par le jeu et la parole amène un soulagement. Le jeu est donc pour l'enfant le moyen principal de résoudre les problèmes affectifs qui sont du ressort de son développement. Il est aussi l'un des moyens dont dispose l'enfant pour s'exprimer –une façon de raconter et de poser des questions.

Nous venons de voir que le jeu, par ces multiples aspects, prend une place particulière et indéniable dans les rééducations orthophoniques. Ces réflexions nous fournissent une indication sur le procédé thérapeutique à adopter et notamment face à des enfants présentant une faible estime d'eux-mêmes. Winnicott affirme, « Il faut donner une chance à l'expérience informelle, aux pulsions créatives, motrices et sensorielles de se manifester ; elles sont la trame du jeu. C'est sur la base du jeu que s'édifie l'existence expérientielle de l'homme. »¹⁶² En prise en charge, le jeu est mis au service de la communication avec soi-même et avec le thérapeute. Ce qu'il faut bien voir aussi c'est qu'en rééducation le jeu n'est un objectif pour personne, il n'est qu'un moyen. On peut alors parler de médiation ludique.

CONCLUSION

¹⁶⁰ Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 110.

¹⁶¹ Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 111.

¹⁶² Winnicott D.W., (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, p. 126.

Quels sont les moyens à disposition de l'orthophoniste face à un enfant qui manque d'estime de soi ? Comme nous venons de le développer, le rééducateur dispose de nombreuses ressources en dehors mais également dans le cadre de ses séances, pour tenter de comprendre l'enfant et de mieux l'accompagner.

En dehors de la séance, le thérapeute peut s'aider des formations et des temps d'analyse pour essayer de développer une écoute qui lui permette de mieux saisir l'enfant, ses difficultés et ce qu'elles provoquent chez lui. Cela lui permettra d'adopter une distance thérapeutique juste et mesurée.

Dans le cadre de la prise en charge, c'est l'aspect relationnel de notre métier qui doit être mis en avant. L'approche de la PRL en rend bien compte en décrivant une manière d'être en rééducation. Il apparaît aussi que certaines qualités humaines comme l'empathie, l'écoute et l'authenticité soient essentielles dans le lien thérapeutique. Loin d'être une norme à acquérir, elles sont en lien avec l'évolution professionnelle et personnelle du thérapeute. En créant un sentiment de sécurité, en valorisant et en s'adaptant à l'enfant, le rééducateur offre à son patient un espace de libre expression. Ces attitudes thérapeutiques ne sont certainement pas exhaustives et constituent une ébauche de réflexion, une piste à poursuivre pour enrichir notre questionnement.

Aider l'enfant c'est parfois aussi accompagner ses parents. L'orthophoniste doit réfléchir aux moyens d'aider les parents à avoir une vision positive de leur enfant, valorisante ; et faire qu'eux-mêmes, en tant que parents, se sentent valorisés dans leurs démarches et dans leur choix.

Le jeu, outil dont nous avons développé l'intérêt, instaure un espace de communication au sein de la rééducation. Il permet entre autres à l'enfant d'exprimer ses émotions et de développer sa créativité. C'est d'ailleurs un outil privilégié en orthophonie.

L'orthophoniste travaille au contact de l'humain, ce qui fait à la fois la richesse et la singularité de la relation thérapeutique. Soren Kierkegaard énonce : « Si je veux réussir à accompagner un être vers un but précis, je dois le chercher là où il est et commencer là, justement là. » Ainsi se révèle la nécessité d'aller à la rencontre de nos patients, d'être à l'écoute de leurs blessures, leurs souffrances, et de leur mésestime d'eux-mêmes. Cette

rencontre pourra se construire à partir des moyens que nous avons décrits, tout en sachant qu'il en existe certainement d'autres.

CONCLUSION

Quelle place pour l'estime de soi chez l'enfant suivi en orthophonie ? Tel était notre questionnement initial. A l'issue de notre réflexion et de nos recherches, la réponse semble évidente, l'estime de soi a toute sa place en orthophonie. Elle occupe indéniablement une position transversale dans notre pratique.

Nous n'avons pas cherché à lier l'estime de soi et les difficultés de langage par des relations de causes à effets. Les questions « Est-ce que l'enfant vit des difficultés à cause d'une pauvre estime de lui-même ou, au contraire, a-t-il une faible estime de lui-même à cause des difficultés ou des échecs qu'il a vécus ? » nous auraient engluées dans une problématique insolvable. C'est le paradoxe de l'œuf ou de la poule.

Il y a moins d'un an, des questions diverses et variées alimentaient déjà nos discussions. Qu'est-ce que l'estime de soi ? Comment s'élabore-t-elle ? Comment accorde-t-on de la valeur aux choses ? Aujourd'hui, les concepts d'estime de soi et de narcissisme ne nous sont plus étrangers. Quels que soient les courants théoriques auxquels on se réfère, l'origine de l'estime de soi s'avère intrinsèque à l'individu. Les courants psychanalytiques et éthiques nous auront rendu compte de cet enracinement inconscient et intime chez tout sujet.

D'autre part, persuadées de l'importance et l'influence de l'environnement sur l'estime de soi, nous avons mis en exergue le rôle des interactions précoces dans le développement personnel. Les relations entre l'enfant et son entourage sont essentielles non seulement dans la construction identitaire mais aussi pour le développement d'une bonne estime de soi.

Nous recevons quotidiennement des enfants dans le but de pallier leurs difficultés de langage. Nous aurions tort de ne considérer l'enfant qu'à travers les troubles qui l'amènent à consulter. Notre rôle de rééducateur, de thérapeute nous impose de recevoir le patient dans sa globalité, avec toutes ses caractéristiques. La rencontre avec les professionnels de ce métier nous aura définitivement convaincues de l'importance de cette ouverture d'esprit. Il ressort des entretiens réalisés que l'estime de soi est présente en toile de fond dans toutes les prises en

charge. Prendre en compte cette notion nous permet de garder une vision plus altruiste, d'accueillir l'enfant sans nier sa souffrance psychique. Des difficultés d'ordre narcissique existent et sont considérables dans notre pratique même si elles ne relèvent pas directement de nos compétences.

A partir de là, comment prendre en compte l'estime de soi ? Notre expérience reste à faire et nous n'aurions pas la prétention d'avancer que le contenu de ce mémoire est exhaustif, quant à l'approche de l'estime de soi en orthophonie. Cependant, nous avons choisi de parcourir divers champs d'investigation de manière à rendre compte le plus largement possible de la place de l'estime de soi en orthophonie.

Nous commençons doucement à prendre conscience, alors que ce travail s'achève, de ce qu'il nous a apporté. Certes, nous aborderons sans doute la problématique de l'estime de soi avec un peu moins d'appréhension mais bien au-delà de cela, c'est la vision même de notre métier qui a été profondément remaniée. Il n'y a pas de réponses préétablies concernant un sujet si subjectif et si intime. Il semble que les solutions sont à chercher individuellement, au cas par cas, par le biais d'une écoute attentive du patient et une réflexion sur notre pratique. Ainsi apparaît comme une évidence, qu'en orthophonie comme ailleurs, l'essentiel n'est pas toujours de trouver des réponses mais de se poser les bonnes questions.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- André C. et Lelord F., (1999), *L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres*, Paris, Odile Jacob.
- Assoun P.L., (2002), *Le vocabulaire de Freud*, Paris, Ellipses.
- Beliveau M.C., (2002), *J'ai mal à l'école, troubles affectifs et difficultés scolaires*, Montréal, Editions de l'Hôpital Sainte Justine.
- Blanchet A. et Gotman A., (2007), *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris, Armand Colin.
- Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS.
- Corman L., (1993), *Amour et Narcissisme*, Paris, J. Grancher
- Cyrulnik B., (1999), *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob.
- Cyrulnik B. et Morin E., (2004), *Dialogue sur la nature humaine*, Paris, De l'aube, Poche essai.
- De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris
- Dessuant P. (1983), *Le Narcissisme*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Dolto F., (1994), *Tout est langage*, Paris, Editions Gallimard.
- Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson
- Duclos G., (2004), *L'estime de soi, un passeport pour la vie*, Montréal, Editions de l'Hôpital Sainte Justine.
- Duruz N., (1985), *Narcisse en quête de soi*, Bruxelles, Pierre Mardaga éditeur.
- Famery S., (2007), *Développer son empathie*, Paris, Editions d'Organisation Groupe Eyrolles.
- Kernberg O., (1980), *La personnalité narcissique*, Toulouse, Privat.
- James W., (2003), *Précis de psychologie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.
- Jankelevitch V., (1998), *Philosophie morale*, Paris, Flammarion.
- Maqueda J., (2001), *L'enfant et la gourmandise des mots*, Ramonville-Saint-Agne, Editions Erès.
- Piaget J., (1985), *Le jugement moral de l'enfant*, 6^{ème} édition, Paris, Presses Universitaires de

France.

Poletti R. et Dobbs B., (1998), *L'estime de soi, un bien essentiel*, Genève, Editions Jouvence

Porret J.M., (2008), *Les narcissismes*, Paris, L'Harmattan.

Quentel J.C., (2001), *Le parent, responsabilité et culpabilité en question*, 1^{ère} édition, Bruxelles, De Boeck université.

Rigon Emmanuel, (2001), *Papa, maman, j'y arriverai jamais*, Paris, Albin Michel.

Rogers C., (1970), *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, ESF éditeur.

Stoloff J.C., (2000), *Interpréter le narcissisme*, Paris, Dunod.

Vallée R., (2000), *La relation émotionnelle*, Isbergues, Ortho Edition.

Winnicott D.W., (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

Winnicott D.W., (2006), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot.

Winnicott D.W., (1999), *L'enfant, le corps, la psyché*, Paris, Payot.

Winnicott D. W., (2001), *L'enfant et le monde extérieur : le développement des relations*, Paris, Payot & Rivages.

Winnicott D.W., (1990), *La nature humaine*, Paris, Gallimard.

DICTIONNAIRES

Brin F. « et coll », (2004), *Dictionnaire d'orthophonie*, 2^{ème} édition, Isbergues, Ortho Edition.

Canto-Sperber M. « et coll. », (1996), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, Presses Universitaires de France.

Laplanche J. et Pontalis J.B., (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France.

ARTICLES

Winnicott D.W., (1979), *L'enfant et sa famille*, Paris, Payot.

Mazet P., (1987), *Penser, apprendre*, colloque de Bobigny.

MEMOIRES

Baron C., (2006), *Impact des difficultés langagières en grande section de maternelle ; évaluation et prévention*, Thèse de l'Université de Nantes.

Beguin M., (2002), *Orthophonie et Psychothérapie, questions et limites dans la pratique libérale*, Thèse de l'Université de Nantes.

Guéhenneq A., (2008), *Que faire de l'angoisse en orthophonie ?*, Thèse de l'Université de Nantes.

Hébert C., (2007), *Du jeu au je*, Thèse de l'Université de Nantes.

Rousselot C., (1997), *Parole et identité, réflexion sur leur développement chez l'enfant*, Thèse de l'Université de Nantes.

ANNEXES

TRAME DE L'ENTRETIEN

L'ESTIME DE SOI :

- Comment la définiriez-vous ?
- Vous êtes vous déjà penché sur cette notion ? Et au cours de quelles formations ?

L'ESTIME DE SOI DES PATIENTS :

- Avez-vous déjà rencontré des enfants dont l'estime de soi vous semblait altérée ?
- Quels en étaient les manifestations, les signes ?
- Comment avez-vous repéré cela ?
- Quelles en étaient les causes ?
- Pouvez-vous me décrire certaines de ces situations cliniques ?

LES PARENTS :

- Les parents repèrent-ils des difficultés de cet ordre chez leur enfant ? Vous en parlent-ils en ces termes ?
- Avez-vous déjà repéré un lien entre le comportement des parents et l'estime que l'enfant a de lui-même ?

DANS VOTRE PRATIQUE :

- Y a-t-il des situations où vous vous êtes sentis en difficulté face à un enfant mal dans sa peau ?
- Comment avez-vous réagi ?
- Cela fait-il écho à votre propre histoire ?
- Avez-vous déjà eu des ressentis ou des réactions surprenantes (des réactions nouvelles, inhabituelles, non comprises, pas maîtrisées...)
- Cela a-t-il engendré un questionnement particulier, une réflexion plus approfondie ?

LE TRAVAIL ORTHOPHONIQUE :

- Selon vous, le travail orthophonique peut-il être entravé si l'enfant présente une basse estime de lui-même ?
- Quelle place a pour vous la technique face à un enfant peu confiant ? Que vous apporte-t-elle ?
- Dans le cadre de la séance comment valoriser un enfant ?
- Quelles sont les spécificités du travail orthophonique, qui permettent de repérer les signes de l'altération de l'estime de soi ?

L'ORTHOPHONISTE ET SON PATIENT :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de vous former davantage ou de faire un travail plus personnel lorsque vous vous êtes retrouvé devant un enfant s'estimant peu ?
- Trouvez-vous beaucoup de ressources dans la formation d'orthophonie universitaire ?
- Ressentez-vous le besoin de prendre de la distance face à ce type d'enfants ? Quels sont les moyens à votre disposition ?
- Que pensez-vous du travail d'équipe ?
- Connaissez-vous les groupes d'analyses de pratiques ?

ENTRETIEN 1

Comment définiriez-vous l'estime de soi ?

Selon moi, l'estime de soi s'évalue selon la force que l'enfant ou l'adulte a en lui pour dire « oui » pour « oui » et « non » pour « non », c'est-à-dire à affirmer ses idées sans dépendre de celles des autres. C'est la preuve réelle de l'affirmation de soi, qui peut dans certains cas éviter les frustrations ou les colères. Certains enfants vous diront toujours « oui » parce qu'ils n'oseront jamais dire « non ». D'autres, comme on l'observe ici, scruteront les autres pour coordonner leur réponse à l'avis majoritaire.

Vous êtes-vous déjà penchée sur cette notion ? Au cours de quelle(s) formation(s) ?

Cette notion est évidemment omniprésente dans la pratique orthophonique. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'assister à une petite formation qui s'intitulait « l'estime de soi ». Je regrette mais je ne saurais pas vous dire à quelle occasion j'ai pu y assister, je ne me souviens plus du tout de la date...

Voyez-vous un rapport entre l'estime de soi et le narcissisme ?

Oui...avec le narcissisme positif effectivement, mais pas avec le narcissisme pathologique.

Avez-vous déjà rencontré des enfants dont l'estime de soi était altérée ?

Bien sûr ! Je doute qu'une orthophoniste n'ait jamais eu affaire à un enfant mal dans sa peau ou démuné de toute confiance en lui. Il me semble que le rôle primordial et évident d'une orthophoniste est de conduire l'enfant à s'accepter, et de l'aider à avoir une bonne image de lui, malgré le trouble. J'ai le cas d'un enfant de 12 ans qui me vient à l'esprit : celui-ci avait un gros schlingement, mais le problème n'était pas tant ça ! C'était justement qu'il souffrait énormément d'un sentiment de honte. Mon rôle était alors non seulement de corriger ce défaut d'articulation, mais aussi et surtout de faire parvenir le garçon à se détacher de ce sentiment de honte, par l'acceptation et l'amour de soi, tant que possible.

Quels en étaient les signes, les manifestations ?

Il s'agit bien souvent d'enfants qui ne manifestent aucun signe d'opposition, qui ne prennent aucune décision, qui n'ont aucun avis. Ils ne savent pas dire « non ! ». Ils ont aussi souvent peur de se tromper, de donner leur avis, de prendre la parole. Ils recherchent toujours l'approbation ou interrogent du regard. Je pense à Evan, un garçon sourd profond, il a 6 ans : il n'est pas inhibé, il a bien sa propre place au sein du groupe ! Pourtant, il se replie et s'écarte du groupe au moindre sentiment d'inexistence. Quand il ne trouve pas sa place dans le groupe, il s'efface brusquement. Je pense que cela caractérise justement un signe de malaise. On observe aussi des signes au travers des dessins, ou des types d'écriture ; vous verrez des enfants qui ne dessinent que des petites choses dans les coins de la feuille. D'autres écrivent très petit, de manière illisible, comme s'ils se faisaient eux-mêmes tout petit pour ne pas être remarqués.

Quelles en sont les causes ?

Elles sont multiples et différentes selon les pathologies. Je pense d'abord à tous ces enfants dyslexiques et dysorthographiques, souffrant d'un échec scolaire manifeste, que notre société ne cesse de pointer du doigt. Je songe aussi au bégaiement : le cas des bègues est très parlant, puisque le symptôme révèle la cause. Chez les adultes aphasiques, ou encore dans le cas des troubles de la voix, on distingue la plupart du temps, des personnalités fragiles, très affectées par ce qui les pousse à consulter. L'estime de soi est indéniablement touchée.

Donc, le trouble du langage pourrait être responsable de cette faille dans l'estime de soi ?

Non, pas forcément ! C'est souvent réciproque. On peut avoir face à soi un enfant dont l'estime de soi est très altérée, à tel point que les symptômes pourront être le bégaiement, un retard simple de langage, des troubles du comportement ou autres. J'ai à ce propos le souvenir d'un enfant submergé par une hyper timidité excessive qui le rendait incapable d'aligner deux mots pour s'exprimer. En revanche, on peut aussi rencontrer le cas de patients fragiles qui seront déstabilisés par leurs troubles, cela se manifesterait alors par une altération de l'estime de soi ou la dégradation de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.

En ce qui concerne les parents, ceux-ci repèrent-ils des difficultés de cet ordre chez leur enfant ? Vous en parlent-ils en ces termes ?

Pour les parents, le problème est complexe. Il faut pouvoir faire face au handicap, à la pathologie et aux difficultés auxquelles est confronté leur enfant. Pour Evan dont j'ai parlé précédemment, les parents ont subi deux coups de massues : le premier à l'annonce du diagnostic de surdité à la naissance. Ils ont alors fait le choix de faire implanter leur fils des deux oreilles. Malheureusement, le deuxième choc a été de constater que cette

intervention n'y changerait rien, puisque Evan semble atteint de surdité corticale. Je me rappelle aussi la réflexion d'une maman d'un enfant lourdement handicapé qui m'a dit un jour : « je crois que je peux encore l'aimer ». Cette réflexion révèle la souffrance que peuvent endurer des parents dont l'enfant est handicapé, et indirectement l'estime et l'amour qui peut en pâtir.

En revanche, les parents ne sont pas toujours conscients des difficultés endurées moralement par leur enfant, au-delà de la pathologie-même. C'est à l'orthophoniste notamment de leur faire remarquer l'impact du trouble sur la personnalité de l'enfant. Ils doivent pouvoir admettre leur déception et leur peine pour mieux l'assumer avec l'enfant. Le thérapeute doit aussi être disponible pour les parents en les écoulant, en faisant preuve de compréhension et de réconfort. Ceux-ci attendent souvent de notre part des solutions parfois inexistantes. Il arrive aussi que des parents soient dans le déni le plus complet, jugeant alors que « ce n'est pas grave ». A ce stade, il ne s'agit pas de les alarmer mais de se préoccuper de plus près de leur souffrance dissimulée.

Avez-vous déjà repéré un lien entre le comportement des parents et l'estime que l'enfant a de lui-même ?

Bien sûr, le lien est évident. Il importe alors de rehausser tant que possible l'estime que l'enfant se porte, indépendamment du comportement des parents. L'enfant doit se construire sous l'impulsion de ses parents, mais pas sous leur joug. L'orthophoniste devra, si nécessaire, intervenir à ce niveau-là, en abordant la question, si l'estime de l'enfant semble découler de l'attitude parentale.

Y a-t-il des situations où vous vous êtes sentie en difficultés face à un enfant mal dans sa peau ?

Oui, tout à fait ! Il est essentiel de savoir passer le relais à un psychologue ou un psychothérapeute. L'enfant dont je parlais tout à l'heure, qui était manifestement très g n  par cette hyper timidité malade, ne pouvait pas aborder les apprentissages sereinement. Il a donc fallu privilégier le suivi psychologique au préalable, avant de revenir plus tard sur les difficultés d'apprentissages qui dépendaient essentiellement de ce malaise.

Quelles seraient les réactions idéales, selon vous, dans de telles situations ?

L'orthophoniste doit pouvoir être disponible pour l'enfant comme pour ses parents. Elle doit aider à la prise de conscience, encourager l'enfant comme les parents, écouter, s'intéresser, s'impliquer et se sentir concernée. Mais les choses sont parfois très complexes : dans le cas d'un enfant sourd par exemple, il m'est arrivé de devoir faire prendre conscience aux parents de la dyslexie de leur enfant. Cette nouvelle est souvent très mal venue, dans un contexte pareil. En tout cas, l'orthophoniste doit apaiser tous ces maux en amenant l'idée aux parents que leur fils est un enfant avant tout, avant d'être sourd et dyslexique. Son développement et son épanouissement ne doivent pas être négligés, du fait de ces diagnostics déstabilisants.

Cela fait-il écho à votre propre histoire ?

Non, pas directement. En revanche, il s'agit d'un métier ou notre personnalité est toujours mise à l'épreuve.

Avez-vous déjà eu des ressentis ou des réactions surprenantes, face à des situations non maîtrisées ou déstabilisantes ?

J'ai effectivement été confrontée à des parents qui niaient en bloc l'évidence. C'est une situation très délicate, à laquelle il faut savoir faire face. Je repense à un enfant avec un gros retard de parole, un bégaiement, une instabilité comportementale. Il était absolument impossible d'en discuter avec la maman, en dehors de quelques conseils implicitement glissés à l'occasion. En attendant, l'enfant piquait des colères indescriptibles, qui manifestaient très clairement son malaise. Je me sentais alors démunie et impuissante.

Cela a-t-il engendré un questionnement particulier, une réflexion plus approfondie ?

Le plus difficile, il me semble, est de pouvoir dire aux parents « je ne peux rien faire dans ces conditions ». On suggère alors dans l'idéal de se revoir quelques mois plus tard, pour que les parents prennent le temps de la réflexion, qu'ils puissent en parler autour d'eux pour ajuster avec l'enfant leur demande auprès du thérapeute. C'est alors à l'orthophoniste d'expliquer clairement le bénéfice de ce laps de temps, au profit de l'enfant.

Selon vous, le travail orthophonique peut-il être entravé si l'enfant présente une basse estime de lui-même ?

Oui, c'est ce que je disais à l'instant. Le suivi thérapeutique peut dans certains cas être entravé à tel point que l'arrêt du suivi s'avère préférable à ce stade. On ne parle pas d'échec, même si ça y ressemble. Il faut y voir seulement l'intérêt de l'enfant. Par contre, les capacités de l'orthophoniste sont riches dans une relation duelle ; elle a les moyens de mettre en valeur l'enfant, de favoriser et conforter l'enfant dans ses choix, ses initiatives, ses engagements.

Quelle place a pour vous la technique face à un enfant peu confiant ? Que vous apporte-elle ?

A mon avis, la meilleure technique qui soit est de situer toujours l'enfant dans la réussite, en simplifiant les règles du jeu si cela s'avère utile, en adaptant le matériel au niveau de l'enfant, pour ne jamais le mettre en situation d'échec. Il faut aussi toujours veiller à l'encourager, lui porter de l'intérêt, le gratifier, le féliciter, et respecter ses gestes et ses paroles. Je pense qu'il est également important de rappeler et de reformuler avec l'enfant sa demande, la raison pour laquelle on se voit, et de noter ses progrès et son évolution. L'enfant doit connaître notre rôle et l'intérêt qu'on lui porte. Il faut pouvoir en discuter et lui demander explicitement : « *est-ce que tu te souviens pourquoi tu viens ici me voir ?* »

Quelles sont les spécificités du travail orthophonique qui permettent de repérer les signes de l'altération de l'estime de soi ?

Selon moi, la relation duelle dans le cas des prises en charge individuelles, accorde à l'enfant une place proprement définie. D'une part, elle est intégrée à son emploi du temps autant qu'à celui de l'orthophoniste. La séance a lieu en général le même jour, à la même heure. Cette routine est sécurisante et elle est intégrée au rythme de l'enfant. Cela favorise la considération de l'un envers l'autre je pense. D'autre part, cette relation n'est pas sous-tendue par des évaluations, des examens, des notations... L'enfant est pris dans toute sa considération, sans impératif majeur imposé par une hiérarchie.

Avez-vous déjà ressenti le besoin de vous former davantage ou de faire un travail plus personnel lorsque vous vous êtes retrouvée devant un enfant s'estimant peu ?

Il est indispensable de toujours réfléchir sur ce sujet, et de se remettre en cause ou en question. J'ai eu seulement l'occasion d'assister à cette petite formation dont je vous parlais, proposée dans le cadre d'ateliers sur le développement personnel, la connaissance de soi, l'estime de soi... par contre, la formation universitaire ne propose aucune ressource à ce niveau-là!

Ressentez-vous le besoin de prendre de la distance face à ce type d'enfants ? Quels sont les moyens à votre disposition ?

Tout dépend des cas. Si la situation paraît trop difficile à gérer, il faut songer à passer le relais, c'est le meilleur moyen de débloquer la situation il me semble. Mais avant cela, il faut se donner le temps aussi de parvenir à nos fins ; on ne doit pas hésiter à en parler à des collègues, à se faire aider si c'est utile, à proposer des bilans audiométriques ou neurologiques si nécessaire...

Que pensez-vous du travail d'équipe ? Des groupes d'analyses de la pratique ?

C'est l'occasion idéale de vider son sac, d'échanger, de partager, de recueillir différents points de vue objectifs et neutres. C'est au bénéfice de notre efficacité. On doit être en mesure d'entendre l'avis des autres, de se remettre en question, de justifier nos décisions, nos choix. Je repense là à Théo, un petit garçon sourd d'à peine 3 ans, qui débarque ici le mercredi, alors qu'il va à peine à l'école. Cet enfant a beaucoup de mal à s'adapter, et manifeste son malaise par de grosses colères, des caprices que plusieurs professionnels ici n'interprètent pas objectivement ! Une de mes collègues me disait récemment : « *quel caractère de cochon cet enfant !* ». Je n'ai pas pu m'empêcher de le défendre en exprimant ma vision de choses : « *cet enfant a besoin d'amour, d'assurance, de confiance et de s'entendre dire qu'il est aimé ! C'est tout ce qu'il cherche ici ! Et il suffit de voir à quel point il change, dans un cadre sécurisé !* ». La psychologue a un rôle très important au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Elle nous éclaire, quant au travail à mener avec l'enfant concerné. Vis-à-vis des parents et de l'entourage, c'est aussi une personne fiable et sécurisante, à qui ils peuvent se confier.

ENTRETIEN 2

Comment définiriez-vous l'estime de soi ?

Je rapprocherais l'estime de soi à l'idée de confiance en soi. Les enfants savent pertinemment qu'ils consultent car quelque chose « cloche » dans leur développement, leur confiance est donc défaillante et je pense que l'estime que ces enfants ont d'eux-mêmes peut alors être altérée. Je dirais aussi que cela renvoie à la capacité à pouvoir et savoir nommer ses capacités, donc à reconnaître qu'on en a. Par contre, c'est une notion difficile à évaluer et encore plus à quantifier car elle est fluctuante d'un jour à l'autre, d'autant plus chez les enfants, qui sont souvent encore centrés sur eux-mêmes ou bien encore dans la relation exclusive à la mère. Pour s'estimer, je crois qu'il faut « avoir pris le large ».

Vous êtes-vous déjà penchée sur cette notion ? Au cours de quelle(s) formation(s) ?

Oui, c'est une notion particulièrement abordée dans les formations sur le bégaiement. C'est lors de ces occasions que je m'y suis penchée. En dehors de ça, je n'ai pas eu l'occasion d'aborder plus le sujet, sans doute parce que je considère que c'est aussi un symptôme entre autres qui amène l'enfant et sa famille à nous consulter.

Avez-vous déjà rencontré des enfants dont l'estime de soi était altérée ?

Oui bien sûr, et c'est même fréquent. Par contre, je n'ai jamais parlé de cela en ces termes, car l'estime de soi renvoie au Soi, qui est en cours d'élaboration chez l'enfant. C'est très difficile à déceler car il peut s'agir d'une faiblesse psychologique ou d'une immaturité. Je parle plutôt de « manque de confiance », de « dévalorisation ».

Quels en étaient les signes, les manifestations ?

Les mêmes signes peuvent être révélateurs d'un tout autre trouble, d'un autre symptôme mais généralement, on constate chez ces enfants une acceptation passive, facile, sans prise de position, sans décision dépendante de leur volonté. Ils disent « oui » à tout, ne s'opposent jamais à rien, certainement pour éviter les moindres prises de risque. D'autres se replient, se referment complètement sur eux-mêmes, de manière à se protéger. D'autres encore manifestent leur malaise par une explosion, un refus, un rejet de toute proposition de la part de l'adulte. Ils ne trouvent pas d'autres moyens que de ressentir une colère contre eux-mêmes. Et puis, il y a aussi toutes les formules d'échec qui reviennent fréquemment telles que « j'arrive pas », « c'est trop dur », « je suis nul » qu'il faut savoir prendre en considération et sur lesquelles nous devons impérativement rebondir.

Selon vous, quelles en sont les causes ?

Elles peuvent être multiples. En revanche, je pense qu'il y a des caractères plus fragiles, plus sensibles aux critiques, aux jugements d'autrui. C'est vrai que j'ai remarqué chez ces enfants un terrain de sensibilité plus exposé. Les enfants qui consultent en orthophonie sont souvent dans l'âge de la comparaison à leurs pairs sur le plan physique, scolaire, social. Beaucoup de choses peuvent rentrer en compte, c'est propre à chacun je pense. La famille, les parents peuvent parfois involontairement et inconsciemment faire du tort à leur enfant, en le comparant à la fratrie, en voulant transposer sur l'enfant des désirs refoulés. Il peut y avoir aussi parfois des instituteurs indéliçats. Je cite là des exemples sans mettre qui que ce soit en porte-à-faux car il y a bien des cas où personne ne sera à l'origine de cette estime de soi si altérée. Comme je disais, je pense plutôt qu'il y a un terrain de sensibilité psychologique dans la majorité des cas.

Pouvez-vous me décrire certaines de ces situations cliniques ?

Souvent, on entend dire « je suis trop nul ! », « c'est trop dur ». A ce moment-là, c'est à nous de faire le nécessaire pour rendre la tâche plus accessible et plus valorisante. C'est nous qui sommes en tort dans le cas où l'épreuve ou la consigne n'est pas accessible à l'enfant. Je ne dis pas non plus de tout adapter au niveau d'acquisition de l'enfant. Ce serait un leurre que de faire croire que tout est simple et abordable. Il faut savoir jauger et tirer l'enfant vers le haut en permanence. Je me rappelle aussi avoir été particulièrement déstabilisé le jour où l'enfant en séance a précipitamment quitté le bureau. Il était confronté à la difficulté, en position d'échec, et n'a pas supporté ! Je me suis sentie désemparée et surprise. Je m'en suis voulu de n'avoir rien perçue, rien anticiper. Le plus triste était quand même que l'enfant était encore plus désolé de sa réaction.

Les parents repèrent-ils des difficultés de cet ordre chez leurs enfants ? Vous en parlent-ils en ces termes ?

Oui, les parents en parlent assez facilement mais sont souvent dans l'incompréhension la plus totale. Ils rapportent que l'enfant se dévalorise beaucoup, se compare aux autres, se décourage vite. Ils ne savent pas toujours comment réagir, ils tâtonnent, encouragent, ou bousculent l'enfant mais sont en réalité désarmés. Tous les retours, toutes les comparaisons émanant de l'institutrice, des copains d'école déstabilisent autant l'enfant que ses parents. Ils peuvent alors remettre en cause, tout son potentiel, ses facultés, ses capacités voire ses acquis !

Avez-vous déjà repéré un lien entre le comportement des parents et l'estime que l'enfant a de lui-même ?

Oui, nettement ! C'est malheureux à dire mais il y a des cas où l'environnement familial est défavorable au développement harmonieux de l'enfant. Il m'est arrivé d'entendre des parents comparer leur enfant à ses frères, en l'accablant de défauts, de faiblesses sans jamais lui reconnaître le moindre mérite. Il faut pouvoir entendre la souffrance de l'enfant, mais aussi celle des parents, en tentant tant que possible de leur faire entendre raison. Certaines familles de milieu socioculturel aisé vont parfois avoir du mal à s'avouer la dyslexie de leur enfant, les parents lisent beaucoup et encouragent vivement leurs enfants à faire pareil. L'enfant dyslexique sera alors marginalisé car il n'égale pas l'idéal des parents. Ici, les familles ont dans la plupart des cas un rapport difficile avec l'école. Les parents, ayant été parfois eux-mêmes en difficulté ou en échec scolaire, n'arrivent pas à admettre que leurs enfants puissent subir la même chose. Cela réveille alors une remise en question permanente et engendre une pression sur les épaules des enfants. Ils servent alors de « faire-valoir », ils n'ont pas d'autres choix que de réussir. La pression familiale et scolaire va alors complètement à l'encontre de son épanouissement, de l'éveil de sa curiosité, du plaisir d'apprendre. Il faut alors, quand c'est utile, faire entendre cela aux parents, parfois même à l'école. On rencontre aussi le cas de parents totalement ignorants, où l'enfant est un objet de la famille, au même titre que les autres membres de la famille. Ces enfants ne sont pas malheureux mais ils ne sont pas non plus stimulés. Ce sont alors des enfants passifs qui n'ont aucune conscience de leurs capacités, ni même de leur personne.

Y a-t-il des situations où vous vous êtes sentie en difficultés face à un enfant mal dans sa peau ?

Oui, bien sûr. Il y a le cas que je décrivais tout à l'heure. Et je pense aussi que notre discours pourrait avoir un poids si notre présence au côté de l'enfant était plus fréquente. Ce n'est pas que je sois pessimiste, bien au contraire, mais je me suis déjà fait la remarque. L'encouragement, la stimulation et l'assurance que l'on parvient parfois avec peine à construire avec l'enfant va avoir un écho pendant quelques jours peut-être, puis on reverra l'enfant une semaine plus tard plus épanoui que jamais ou bien au contraire plus abattu qu'il ne l'a jamais été. D'abord, cet aspect-là ne relève pas de nos compétences, il faut bien le savoir, même si on peut certainement conforter et consolider le travail des psychologues, des psychothérapeutes. En tout cas, c'est un travail de longue haleine que de restaurer ou de rétablir l'estime qu'un enfant se porte, c'est à force de persévérance et de répétition qu'on parvient au progrès avec du temps à disposition. En parallèle, l'idéal est de mener un travail de guidance parentale avec les parents, pour qu'ils parviennent à accepter les progrès minimes de l'enfant, ses régressions éventuelles, accepter que l'enfant puisse atteindre des objectifs qui ne seront pas immédiatement à la hauteur de leurs attentes pour le moment. On doit savoir encourager les parents et réajuster leurs attentes selon les capacités et le niveau de développement de l'enfant, en les rassurant sur le fait que l'enfant dépassera alors plus facilement ses difficultés. Tout cela ne vient évidemment pas du jour au lendemain, mais un environnement familial favorable et compréhensif sera plus constructif pour l'enfant.

Comment réagissez-vous dans ces cas-là ?

Je reste toujours persuadée que l'enfant peut y arriver ! Pour ça, je l'encourage, je le rassure et le guide de façon à ce qu'il parvienne à ses fins par lui-même. Je poursuis donc souvent l'activité commencée, en réadaptant évidemment le niveau, les consignes, le matériel s'il le faut. Dans le cas où l'enfant est confronté à l'échec, je change d'activité naturellement sans lui faire sentir qu'on abandonne, et je réadapte l'exercice à son niveau. Il me semble que c'est à nous de toujours veiller à ne pas embarrasser l'enfant, à ne pas le mettre en position de faiblesse. En revanche, nous ne sommes pas là non plus pour le leurrer ou lui faire croire que tout est simple, tout est acquis. Je le répète mais il faut veiller constamment à situer l'enfant en fonction de ses capacités, en le tirant bien sûr vers le haut.

Cela fait-il écho à votre propre histoire ?

Ce genre de situation ne m'a jamais renvoyé à un vécu personnel, à mes expériences propres. En revanche, l'échec ou la difficulté d'un enfant nous renvoie toujours un sentiment particulier. Nous sommes dans la relation, nous transmettons des choses à l'enfant qui nous renvoie également ses ressentis. C'est un échange. Pour ma part, c'est plutôt face aux parents que je peux parfois être plus embarrassée. Face à leur détresse, ils s'adressent au thérapeute comme si nous étions détenteurs de toute solution à tout problème. Or, il arrive de ne pas savoir plus que quiconque ce qui serait idéal. On ne peut pas se substituer au rôle des parents ou de tout autre intervenant.

Avez-vous déjà eu des ressentis ou des réactions surprenantes, dans de telles situations ?

Pour le cas de l'enfant dont je parlais tout à l'heure, qui est sorti précipitamment de mon bureau sans prévenir, j'avoue que j'ai été déstabilisée et très surprise. Je m'en suis voulu de n'avoir rien vu venir. J'ai donc couru derrière lui pour le rattraper, il était complètement désemparé de réagir comme ça mais n'avait pas trouvé d'autres moyens pour exprimer sa souffrance. Heureusement, tant que le dialogue est encore possible, tout est

rattrapable. On a donc parlé de la situation, je me suis excusée de l'avoir exposé à l'échec sans n'avoir rien prévu. Lui était tout aussi désolé de ne pas avoir pu le mettre en mot.

Cela a-t-il engendré un questionnement particulier, une réflexion plus approfondie ?

La dévalorisation des enfants qui consultent en orthophonie est quand même très fréquente. On doit donc savoir y faire face et travailler en ayant toujours cette idée en tête. Pour ma part, non, je ne me suis jamais posé particulièrement plus de questions, car je considère que c'est mon devoir de mettre en confiance l'enfant, de le sécuriser avant d'entamer le contenu de la séance. En ce qui concerne le bégaiement par contre, je ne suis pas experte mais la corrélation entre le symptôme et l'estime de soi est nettement plus évidente. En fait, c'est vrai que je considère un peu cette notion d'estime de soi en dehors du champ de nos compétences, même si elle est présente dans le cadre de la prise en charge orthophonique ! Je dis ça car je me sens plus impuissante face à des enfants désemparés et peu confiants, du fait que je ne les vois qu'une petite demi-heure par semaine. C'est délicat. Sur ce temps-là, je fais tout mon possible pour aborder le trouble sans que cela ne nuise à l'enfant et à l'image qu'il a de lui-même. Mais c'est vrai que c'est plus moi qui m'adapterais et qui gèrerais ce problème sur le long terme, en fonction de l'évolution de l'enfant, et en ayant au préalable orienté l'enfant vers un professionnel expert en la matière, psychologue, pédopsychiatre ou autre.

Selon vous, le travail orthophonique peut-il être entravé si l'enfant présente une basse estime de lui-même ?

Oui, je pense que ça peut y nuire car les blocages de l'enfant entraînent dans ce cas une résistance à l'inconnu, au risque qu'il pourrait encourir. Mais c'est toujours de notre devoir que de se réajuster à la situation, de conforter l'enfant dans ses choix et ses initiatives, de ne jamais prendre les choses de front. On doit mener la séance sans tout proposer non plus. Je m'applique toujours à laisser à l'enfant le choix du jeu tant que ce n'est pas toujours le même évidemment, d'ailleurs dans ce cas, c'est bien révélateur d'un enfant rassuré par le fait qu'il connaît le jeu, qu'il ne s'engage pas sur une autre activité méconnue, dont il ne maîtrise rien. Je veille à respecter ses envies sans jamais le brusquer, en le guidant si nécessaire vers la découverte, la prise de risques. Ça me fait penser en effet qu'il est assez fréquent de rencontrer des enfants tellement peu assurés qu'ils vont se tourner d'emblée vers les jeux, les activités qu'ils maîtrisent. Ils jouent volontairement et avec entrain, mais ne craignent pas l'échec car ils ont une maîtrise sur le jeu. Ainsi, ils ne font pas d'efforts pour faire bien, et ainsi ils fuient la prise de risques et donc l'échec. En séance d'orthophonie, l'enfant est seul face à l'adulte, livré à lui-même, c'est son rendez-vous. Il faut donc instaurer une relation de confiance, où chacun a sa place, avant de se jeter à corps perdu dans le rendement, le renforcement des acquis, les progrès imminents qu'exigent souvent les parents et l'école. En orthophonie, et particulièrement en libéral, nous n'avons pas d'obligations de rendement, de notation stricte et sectaire, le travail peut donc être facilité et adapté au rythme et au caractère de l'enfant.

Quelle place a pour vous la technique face à un enfant peu confiant ? Que vous apporte-elle ?

A vrai dire, je n'ai pas de techniques. Le terme déjà m'effraie. Je ne comprends pas comment on pourrait instaurer une relation favorable à la prise en charge orthophonique, si l'on est nous-même brimé par la technique. La technique implique le résultat en conséquence. Or, si l'on axe tête baissée notre prise en charge par ce biais, on négligera forcément tout le à-côté, qui nuira sans doute au résultat justement. En ce qui concerne les jeux, c'est un peu pareil : je les utilise bien sûr, mais je ne colle pas aux consignes écrites, aux règles énoncées car je trouve que ça enlève le libre-arbitre et la capacité de penser et de juger par soi-même que doit acquérir l'enfant. La seule « technique » dont je parlerais, si on peut parler de technique, c'est notre capacité d'adaptation, de réajustement en fonction de l'enfant et de la situation.

Dans le cadre de la séance, comment valoriser un enfant ?

Il faut lui donner la possibilité de réussir, en étant « acteur » et non pas par magie. C'est en prouvant à l'enfant qu'il est capable de faire par lui-même qu'il se valorisera. Bien souvent aussi, c'est en laissant l'enfant prendre les initiatives, et en voyant par conséquent notre réaction conciliante et positive que l'enfant s'affirme et se sent soutenu. Il faut aussi toujours considérer les moindres productions de l'enfant ; ses dessins, la construction d'un jeu, ses productions écrites, toute trace de son identité. C'est la preuve, de notre part, de la considération et de l'intérêt qu'on lui porte. On peut afficher son dessin s'il le veut, on peut se resservir ultérieurement d'un jeu ou d'un texte qu'il a produit. C'est autant de moyens pour valoriser l'enfant, en dehors de tous les encouragements verbaux qu'on se doit bien sûr de lui adresser aussi. Il m'est arrivé parfois de demander l'autorisation à l'enfant pour réutiliser éventuellement son jeu avec un autre enfant. Quand il accepte, il ressent une certaine fierté qui conforte l'idée de son potentiel, de son bon travail. Chose qui n'est pas toujours soulignée à l'école ou ailleurs. C'est vrai que tout doit être entretenu dans le cadre de la séance. Je ne saurais pas expliquer pourquoi mais j'ai remarqué l'embarras et l'angoisse que cela procure à certains enfants quand je me réjouis de leurs progrès et de leur évolution devant les parents. Je ne sais pas si c'est de l'ignorance, de la timidité ou autre chose, mais j'ai effectivement souvent remarqué cette réaction de l'enfant devant ses parents.

Quelles sont les spécificités du travail orthophonique qui permettent de repérer les signes de l'altération de l'estime de soi ?

D'abord, il me semble que la relation duelle qui s'instaure dans le cadre d'une prise en charge individuelle en orthophonie est au bénéfice de l'enfant, dans le sens où ce temps lui est intégralement consacré, c'est un temps mis volontairement à SA disposition, sans la présence des parents. L'enfant est face à ses responsabilités, en tête-à-tête avec l'orthophoniste et c'est sa parole propre qui a de la valeur dans ce cadre. D'autre part, le contenu d'une séance se rapproche de ce qui peut être abordé à l'école bien sûr, je pense au langage oral, langage écrit, mais la particularité de l'orthophonie est, contrairement à l'école, de ne pas évaluer, noter, juger, contrôler. L'enfant est exposé en face à face, il peut se permettre de se laisser aller à la détresse, de se confier, sans peur d'être jugé par les copains d'école, l'institutrice. Son regard, ses mimiques, son agitation peuvent être révélateurs. Il faut aussi savoir que l'estime que se porte l'enfant à l'école peut être en décalage avec l'estime qu'il se porte au cabinet d'orthophonie, et ce n'est pas un mal ! Forcément, la demande, la pression et les exigences ne sont pas les mêmes d'un milieu à l'autre. L'enfant n'en a donc pas le même retour. C'est donc intéressant et indispensable d'échanger avec l'école et de les informer des progrès de l'enfant en séance, qui s'étendront bientôt aux apprentissages à l'école. Les institutrices sont compréhensives à ce sujet-là, et adaptent toujours leurs exigences aux capacités de l'enfant. Pour l'enfant, ce cas de figure n'est pas évident non plus à assumer : il faut faire preuve de maturité et de patience pour s'avouer ne pas être capable de satisfaire la demande de l'école, au moins dans l'immédiat. C'est donc dans le cadre de l'orthophonie qu'on fera sentir à l'enfant que toutes ces facultés s'étendront bientôt à l'école.

Avez-vous déjà ressenti le besoin de vous former davantage ou de faire un travail plus personnel lorsque vous vous êtes retrouvée devant un enfant s'estimant peu ?

Non pas spécialement car je trouve ça tellement humain ! C'est un « savoir-être » plus qu'un « savoir-faire ». Ça me fait penser à l'empathie, c'est d'ailleurs ce qui est indispensable pour bien agir face à la détresse d'un enfant. Mais les formations me paraissent inutiles, on n'apprend pas à être empathique ! Dans le cas où je me sentirais mal à l'aise, j'aurais tendance à m'orienter vers une formation sur la nature du travail que j'entreprends avec l'enfant. Mais une chose est sûre, il faut être libéré et disponible pour être à l'écoute du patient et en mesure de lui renvoyer du positif.

Trouvez-vous beaucoup de ressources dans la formation d'orthophonie universitaire ?

Non, il n'y a pas de ressources à ce sujet-là. Cela dit, il y a bien d'autres choses qui manquent et qui seraient peut-être plus prioritaires. En ce qui concerne cette notion, je considère vraiment que tout ou presque émane du ressenti, de la relation, de la confiance mutuelle. Par contre, vis-à-vis de parents, il serait peut-être intéressant de voir s'il n'y aurait pas possibilité de leur donner le moyen d'encourager l'enfant vers la réussite, en adoptant les bonnes attitudes, chose qui n'est pas naturellement à la portée de tous.

Ressentez-vous le besoin de prendre de la distance face à ce type d'enfants ? Quels sont les moyens à votre disposition ?

Pour ma part, j'ai toujours eu la chance de bénéficier d'une prise en charge psychothérapeutique dans les six mois suivant ma demande, dans les cas extrêmes où cela s'avérait indispensable bien sûr. Dans ce cas, on ne peut pas s'attendre à une métamorphose soudaine et magique, mais c'est après une stabilité psychologique qu'on abordera plus sereinement les apprentissages et le langage. Par contre, il m'est arrivé effectivement de me sentir dans une impasse, face à un enfant sans conscience de sa personne, dans une passivité malade. Avec une séance par semaine, autant dire que j'ai ramé ! C'est arrivé une seule fois, j'avoue avoir été vraiment confrontée moi-même à la difficulté. Hormis cela, je considère qu'à partir d'un cadre favorable, et avec l'acceptation et la compréhension de l'entourage, les résultats ne seront peut-être pas imminents mais le suivi ne peut être que prometteur.

Que pensez-vous du travail d'équipes ?

A vrai dire, je n'en ai pas une très bonne expérience ni de bons souvenirs. Je suis mal placée pour en parler. Quand j'ai travaillé en équipe, il n'y avait pas de travail d'équipe justement, aussi surprenant que cela puisse paraître. J'apprécie maintenant plus de contacter d'autres orthophonistes en libéral pour partager nos expériences, recueillir des avis, conseiller si je peux le faire. Cela dit, je ne dénigre pas du tout le travail d'équipe, et quand cela marche bien, je pense que toutes les dispositions peuvent être mises en place, en faveur de l'enfant. C'est d'ailleurs de cette manière que les choses se coordonnent et s'accordent au sein des institutions.

Connaissez-vous les groupes d'analyse de pratique ?

J'en ai entendu parler mais je n'y ai jamais assisté. Pour les orthophonistes en libéral, il existe le même principe ; on se retrouve occasionnellement en apportant un cas clinique sur lequel on a besoin d'éclaircissements par

exemple, ou alors simplement pour partager nos impressions, nos interrogations. C'est important pour une « mise à jour » régulière de notre professionnalisme.

ENTRETIEN 3

Comment définiriez-vous l'estime de soi ?

Je n'ai pas de définition précise à donner, mais une vague idée de ce que cela représente. Pour moi c'est une notion très subjective, ce qui n'est pas négligeable à prendre en compte. C'est quelque chose autour d'une auto-évaluation, par rapport à des critères qui sont aussi, eux-mêmes, subjectifs à mon avis.

Est-ce que vous vous êtes penché sur cette notion au cours de votre carrière ou de formations éventuelles ?

Penchée précisément, non. Pour moi, l'estime de soi est en lien avec le narcissisme secondaire. C'est-à-dire que l'estime de soi est à la fois une notion subjective mais consciente. Le narcissisme primaire, lui, fait plus appel à l'inconscient. Pour moi il y a un lien entre les deux. L'estime de soi est sans doute aussi en partie le reflet de la façon dont on s'est construit narcissiquement. Je me suis plutôt intéressée à la notion de narcissisme étant donné les enfants que l'on reçoit ici, à l'hôpital de jour et qui ne sont pas toujours bien construits psychologiquement. Donc c'est plus une question autour du narcissisme que plutôt une conscience autour de ce qu'on est et ce qu'on vaut. Je pense que c'est un autre degré. Pour moi le narcissisme se construit au cours du développement psychique et n'est pas conscient. L'estime de soi est une valeur, c'est la façon dont on se perçoit par rapport aux autres, et ça tient compte aussi de la façon dont on est construit narcissiquement. Mais je n'ai donc pas suivi de formation particulière concernant cette notion. Je l'aborde plutôt autour du travail avec les psychologues et le travail en équipe. Cela fait 25 ans que je travaille en équipe dans des structures d'orientation psychanalytique. L'estime de soi on en parle très peu. Par contre, je pense que c'est une notion, par rapport aux enfants, qui n'est pas facile à cibler. Je pense que si je travaillais avec des adultes, on en parlerait plus. Il pourrait il y avoir une réflexion autour de l'auto évaluation. Avec les enfants c'est plus compliqué. D'autant plus qu'on voit des enfants en échec et qu'il est difficile de leur poser ce genre de question. Par contre je peux le ressentir dans ce qu'ils nous renvoient, comme les formules d'échecs, etc., on voit que la façon dont ils se perçoivent eux est en décalage par rapport à leurs capacités. Souvent ils se dévalorisent beaucoup alors qu'une partie de leurs capacités n'est pas mise en valeur. Dans mon travail, j'essaie de tirer ces enfants vers le haut de leurs potentialités quelles qu'elles soient. Cela va dans le sens d'une valorisation, d'une « renarcissisation » (je ne sais pas si c'est un terme très approprié). Ce travail peut passer par diverses activités, comme je le vois à l'hôpital de jour : l'équithérapie, les arts plastiques, la cuisine...

Est-ce que vous pensez que cette « renarcissisation » est consciente ou ne l'est pas, du côté de l'enfant ?

Les enfants de l'hôpital de jour sont atteints profondément dans leur construction, certains sont dans des mouvements régressifs importants et très archaïques. Je pense qu'en orthophonie, en séance individuelle avec un enfant, on peut très vite pointer des choses positives chez lui ; et que cela soit mis en valeur. Dans ce cas là il y a une espèce de conscience. Et parfois cela permet aussi que l'enfant accroche, qu'un lien se fasse. L'enfant se dit « je ne suis pas si nul que ça ». Cette situation peut se produire aussi au niveau du bilan. Dans de telles situations, oui je pense que c'est plus conscient.

Du coup c'est quelque chose qui est initié par l'orthophoniste ?

Je pense qu'on peut pointer chez un enfant, tout ce qui fonctionne bien, et non ce qui ne va pas, car ça, on peut le garder pour soi. Souvent je dis à l'enfant « on va faire un état des lieux, c'est vrai que certaines choses seront compliquées mais il y a aussi certaines choses que tu sauras bien faire. Moi je te dirais après » Tout dépend du retour qu'on lui fait. Je pense qu'il ne faut pas leurrer l'enfant ou mettre de côté ce qui ne va pas. Mais par contre si on lui dit : « là il y a des choses que tu réussis bien donc on va pouvoir travailler à partir de ces choses là pour que ça t'aide. Pour ce qui fonctionne moins bien, on va essayer de trouver des liens à faire de manière à ce que ça t'aide pour les choses qui sont un peu plus difficiles. »

Surtout il faut pointer ce qui va bien. Et souvent les enfants ont l'impression que parce qu'ils ont du mal à lire et que c'est la période du CP, ou parce qu'ils ont doublé un CP, c'est dramatique. Il y a une atteinte, une blessure. C'est terrible. Cette blessure elle vient aussi souvent des parents, parce qu'elle est reprise par les parents. Donc le fait de pointer que par exemple, il se débrouille bien en langage oral, c'est déjà une chose importante. Je pense aussi à des épreuves de bilan qu'ils n'ont pas l'habitude de faire à l'école, comme l'organisation spatiale, le rythme, les choses qui sont plus ludiques, et que les enfants réussissent. Je pense que c'est important de leur dire que « ces choses là, ce n'est pas que de l'amusement, c'est important pour apprendre à lire ». Il s'agit de remettre en lien les différentes activités. Souvent les enfants ont l'impression que quand c'est du travail, c'est important. Pour eux, il faut travailler alors que si c'est ludique, c'est dans le plaisir, et du coup ce n'est plus important. Les parents pensent cela aussi. Or quand on leur pointe que ces choses là sont amusantes mais que ça va les aider à améliorer leur langage, leur lecture, ça redonne un peu de légèreté. Je trouve que ça peut aller assez vite, en tout cas, au moins, l'amorce de se dire « je ne suis pas complètement nul ».

Quels sont les signes qui pourraient vous faire penser qu'un enfant n'est pas bien dans sa peau ?

Normalement ca doit se sentir au bilan, car le bilan est une situation de stress, une situation où on évalue, même si elle est présentée comme une étape. Je dis aux enfants : « Ce que je vais te demander pendant le bilan on ne le refera peut-être pas ensuite. Mais c'est important qu'on les fasse pour que je sache où tu en es et pour pouvoir t'aider. » Mais forcément c'est un moment où on touche ce pourquoi ils sont venus, on touche directement le symptôme qui les amène, et c'est donc forcément une situation stressante. En général ca se voit assez vite, les enfants qui manquent de confiance en eux. Soit ils sont dans l'évitement, soit dans les formules d'échecs, ils s'excusent toujours. Les enfants sentent quand on leur dit : « regarde encore ?... » Ou qu'on relance un peu dans les épreuves de bilan pour soutenir. Tout de suite ils sentent. C'est-à-dire qu'ils ont une sensibilité à ce que l'on peut renvoyer ou suggérer. Et parfois leur réaction est disproportionnée par rapport à ce qu'on a suggéré. On a beau dire « ce n'est pas grave », ils sont inquiets. Je trouve que l'on repère ceux qui ont un parcours d'usage narcissique, où l'estime de soi a été bien entamée, par exemple par des réflexions ou par les notes. Cela peut aussi être corporel, la façon dont ils s'installent sur leur chaise, dont ils se tiennent dans leur corps vis-à-vis de l'autre. Ce sont souvent des signes. Ils peuvent aussi être en refus, contourner les consignes. Je pense à des enfants qui s'agitent, qui détournent, ou qui prennent les choses un peu à la légère ; à ceux qui pensent d'emblée « de toute façon ca ne va pas marcher donc je ne cherche même pas », ceux qui passent les épreuves et veulent vite finir. On voit que leur pensée n'est pas mobilisée, n'est pas mise en route. Ils sont tellement persuadés qu'ils vont rater, qu'ils répondent au plus vite. C'est une façon de ne pas compter sur soi.

Est-ce qu'ils signifient un peu que le fait de ne pas avoir confiance en eux, ca les bloque dans ce qu'on peut leur proposer ? Est-ce qu'on peut faire un lien ?

Cela renforce leurs mises en échecs donc si on fait un bilan étalonné, on est obligé de tenir compte de leur état affectif. Après il est toujours possible de coter. Mais comment évaluer un enfant qui commence une épreuve et qui très vite fait n'importe quoi ou n'est pas du tout au travail, ne mobilise pas sa pensée parce qu'il est angoissé, parce que c'est trop stressant ? Pour moi c'est une épreuve qui n'est pas valide. On peut toujours la coter si l'enfant va jusqu'au bout. Mais si on sent qu'il n'est pas dans un travail de recherche de la réponse, pour moi, la cotation n'aura pas de valeur. Par contre, je sais qu'une des premières choses à faire avec cet enfant sera de le mettre en confiance, de le mettre, lui, en valeur. Il y a donc la façon dont on passe le bilan et la façon dont on le restitue. Et le bilan est restitué à l'enfant mais aussi à ses parents. Souvent, moi je fais un premier compte rendu à l'enfant. Je lui dis ses points forts et les choses sur lesquelles on pourrait travailler. Je lui explique souvent ce qu'on va dire à ses parents et comment je vais leur présenter le bilan. De cette manière, il n'est pas pris par surprise, il sait ce qui va être dit. Il y a avec l'enfant à ce moment, déjà un contrat de prise en charge qui est énoncé. Parfois il n'est pas d'accord pour entreprendre une rééducation. J'ai déjà eu des enfants qui ne voulaient pas venir ou dont je sentais qu'ils ne pourraient pas s'impliquer dans un travail orthophonique. Du coup, pour ces enfants, je leur explique qu'on va en parler avec leurs parents. Dans ce genre de situation, les enfants ont souvent peur de leurs réactions. Ce sont les parents qui l'amènent là, parce que son symptôme les gêne. L'estime de soi concerne l'enfant mais touche aussi les parents ; et là c'est plus compliqué. Quand on travaille avec un adulte, le travail se fait directement avec lui. Dans le cas, où il y a un tiers, les parents, on doit les prendre en compte. Ils sont parfois très blessés par l'échec de leur enfant, plus que l'enfant lui-même. Cela peut conduire à un engrenage familial où tout le monde se mobilise autour de ça. Ca peut parfois être pour des choses qui paraissent d'ailleurs anodines comme des troubles d'articulation ou de parole quand l'enfant ne comprend pas bien. Ca gêne les parents parce que ca se voit. Leur gêne est en rapport avec l'image sociale qu'ils veulent donner d'eux-mêmes, du cercle familial. La tribu familiale peut parfois faire pression. Donc l'enfant est à considérer lui, mais aussi avec dans son environnement familial qui peut être un poids. On aura alors comme objectif que l'enfant se dégage un peu de cette emprise et ait une vraie implication, pour lui-même.

Est-ce qu'il y a des causes significatives ?

C'est une question très compliquée car cela signifierait qu'il y ait vraiment une relation de causes à effets. Pouvez-vous préciser, de quelles causes parlez-vous ?

Les causes d'une estime de soi altérée.

Comme l'estime de soi est déjà quelque chose de subjectif...

De votre point de vue, en tant que thérapeute, orthophoniste, est-ce qu'il y aurait des causes significatives pour que l'enfant ait une estime de soi vraiment altérée ?

De façon très globale, la construction psychique de l'individu se fait par ce qu'il est lui mais aussi par toute l'influence de l'environnement, de l'éducation, de la propre histoire des parents. Là je parle plutôt de la construction narcissique. Je pense qu'il y a dans l'altération de l'estime de soi quelque chose qui a à voir avec la répétition. C'est comme si on grattait toujours au même endroit. Au bout d'un moment ça s'érode et le trou est là. Après il faut savoir si on parle de l'estime de soi de manière générale ou de manière plus particulière, car

L'estime de soi peut concerner aussi l'aspect physique, etc. L'estime de soi englobe plein de choses qui peuvent se conjuguer. Le petit enfant dans sa famille, se construit avec ce qu'on lui renvoie de lui. C'est le regard de la mère vers le bébé. Il envoie des signaux et la mère répond à ces signaux. Si ce qui est renvoyé est quelque chose de positif, qui fait du bien à l'enfant, qui le valorise, c'est sûr que cela va engranger une relation où l'enfant va être rassuré, sécurisé... ça commence vraiment tout petit. Après il y a toute la famille élargie, puis l'école. Même adulte, nous sommes sans cesse confrontés à des choses qui pourraient entamer notre estime de soi. Si on n'est pas un peu construit, avec des bases stables, solides, cela peut être compliqué et on a tous nos points de fragilité. Les causes sont vastes et comme c'est une notion subjective, on ne peut pas appréhender de causes particulières. L'estime de soi est un jugement de soi sur soi. Si on met 2 personnes qui reçoivent les mêmes retours sur eux même d'une même personne, ça ne va pas avoir les mêmes effets. Donc c'est vraiment quelque chose de très personnel. C'est personnel car chaque personne est unique mais c'est aussi personnel parce que c'est complètement subjectif. Et heureusement, c'est parce que chaque personne est unique. La subjectivité est l'idée d'être sujet. Parmi les enfants qu'on voit à l'hôpital de jour, certains ne sont pas encore en position de sujet. Pour eux, on ne peut pas parler d'estime de soi, on n'en est pas du tout là. L'estime de soi est quand même quelque chose d'élaborée dans le développement. En pédopsychiatrie on peut voir des enfants qui sont dans des problématiques de construction de leur personnalité. On ne peut pas travailler ces questions avec ces enfants. Il faut un soi pour s'estimer soi. Cela rejoint la construction du moi. Mais la notion d'estime de soi est tout de même abordable avec la majorité des patients vus en orthophonie, surtout en libéral. C'est donc bien une notion qui concerne notre champ professionnel.

Est-ce que les parents repèrent ce type de difficultés chez leurs enfants, est-ce qu'ils en parlent, est-ce qu'ils en ont conscience ? Est-ce que même s'ils viennent consulter pour le symptôme langage, ils parlent de ces difficultés ?

Souvent, ceux qui repèrent ça en parlent en disant « il n'a pas confiance en lui » ou « quand on fait à la maison tout va bien mais dès qu'il fait à l'extérieur, par exemple, à l'école, il perd tous ses moyens ». Les parents sont un peu démunis par rapport à ces difficultés et nous disent « pourtant je lui dis de pas s'inquiéter ». Ces mots ne sont pas suffisants pour rassurer l'enfant et on peut se poser la question de savoir ce qui s'est passé pour que cet enfant se dévalorise autant. Ça signifie que peut-être, il n'y a pas dû y avoir un climat rassurant. En même temps, certains parents disent ça mais décrivent les symptômes de leur enfant de façon très violente : « Il est nul en ci, il est nul en ça ». Ils emploient des termes très jugeants, sans se rendre compte de l'effet que peuvent avoir ces choses là. C'est comme si la parole « ne t'inquiète pas, ait confiance en toi » suffisait à ce que l'enfant l'applique. Or, ce n'est pas comme ça que ça se fait. Il y a souvent un décalage. Cette situation se passe d'autant plus si les parents sont des personnes blessées autour de l'estime d'eux-mêmes. Inconsciemment ils reportent ça. Quelque chose se transmet. Je vois une petite fille dont la maman me dit : « j'étais nulle à l'école mais moi je n'ai jamais été aidée. Elle a de la chance d'être aidée. » Dans son discours elle a envie d'aider sa fille et dans la réalité elle dit « non elle ne passera jamais en classe supérieure ça c'est sûr, on va demander le redoublement ». L'année dernière elle ne croyait pas que sa fille puisse passer au CP. Dans sa tête, quelque chose rend inimaginable le fait qu'elle puisse passer en CP. C'est sa propre expérience d'échec scolaire, de blessures sans doute. Les blessures d'enfants en échec scolaire sont terribles. Cela concerne les notes, le retour des profs, la déception des parents, les copains qui se moquent... Du coup, pour parer, ils font les andouilles, ou font ceux qui s'en moquent. En réalité je n'ai jamais vu un enfant qui ait envie d'avoir de mauvaises notes. Certains s'enferment. Ils essayent de trouver un autre moyen de se valoriser. En faisant le clown ou en rigolant, ou en se bagarrant pour être les plus forts... ainsi ils s'enferment dans un statut. Pour certains, ces conduites d'échecs sont très présentes et se répètent. Avec, en même temps, des bénéfices secondaires à ça. Parfois, une plus grande attention des parents par rapport aux frères et sœurs. Ça m'arrive souvent de demander aux enfants dyslexiques qui s'accrochent à leur symptôme : « qu'est-ce qui se passerait si un jour tu n'étais plus dyslexique ? » Les réponses sont assez étonnantes. Il y a les réponses sociales : « mes parents seraient contents » et quand on creuse au niveau de leur quotidien, on se rend compte qu'ils perdraient aussi des choses. C'est intéressant de pointer ça avec eux. Ça serait intéressant de poser également la question aux parents même si c'est quelque chose que je ne fait pas « qu'est-ce qu'il se passerait si votre fils n'était plus dyslexique ? » dans certaines situations, l'organisation familiale s'est faite autour d'un symptôme. Comment cela se réorganiserait s'il n'y avait plus ça ? Cela montre le lien entre l'estime de soi de l'enfant et le comportement des parents. Après, c'est quelque chose qui est difficile à pointer de notre place. Parfois on peut de façon détournée suggérer des choses. Mais le lien n'est pas forcément direct entre estime de soi et comportement des parents. Je pense aux liens très fusionnels mère-enfant où le sujet a du mal à émerger, à être dans une place. Dans ces cas-là on peut suggérer des choses comme : « oh tiens, maman pourrait ne pas te mettre ton manteau, peut-être que tu peux mettre tes chaussures tout seul ». Ses paroles sont adressées à l'enfant mais aussi indirectement aux parents. Les deux entendent. Les gens choisissent ensuite de s'en saisir ou pas. Mais il est vrai qu'il est difficile, de notre position, de pointer ces choses-là. Je pense également aux situations où l'enfant fait 2 heures de devoirs en CP le soir. Là, on peut, en lien avec l'institutrice, conseiller à la maman de réduire significativement le temps de devoirs. Certaines mamans

peuvent être angoissées par cette « prescription », d'autres peuvent être soulagées, déculpabilisées. D'autres parents ne peuvent pas. Il y a une maman qui nous raconte l'autre jour qu'elle n'a pas pu s'empêcher de faire faire à son fils son devoir d'anglais dans la salle d'attente avant l'entretien. Elle veut combler le moindre vide par un travail intellectuel parce qu'elle pense que son enfant est en difficulté. Il y a une espèce d'engrenage qui fait que l'individuation psychique de l'enfant ne peut pas émerger. L'enfant n'est pas sûr de pouvoir penser tout seul. Dans ces cas-là je ne sais pas si on peut parler d'estime de soi. L'enfant a-t-il un jugement suffisant ? Cette situation et cet enfant me font penser que l'estime de soi est liée à un idéal du moi. Ou est-ce que cet idéal est placé ? Qui le donne ? Il y a parfois un abîme entre ce que les gens pensent qu'ils devraient pouvoir faire et ce qu'ils font (même ceux qui font déjà beaucoup). Qui participe à cet idéal ? Chacun y met un peu, c'est quelque chose qui se construit au fil des années avec aussi le propre idéal de chaque parent pour lui-même et ce que chaque parent projette sur son enfant de ce qu'il n'a pas pu faire. C'est comme une transmission, il faut que mon enfant arrive à faire ce que je n'ai pas réussi à faire. Le système scolaire peut aussi être à l'origine de blessures importantes. Il oblige les enfants à rentrer dans un moule, or ce n'est pas toujours possible. Certains enfants ont un grand potentiel mais peuvent se sentir attaqués par le système scolaire. Quand on arrive à dire ça à l'enfant ; quand on pointe du doigt toute la souffrance qu'il vit à l'école, alors que jamais personne ne lui a dit ça, ce sont des moments très touchants. Enfin on reconnaît leur souffrance. Quand ils racontent ce qu'ils vivent je me dis qu'on ne peut qu'être en empathie avec eux. Il m'est arrivé de décrire la souffrance d'un enfant devant ses parents. L'enfant a fondu en larmes et les parents ont été bouleversés ; jamais ils n'avaient imaginé que ça pouvait toucher leur enfant à ce point. Effectivement les enfants se ferment, ils mettent des défenses, ils détournent la souffrance. Parfois aussi les parents émettent un jugement en lui disant qu'il est fainéant. Le fait de mettre en mots fait souvent dégonfler la situation. Il est vrai qu'il y a autour toute la pression sociale, scolaire... Contrairement au système scolaire, nous, en orthophonie, nous partons vraiment du potentiel de l'enfant. Notre but n'est pas de faire rentrer l'enfant dans un moule, on le prend là où il en est et on essaye de développer ses connaissances mais aussi son plaisir d'apprendre avec des techniques qui sont différentes de celles qui ont déjà été employées et qui n'ont pas abouties au résultat escompté. Il faut sortir des cadres trop stricts. Partir d'où en est l'enfant pour aller plus loin signifie qu'on ne sait pas où on va et qu'on ne sait pas quel chemin nous allons prendre. On peut tirer un fil mais le chemin n'est pas tracé d'avance. Il s'agit vraiment d'un travail individuel. Lors des tests et des bilans, même lors des séances, l'observation clinique est très importante. L'expérience professionnelle permet d'affiner cette observation.

Vous-êtes vous déjà retrouvé face à un enfant mal dans sa peau, comment avez-vous réagi ?

Je suis plutôt empathique donc je me mets à la place de l'enfant en difficulté. Je suis aussi positive. J'essaie de ramener les choses autour du plaisir de penser, de faire fonctionner les zones du cerveau. C'est le plaisir de découvrir des choses par eux-mêmes. J'ai plus de difficultés avec les enfants très passifs. Mais se présenter de manière passive est une façon de se protéger. Je pense aux enfants qui disent : « je n'ai pas d'idée, je ne peux pas penser, je ne sais pas » ou alors qui, quand on pose une question, essayent de s'imaginer ce qu'on attend comme réponse. Ils collent à ça. Faire en sorte qu'ils redéveloppent un peu acteur de leurs propres mouvements de pensée, de réflexion, est un objectif ; mais ce n'est pas facile. Ceux qui sont dans la passivité extrême sont parfois aussi dans des difficultés de l'ordre de la déprime, de la dépression.

Est-ce que vous mettez en mots les souffrances de l'enfant, est-ce que vous les verbalisez pour lui ?

C'est quelque chose que je ne faisais pas au début, je ne m'y autorisais pas trop. Aujourd'hui c'est vrai que je m'autorise de plus en plus à dire à l'enfant ce que je ressens de ce qu'il me fait vivre. Toujours en suggérant bien sûr. S'il ne réagit pas, je laisse tomber car on n'est pas en travail psychothérapeutique, on n'est pas là pour interpréter. Mais souvent je renvoie à l'enfant ce que j'imagine qu'il est en train de vivre par rapport à un travail que l'on fait ou un jeu « on dirait que... » Ou bien par rapport à ce qu'il me fait vivre à moi. Dans le cas où les enfants sont dans la provocation, l'agitation je peux dire des choses comme « oh, ben dit donc on dirait que t'as pas envie qu'on fasse ce genre de choses, qu'est-ce que tu proposerais toi ? » ou encore « On dirait que tu as envie de savoir où sont les limites, si je vais dire non... » Du coup cela concerne plus le comportement. Ces enfants en général ne verbalisent pas leur mésestime d'eux-mêmes. Ce ne sont pas des choses dites, il s'agit de ce que l'on sent, de comment ça se manifeste chez eux.

Est-ce grâce à des formations que vous vous autorisez plus ?

Oui les groupes d'analyse de la pratique m'ont beaucoup aidée. Car on travaille sur une situation particulière, ce que ça provoque en nous, comment on peut réagir... Je pense qu'on s'autocensure beaucoup. En même temps c'est aussi une réaction saine car quelqu'un qui s'autoriserait tout, ça serait embêtant. Ça fait partie de notre travail de réserve. Surtout au début de carrière ; on ne sait pas trop, on tâtonne. C'est un travail sur soi, sur ce qu'on est, sur ce qu'on renvoie à l'enfant ou ce qu'on ne s'autorise pas à renvoyer, à tort ou à raison. La séance d'orthophonie est un lieu privilégié pour l'enfant. S'il choisit de parler de certaines choses en ce lieu, c'est que ça signifie quelque chose pour lui. Ça veut dire qu'il a une confiance, et qu'il pense que l'on peut l'entendre.

Donc la moindre des choses c'est de dire qu'on l'a entendu. Il faut faire confiance à ce qu'on ressent. Il ne faut pas être faux, les enfants sentent les choses fausses. Si on ne sait pas, on peut dire qu'on ne sait pas. Ce qui est essentiel c'est de lui dire qu'on a entendu sa requête. On peut réfléchir et lui donner une réponse plus tard. Les enfants sont très tolérants pour ces choses-là du moment qu'on a réceptionné ce qu'ils voulaient dire. On peut aussi lui demander de reformuler. S'il s'agit de choses autour de la maison, on peut lui demander s'il veut qu'on en parle avec ses parents. On a un vrai contrat avec l'enfant. Il y a du secret ; ce qui se passe dans le bureau ne doit pas être dévoilé sans son accord. Si l'enfant accepte qu'on en parle avec ses parents on peut le faire mais certaines choses restent de l'ordre du secret. Si ce sont des choses importantes, on peut proposer d'en parler à des collègues. Mais il ne faut pas oublier de toujours faire un retour à l'enfant. L'enfant ne dit pas des paroles en l'air, du moins cela est mon postulat de départ et il est donc important de réceptionner, de lui accorder une vraie écoute. Autour de l'estime de soi, il s'agit de l'estime de lui. C'est important qu'on lui renvoie que ce qu'il a fait, ce qu'il a dit, est pris en compte et que ça nous intéresse. Il faut qu'il sente qu'on est impliqué. Si ça ne nous concerne vraiment pas, on peut dire qu'on a entendu et on peut lui proposer de rencontrer quelqu'un d'autre.

Par rapport plus à votre ressenti d'orthophoniste, est-ce qu'être face à un enfant qui se dévalorise beaucoup peut vous mettre en difficulté dans votre travail ?

Non, je considère que ça fait partie de mon travail. Mais cela pose la question de la distance dans la relation. On n'est pas là pour être émue par les enfants. Alors c'est vrai que certains enfants nous touchent mais je pense qu'il y a une gymnastique à pratiquer. Il faut faire attention à ne pas s'engouffrer dans la parole de l'enfant, ni dans celle des parents d'ailleurs. On se doit de rester professionnel et cela passe par une distance à trouver. On ne peut pas se laisser submerger par des émotions, des a priori, il faut faire attention aux jugements. Il faut resituer le cadre dans lequel on se trouve. Il ne faut pas tout prendre au premier degré et s'impliquer de trop. Notre travail n'est pas de soutenir tout le monde pour résoudre tous les problèmes. Notre travail est de recevoir et ensuite, de notre place d'orthophoniste, savoir comment on peut renvoyer quelque chose. Je pense que c'est important de se dégager, d'être à la bonne distance. C'est quelque chose qui s'apprend aussi dans les groupes d'analyse de la pratique. Parfois on peut être effectivement touché, par l'enfant, par des pathologies ou par des situations familiales qui font écho à notre propre histoire. Donc il faut faire attention. Si ça m'émeut tant, c'est que je dois prendre du recul, demander conseil à une tierce personne...

La relation d'aide n'est pas forcément de la générosité ; parfois il faut aussi accepter de dire des choses difficiles. A l'enfant mais aussi aux parents. Il ne faut leurrer ni les enfants, ni les parents. Certains parents sont dans la séduction, se livrent trop. Ces situations sont délicates et elles nécessitent une réflexion. Il est parfois nécessaire de prendre du recul, de se questionner et d'interroger aussi d'autres personnes, s'ouvrir à d'autres points de vue. Certains enfants nous emmènent dans une relation qui reproduit des choses qu'ils vivent chez eux. Ces enfants ont un mode de fonctionnement dans lequel on peut se laisser « embarquer ». Dans ces cas là, il est important d'ouvrir les choses, d'en parler à l'extérieur. C'est cette ouverture qui permet de prendre de la distance. Les formations que j'ai suivies sur les groupes d'élaboration de la pratique, le travail avec les familles, la PRL, et toutes ces formations qui mettent en avant le côté relationnel de la profession, m'ont permis de me distancer. Ça permet d'avoir un regard sur ce qu'on fait, de nous détacher, de ne pas être que dans le contenu.

Le travail orthophonique peut-il être entravé si l'enfant présente une basse estime de lui-même ?

Moi je pense que non, mais ça dépend ce qu'on entend par travail orthophonique. Si c'est travailler le symptôme de front, effectivement, ça peut être grave. Avec un enfant qui n'est pas suffisamment « renarcissisé », ce n'est pas la peine d'aller attaquer là où ça fait mal. Par contre c'est quand même du travail orthophonique de pointer tout ce qui va bien, de faire faire à l'enfant des choses qu'il aime, de dire ce qui pourrait l'aider à travailler sa difficulté. Ça fait partie du travail de base. Il ne faut pas cacher ni leurrer un enfant sur ce qu'il sait (comme sur ce qu'il ne sait pas d'ailleurs). On ne travaille pas directement pour combler les manques mais pour consolider les choses qu'il sait bien faire. On ne doit pas attaquer le symptôme de manière directe si l'enfant est dévalorisé. Il y a un travail en amont à faire, mais qui, pour moi, fait partie du travail orthophonique.

Quel place à pour vous la technique face à un enfant peu confiant ?

On a effectivement des principes de base, des techniques. Mais ensuite les outils et les chemins que l'on emprunte sont à créer. L'idée étant de trouver ce qui va pouvoir fonctionner avec UN enfant. Il faut partir de choses que l'enfant aime, tenir compte de ses goûts. Après c'est à nous d'être imaginatives. La technique toute faite, appliquée à un enfant ne marche pas de toute façon. Nous sommes obligés de nous adapter. Mais il faut avoir en arrière fond l'objectif de travail. Les techniques et les outils sont importants et il est intéressant de s'y pencher quand on sait comment on va les utiliser et dans quel contexte elles vont nous servir. Si c'est du copier coller ça ne marche pas, à mon avis. De plus, une technique, appliquée dans son entier pour tous, ne marche pas non plus. Il faut se nourrir des techniques et elles peuvent être très diverses : techniques musicales, corporelles, théâtrales... les principes de bases sont contenus dans les études ; après il faut se former. C'est là un intérêt du

métier d'orthophoniste. Les formations développent notre créativité. Mais à mon avis on ne peut pas en faire un mode exclusif de fonctionnement.

Dans le cadre des séances, comment valoriser un enfant ?

Les enfants qui viennent chez l'orthophoniste sont souvent dans une position un peu scolaire, une position d'élève qui écoute, qui ne pense pas. En orthophonie, nous lui laissons une place, nous lui demandons ce qu'il aime faire... On est certes face à un individu en difficulté, et tout en construction, mais il faut avant tout prendre en compte ce qu'il est. Les enfants ne sont pas habitués à être dans cette position, ils sont souvent passifs, obéissants. Ils peuvent aussi être très agités. Il s'agit alors de reconnaître leur agitation sans leur dire « assied toi, reste assis ». Il faut prendre en compte ce que nous montre l'enfant. Pour cela il faut l'observer et le recevoir avec ce qu'il est et cela ne concerne pas uniquement la parole. C'est regarder comment il fonctionne, mettre ça en lien. Prendre le temps de regarder et d'écouter un enfant est essentiel. Cela nous apprend plein de choses sur lui. Cette façon de voir l'enfant est une valorisation de ce qu'il est, car on le prend lui, tel qu'il est et qu'il se donne à voir. Partir de l'enfant en tant qu'individu, c'est déjà le valoriser. Valoriser ce n'est pas forcément s'exclamer, même si c'est quelque chose que je fais aussi. Je ponctue et fait des phrases exclamatives. Il faut s'amuser, dédramatiser. Il y a de la souffrance et s'amuser ça ne veut pas dire faire n'importe quoi mais il faut que ce soit un peu léger, même si c'est difficile. Rendre les exercices rigolos. Il faut être sérieux sans se prendre au sérieux. Le travail est ludique.

Quelles sont les spécificités du travail orthophonique qui permettent de repérer une basse estime de soi chez l'enfant ?

C'est l'aspect humain et relationnel de notre métier.

Avez-vous déjà ressenti le besoin de vous former davantage ou de faire un travail plus personnel lorsque vous vous êtes retrouvé devant un enfant s'estimant peu ?

Je pense qu'il faut toujours se former. Se former, c'est se nourrir et se nourrir c'est grandir et donc c'est progresser.

Trouvez-vous beaucoup de ressources dans la formation d'orthophonie universitaire ?

C'est loin pour moi, je suis sortie de l'école avec l'impression d'avoir des fiches toutes faites, très claires et carrées. Dans la réalité ce n'est pas du tout ça. Pour l'enseignement, c'est bien que les choses soient cloisonnées mais il y a des enfants qui ont des troubles neurologiques, des troubles psychologiques, psychomoteurs... et dans ces cas-là on ne peut plus cloisonner. Il faut refaire des liens entre tous nos savoirs. Cela nous permet de prendre en compte l'individu dans son ensemble: son corps, sa tête, ses affects...

ENTRETIEN 4

Comment définiriez-vous l'estime de soi ?

Je dirais qu'il n'y a pas dans l'individu une partie neurologique qui désigne l'estime de soi. L'estime de soi n'est pas quelque chose qui existe dans la nature non plus, ce n'est pas quelque chose de palpable. Pour qu'il y ait de l'estime de soi, il faut qu'il y ait un individu dans un environnement. Il faut que l'individu soit dans un rapport avec l'autre et que cet autre lui permette d'avoir une place. On est quelqu'un fait de chair, on est physique mais on a un espace qui peut être plus ou moins grand. L'environnement est essentiel dans l'image que chacun a de lui. L'estime de soi c'est avoir envie de, avoir le plaisir de, être fier de, se sentir reconnu, avoir envie d'adhérer... Un enfant, de par sa nature, naît avec l'envie de grandir. Il est plein de motivation, d'envie. Un enfant jeune, à moins d'être dans une situation qui crée le stress, d'être bridé ou brimé, va tout le temps avoir envie de faire comme les grands. Cette envie, si elle est reconnue, va s'entretenir. Mais si on lui dit : « ne fais pas ça », si on le punit, si on lui dit : « tu vas te faire mal », on va essouffler ses envies. Certains enfants sont brimés par des propos. Je pense que certains propos empêchent l'enfant de faire. Cela peut générer de la violence et de l'agressivité. D'autre part, il y a la violence physique, certains enfants sont maltraités, brusqués, frappés. Tout cela contribue à diminuer cette envie. Après, l'estime de soi peut disparaître, se retourner et se transformer en agressivité jusqu'à l'opposition. C'est un enfant qui ne veut plus, qui dit « non » systématiquement. Cela peut se manifester chez un enfant qui est fatigué, il se recroqueville ou ne mange pas. L'estime de soi c'est être bien, c'est se porter bien. Chez les enfants accueillis qui ont des troubles du langage, on travaille d'abord sur l'estime de soi. Lorsque nous avons créé le service pour les enfants ayant des troubles du langage, nous avons évoqué beaucoup ce problème, avant même de parler de méthode de lecture ou autre. Les premiers enfants qui sont venus ici, c'était uniquement pour cet objectif, pour se ressourcer, parce qu'ils étaient comme 'dégonflés'. Face à nos remarques encourageantes et valorisantes, ils se sont redressés. L'estime de soi, c'est soi mais c'est aussi le regard de l'autre.» Les verbo tonalistes portaient de ce principe. Pour exister un enfant a besoin d'être reconnu.

Vous êtes-vous penchée sur cette notion, au cours de quelles formations ?

Ce n'est pas forcément dans le cadre professionnel qu'on aborde cette notion. J'ai fait beaucoup de formations autour du travail sur soi, sur la danse que j'ai pratiqué pendant de nombreuses années, et également des formations sur la voix. J'ai fait de la kinésiologie aussi. Les verbo tonalistes m'ont tout enseigné. L'humanisme est essentiel. La matière première c'est le contact et nous n'avons pas besoin forcément de beaucoup de matériel, de jeux.

Avez-vous déjà rencontré des patients dont l'estime de soi était altérée ? Et quelles en étaient les manifestations, les signes ?

Je pense que la fatigue et le physique montrent qu'un enfant n'est pas motivé. Pas d'envie, pas d'entrain. Alors il suffit quelquefois d'une bonne parole, d'une bonne personne et ça repart ; un petit mot, un sourire peuvent suffire. Très souvent nous nous se polluons par des non dits. Il est très important de laisser l'enfant s'exprimer. Une femme yougoslave qui m'a formé à la méthode verbo-tonale m'a dit un jour : « Vous, les Français, quand vous voulez enseigner quelque chose à un enfant, tout de suite vous vérifiez s'il a emmagasiné l'information. Mais quand vous plantez une plante est-ce que tous les jours vous allez vérifier si elle est en train de pousser ? »

Est-ce qu'il y aurait des causes qui expliqueraient une mésestime de soi ?

Une mauvaise réponse de l'environnement. Il n'y a pas de cause unique ; c'est un contexte, un ensemble d'éléments.

Est-ce que les parents vous parlent de ces difficultés ?

Non les parents parlent de leur enfant avec le constat qu'ils ont des difficultés dans l'éducation de leur enfant. Ils se placent rarement dans la position de l'enfant. Ils parlent de leurs propres difficultés : « je n'arrive pas à », « je voudrais que » et confient leur crainte pour l'avenir, plutôt que de dire « je pense que mon enfant ne va pas bien ». Il est important de dire aux parents que leur enfant ne fait pas exprès de ne pas bien se porter ces temps-ci. Il y a sûrement quelque chose dans son environnement, dans l'organisation de sa vie qui font qu'il est comme ça. Il faut savoir dire aux parents : « votre façon d'être avec votre enfant l'opprime, l'opprime. ». Les parents ne disent pas : « mon enfant ne va pas bien », ils disent : « c'est dur, je n'y arrive pas avec mon enfant ».

C'est très difficile quand on est un parent de réaliser que son enfant n'est pas à soi, que c'est une personne à part entière. Le parent pense souvent que c'est lui qui a toute autorité, que c'est lui qui sait, qui doit. C'est une espèce d'appropriation de l'enfant et cela peut se retourner contre lui.

Est-ce qu'il y aurait un lien entre le comportement des parents et l'estime de l'enfant ?

Oui sûrement puisque tout est lié au contexte, à l'environnement. Tout est relation. Je dirais qu'un enfant va toujours être dans l'opposition du comportement de ses parents, de génération en génération. Les parents voudraient avoir leur enfant à leur image. Mais ce n'est pas le cas. Par exemple les parents très cool vont avoir un enfant très ordonné, qui a besoin d'horaires... c'est étonnant d'ailleurs ! L'enfant imite, mais après adopte assez souvent un comportement inverse à celui de ses parents. D'où l'intérêt que les enfants puissent vivre avec d'autres personnes. Pour cela il faudrait que les parents acceptent l'autorité d'autres adultes comme étant bonne pour leur enfant. Ce devrait être la priorité, dans l'école des parents, de dire : « mettez votre enfant en situation de passer des séjours dans d'autres familles, avec d'autres enfants, d'autres rythmes. ». C'est ce que l'on peut observer dans les écoles quand les parents s'opposent aux dires de l'instituteur. L'enfant n'accorde plus de crédit à son professeur. Les enfants sentent que les adultes sont fragiles et c'est très insécurisant pour eux. Les enfants ont besoin d'une structure, besoin d'être contenus. Il y a toute la polémique autour de Françoise Dolto qui aurait parlé de l'enfant-roi. Mais ce n'est pas cela qu'elle a dit. Elle parlait de l'enfant qui est écouté, qu'on aime et qu'on encadre. Ses théories ont été détournées. Aujourd'hui les parents ne s'adaptent plus au rythme de leur enfant. On peut voir des jeunes parents qui entraînent leur enfant partout. Ils ne pensent pas qu'un bébé n'est pas terminé et qu'il ne faut pas l'exposer partout, au chaud, au froid, au bruit. L'enfant est soumis à toutes sortes de traumatismes. L'être humain est un tout, considéré dans un environnement et cet environnement fait tout. C'est ce qui est développé chez les Anglo saxons concernant le handicap : l'empowerment. La personne handicapée naît avec quelque chose qui dysfonctionne mais ensuite le handicap est accentué par l'environnement qui ne l'intègre pas avec ses dysfonctionnements. Cela pourrait signifier que ce n'est pas l'individu qui a un handicap ; c'est plutôt l'environnement qui réduit ou agrandit le handicap suivant son adaptation ou pas. C'est une perception révolutionnaire.

Dans votre pratique professionnelle, y a-t-il des situations où vous vous êtes sentie en difficulté face à un enfant mal dans sa peau ? Est-ce que ça a mis votre travail en péril ?

Oui ça questionne beaucoup. Je me souviens d'une petite fille qui faisait beaucoup de colères. Les parents me l'avaient confiée. Cette petite fille était toujours à cran. Alors il faut beaucoup chercher dans notre métier. Effectivement parfois on sort de l'orthophonie académique. Il m'est arrivé de longtemps dessiner avec cette enfant, de jouer à la poupée, de faire des jeux. Ce qui est important c'est d'avoir l'approbation des parents. Dans ce cas ils m'avaient dit : « vous êtes spécialiste, alors vous faites ! » Les parents doivent s'en remettre au professionnel avec confiance. Mme Borel Maissonny disait qu'une orthophoniste est à la fois assistance sociale, psychologue, pédagogue, rééducatrice, maman. Du fait que l'on travaille sur la langue, on touche à tout : à l'affect, à la construction de la personnalité, à la cognition...

Est-ce que face à des enfants mal dans leur peau, vous vous êtes retrouvée dans des situations qui vous rappelaient votre propre histoire ?

Oui tout à fait. Je pense que l'expérience fait la connaissance. Il est plus facile de se mettre à la place du patient, si on a vécu une histoire semblable. Quand on est thérapeute il faut soit avoir appris quelque part, soit avoir vécu. Mais ce qu'on a vécu est toujours plus fort que ce qu'on lit dans les livres. L'enfant doit être libre de dire ou de ne pas dire. Et on ne doit pas penser que l'on sait ce qui est bon pour l'enfant.

Est-ce que la prise en charge orthophonique peut être entravée par le fait que l'enfant ait une trop faible estime de soi ?

Je ne suis pas tout à fait d'accord avec la façon dont on parle du travail orthophonique. Ce n'est pas du travail. L'orthophonie c'est avant tout de la relation, de la compréhension, de l'adhésion. Le mot « séance » d'orthophonie me dérange d'ailleurs un peu. Beaucoup de rééducations ne peuvent pas se quantifier en un nombre précis de séances. Je suis un peu mal à l'aise sur l'idée que l'extérieur se fait sur l'orthophonie : ce côté un peu magique qui répare. A la fois ça répare, mais si on dit que ça répare, c'est au-delà du symptôme de l'enfant qui ne parle pas bien. On touche à son affectivité, son émotivité, et sa famille également. En effet, si la famille fait une demande, c'est qu'elle fait un constat, qu'elle est en échec. Donc il est essentiel de restaurer la confiance dans la famille aussi.

Quelle place a la technique face à un enfant qui manque de confiance, et qu'est-ce qu'elle peut apporter ?

La technique, il faut en avoir beaucoup, et il faut surtout l'oublier. Je parlerai plus de remédiations plutôt que de techniques car le terme est assez enfermant. Ce sont plutôt des modes d'approches, des façons d'être. La technique, ça fait un peu « réparation »

Dans le cadre de la séance, comment valoriser un enfant ?

En le gratifiant et en pointant ce pourquoi il est là en expliquant : « Ça tu ne sais pas faire, tu aimerais bien, et bien on va apprendre ensemble ». Il faut que chaque chose faite soit inscrite dans une logique. Il faut que l'adulte

sache à quoi sert ce qui est fait en rééducation. Le rendement qui s'impose à nous quand on travaille en libéral est épuisant. Du coup on ne peut plus être créatif et l'efficacité peut s'en ressentir.

Est-ce que vous avez déjà ressenti le besoin de vous former davantage ?

Je n'ai pas arrêté de faire des formations, d'assister à des conférences. L'analyse de situation par un psychiatre lors des formations PRL et de la méthode des associations m'a beaucoup aidée. J'ai pu ainsi de poser les choses, exprimer mes difficultés. La formation est indispensable. La formation à la méthode verbotonale m'a également beaucoup apporté. Ce qui me plaisait, c'était de travailler en mouvement avec les enfants. J'ai appris le rythme corporel. Dans le mouvement, les enfants peuvent produire du son et prendre du plaisir. J'ai développé ensuite le graphisme phonétique avec Mr Gladic.

Est-ce que vous ressentez le besoin de prendre de la distance ?

La distance... oui, je fais du sport, du vélo, de la course à pied. Effectivement face à un enfant qui s'oppose, on perd vite patience. On se demande pourquoi ça ne va pas, pourquoi il résiste. Il faut faire des choses bonnes pour soi pour ensuite se sentir bien, être plus naturel.

Trouvez-vous beaucoup de ressources dans la formation universitaire ?

Sur l'enseignement anatomique autour de la surdité, physique, physiologique. Mais concernant l'enfant sourd la formation était pauvre. L'enseignement présentait l'enfant sourd comme un enfant coléreux, opposant. L'enfant sourd était présenté comme un enfant à qui il manque quelque chose et qu'il fallait rééduquer. On ne parlait pas de l'importance des sens. On percevait la surdité du côté du manque. Je n'ai pas appris beaucoup de choses sur l'enfant sourd. Le but était de le faire entendre en mettant des prothèses et après lui apprendre à parler, à dire des mots. L'articulation était prioritaire, on mettait des guide-langues dans la bouche ! C'était quelque chose d'assez intrusif. Notre formation ne valorisait pas le côté plaisir pour apprendre à parler. Mais c'était dans une optique volontaire. L'éducation des enfants était vue comme une instruction mais le plaisir, on n'en parlait pas. C'était très directif.

Qu'est ce que vous pensez du travail en équipe ?

Je n'ai jamais travaillé en libéral. Ma hantise était de travailler seule. Réfléchir ensemble autour d'un enfant permet de trouver des solutions. Mais cela nécessite un climat de confiance, sans compétition. Il faut oser dire quand on est en échec.

ENTRETIEN 5

Comment définiriez-vous l'estime de soi ?

L'estime de soi est quelque chose d'immatériel donc pas facile à définir. C'est une notion très subjective. En me demandant ce qu'était l'estime de soi je me suis posé la question de savoir en quoi c'était différent de la confiance en soi. Je dirais que c'est le regard qu'on a sur soi et sur ce qu'on fait et si ça nous semble correct ou incorrect. L'estime de soi est la vision qu'on a de soi.

Est-ce que vous avez déjà rencontré des enfants dont l'estime de soi vous semblait altérée ?

Je dirais que cela concerne presque tous les patients. En effet, ils viennent là pour des difficultés, et dans ce lieu, on va appuyer sur des choses qui sont douloureuses et qui les renvoient à une image dégradée d'eux-mêmes dans le milieu scolaire ou dans la relation avec leurs parents. Je dirais donc que d'une manière assez transversale c'est quelque chose qu'on rencontre chez beaucoup de patients. Peut être pas chez tous mais tout dépend de la définition qu'on donne de l'estime de soi. C'est quelque chose qui n'est pas visible, c'est difficile à jauger. Chez certains cela est évident. En tout cas, je pense que l'estime de soi est altérée chez beaucoup de patients.

Comment repérez-vous les signes ?

Oui il y a des signes évidents. Le plus flagrant est l'enfant qui s'effondre. Heureusement ça arrive rarement. Une fois, avec un patient, je n'ai pas dû être assez réconfortant, entourant, rassurant et là l'enfant c'est effondré. Dans cette situation le fait que quelque chose est abîmé dans l'estime est assez flagrant. Et dans ma manière d'être, j'ai dû rappeler ça ou bien l'accentuer, j'ai réveillé quelque chose de douloureux.

Il y a des signes qui sont sans doute moins visibles. Je pense à toutes les stratégies d'évitement, de fuite, de provocation, les échappées. Quand l'enfant dit « non je ne veux plus faire ça », qu'il fait tout tomber par terre, « il faut que j'aïlle voir maman ». En fait, il s'agit de tous les signes qui montrent que l'enfant se sent en danger. La situation le renvoie à une vision de lui-même qui est dégradée. Je pense aussi aux enfants qui ont tendance à remplir. Ils viennent travailler quelque chose de difficile, quelque chose avec laquelle ils sont en bute une grande partie de la journée. Pour attirer l'attention sur autre chose, pour faire porter le regard du thérapeute sur autre chose, ils vont avoir tendance à brasser énormément. Par exemple « je sais faire ça, j'ai eu ça... » et dès qu'on essaie de remédier à leur incompétence, ils vont repartir sur autre chose. A l'inverse, d'autres enfants vont être dans l'effacement, dans le repli. Souvent ça peut être des enfants très passifs, des enfants qui ne font pas de bruit. Ce sont des enfants qu'il faut aller réveiller en les rassurant justement, en leur disant : « je porte un regard sur toi positif, pas que sur tes capacités sur lesquelles tu as du mal, mais sur toi, ce que tu es vraiment ». Du coup ils vont se réveiller, se réanimer un petit peu.

A propos des causes, y a-t-il des causes identifiables d'une faible estime de soi ?

Quelque chose semble revenir très souvent. J'ai quand même l'impression que beaucoup d'enfants ont une estime de soi dégradée en lien avec la question des idéaux archaïques grandioses, c'est-à-dire la projection que les parents peuvent avoir du devenir de leur enfant. Souvent, je ressens qu'il y a une charge qui pèse sur lui. Cela peut se traduire par une anxiété de la mère « il n'arrive pas à faire ça ». Je pense aux parents qui finalement attendent qu'on pose un diagnostic un peu lourd. Ils se disent : « finalement, il est vraiment malade c'est grave. » il y a cette demande qui répondrait à leur anxiété. Mais ils ont surtout envie qu'on leur réponde non, même si la question vient se poser comme ça. Ça peut être aussi beaucoup d'exigence, il faut que l'enfant réussisse, il faut qu'il y arrive. J'ai l'impression que quelque chose vient peser sur les épaules de l'enfant. Du coup, l'enfant se regarde en se disant qu'il n'est pas à la hauteur de l'attente, qu'il ne correspond pas à l'idéal de ce qu'il devrait être.

Existe-t-il d'autres causes ?

Il y a souvent un grand frère ou une grande sœur qui réussit particulièrement bien, qui vient renvoyer à l'enfant ce que lui n'est pas. Ça crée un cercle vicieux de comportements, de relations au sein de la famille, très compliqué à dénouer.

Par rapport aux parents, est-ce qu'ils peuvent parler des difficultés de cet ordre chez leur enfant ?

Ils en parlent rarement en ces termes-là. C'est déjà rare les parents qui disent « il n'a pas confiance en lui » alors que c'est souvent très flagrant. Mais peut-être que justement, venir soulever cette question, comme l'estime de soi passe beaucoup par le regard des parents, par l'idéal donné par les parents, ça voudrait dire : « l'attente que j'ai de mon enfant n'est pas en adéquation avec ce qu'il est réellement donc je suis en faute. Je suis responsable et fautif de cette mésestime de soi. » Peut-être que c'est pour ça que la question ne se soulève pas, ne s'aborde pas facilement. Ça arrive quand même que des parents disent que leur enfant manque de confiance, mais sur des choses très ponctuelles. Par exemple, « dès qu'il s'agit d'écrire, il n'a pas confiance en lui » mais ça va être très

réduit alors que souvent il y a un comportement plus général qui vient décrire un regard abîmé de l'enfant sur lui-même.

Y a-t-il un lien entre le comportement des parents et l'estime que l'enfant se porte ?

J'ai l'impression oui. Mais il y a quand même des choses qu'on ne voit pas. On sait peu de choses des relations entre un enfant et ses parents. On voit ce qu'ils veulent bien en laisser paraître, ce qu'on arrive nous à repérer. Mais ce qui se passe à la maison, c'est difficile. Il y a souvent des déséquilibres. Chez beaucoup de patients, il y a une grande attente de réussite scolaire et quelque chose de lourd sur l'enfant dans le regard des parents sur ses échecs et en même temps un grand laxisme au niveau éducatif. C'est un enfant à qui on va reprocher de ne pas du tout réussir à l'école et dont on va accepter des comportements atypiques ou anormaux. Peut être des enfants qui vont manquer de cadre au niveau de l'éducation. Il faut noter qu'il y a un poids social, conjoncturel « il faut réussir scolairement, il faut avoir un bon travail pour ne pas rater sa vie, et... » Du coup, ce sont des enfants à qui on n'a pas trop donné de cadre, un cadre suffisant pour que l'enfant puisse apprécier ses propres réussites. Or, tout d'un coup, on vient lui mettre la pression en disant, « dans ce domaine il faut que tu réussisses ». Ça peut être des enfants déséquilibrés.

Dans le cadre de votre pratique, est-ce qu'il y a eu des situations où vous vous êtes sentis en difficulté ?

Oui ça m'est arrivé, notamment face aux enfants qui s'effondrent. Je me suis dit : « qu'est-ce que j'ai raté ? J'ai agi de manière contre-productive. » Mais bon, ça c'est bien rétabli car il y avait entre moi et l'enfant une bonne relation de confiance.

Quelle est votre manière de régir face à un enfant qui s'effondre ?

D'abord par la parole, les mots. Sans chercher à être gentil mais en appuyant sur le positif. Il arrive souvent qu'on se rende compte qu'on a demandé quelque chose de trop difficile à l'enfant. Du coup ça vient « endolorir ». Dans ces cas-là, il faut savoir faire machine arrière et dire « Oulala, je me suis trompé, je t'ai demandé quelque chose de trop difficile, on va faire autrement » et aller vite chercher quelque chose dans lequel on sait que l'enfant va trouver ses marques facilement et qu'il va pouvoir regagner une certaine confiance en lui. Mais également par le sourire, l'humour, on est là aussi pour dédramatiser. On vient « ré-envelopper » je dirais.

Est-ce qu'un enfant qui montre devant nous des signes de malaise fait écho à notre propre histoire et à des moments difficiles que nous avons vécus ?

Oui certainement. Je trouve que ça pose la question de l'empathie. Avoir eu une enfance difficile au niveau de la confiance, être timide et mal dans sa peau est une chance pour mieux comprendre les enfants. Ça permet de mieux sentir les difficultés chez l'autre. Je pense aux plus grands et aux collégiens notamment. Il peut m'arriver de dire quelque chose de manière évasive, de ma propre histoire à l'enfant, du type « Pour moi non plus ça n'était pas simple ». Cela me permet d'être plus près des sentiments de l'enfant, même s'il faut bien sûr garder de la distance. Ce n'est pas rien d'être mauvais élève, c'est quelque chose de lourd. Et certains adolescents fuient l'école : « Tout plutôt que de me trouver encore dans cette situation où je me vois comme un raté ».

Est-ce que ces situations provoquent chez le thérapeute des réactions surprenantes ?

En libéral, il ne m'est jamais arrivé d'être désemparé à ce point-là. Avec les enfants IMC c'est différent et plus difficile. Ça renvoie au handicap, c'est lourd. On est confronté à l'idée qu'on ne pourra jamais réparer. Dans ces cas-là, on travaille avec un enfant très en difficulté et on attend de lui qu'il y arrive, il faut qu'il arrive à parler, à articuler, à sonoriser... je pense au cas d'une enfant que je suivais pour qu'elle apprenne à lire. A chaque fois que je la voyais je venais remettre le couvert sur le fait qu'elle n'y arrivait pas. Quelle que soit l'activité, chaque fois qu'on venait parler de lettres et de sons je venais dire : « tu es nulle tu n'y arrives pas » ; en tout cas, ça pouvait être interprété comme ça. Et ça, c'est désemparant. On se dit : « mais qu'est-ce que je fais ? Je suis en train de faire du mal. Qu'en est-il du travail que je fais, ce pourquoi je suis là ? Le temps qui est réservé entre cet enfant et moi est-ce que ça n'est pas du gâchis et même est-ce que ça n'est pas dangereux ? » On peut en arriver à ces questions-là quand on voit les résistances que ça provoque chez un enfant. Mais comme quoi rien n'est jamais perdu, j'ai appris plus tard que cette enfant avance. Donc il ne faut pas lâcher prise même si parfois on a envie de laisser tomber, en se disant : « c'est trop dur, ça renvoie à trop de choses négatives ». Chez les personnes handicapées, c'est encore plus dur car on ne peut pas se référer à une norme. On ne sait pas où on le tire et peut-être qu'on le tire alors qu'il ne peut pas aller plus loin.

Est-ce que vous pensez que nos attentes peuvent être démesurées ?

Certainement, enfin démesurées j'espère que non mais trop élevées oui ça arrive très souvent. Justement c'est là où il faut être vigilant. Moi je sais que je ne prépare pas du tout mes séances. Maintenant c'est quelque chose que j'assume, je suis bien là-dedans, dans une espèce d'improvisation. Ce n'est pas complètement de l'improvisation car à chaque fin de séance je marque les activités qu'on pourrait faire la fois suivante. C'est en fonction de ce

que l'enfant va m'apporter que je propose des activités. Ça permet de ne pas être pris au piège de l'activité préparée. Si je sens que c'est trop dur, je n'hésite pas à revenir en arrière, si c'est trop facile je vais compliquer. Pour être juste et pour ne pas abîmer le regard que l'enfant porte sur lui, il faut réajuster en permanence.

Dernièrement, un enfant m'a dit : « je ne voulais plus aller voir d'orthophoniste car la dernière était méchante » et je me suis demandé comment un enfant pouvait arriver à se dire que son orthophoniste était méchante ? C'est une catastrophe. Ça voudrait dire qu'on viendrait encore abîmer l'estime de soi alors que c'est tout l'inverse qu'on cherche à faire.

Est-ce que certaines situations vous ont amené à vous poser certaines questions, à approfondir votre réflexion ?

Oui tout le travail avec les personnes handicapées m'a amené à me poser beaucoup de questions dont je n'ai pas encore les réponses d'ailleurs. En libéral, les questions se situent plutôt autour de l'avancement ou du non-avancement de certaines rééducations. Parfois, je suis embêté car je me dis qu'il faudrait que j'arrive à agir sur les relations entre une mère et son enfant. Agir sans être intrusif ni psychologisant. Ma question est : « comment je pourrais venir aider cette relation que je sens pathologique et qui enferme l'enfant dans quelque chose de négatif pour lui, pour son estime ? » Mais souvent, je n'arrive pas bien à comprendre ce qui se joue, ce n'est souvent pas clair. On sent bien que quelque chose ne va pas mais on ne voit pas sur quels points on peut agir, quels leviers on peut utiliser ? Il faut surtout éviter de se poser en moralisateur, donneur de leçon. J'ai la chance d'être parent donc de savoir ce qui peut être douloureux à entendre.

Est-ce que le travail orthophonique peut être entravé chez un enfant qui se mésestime ?

Je dirais même que tant que c'est le cas, on ne peut pas travailler. Le premier travail va passer par là. Je vais prendre l'exemple du langage écrit avec des enfants de CP ou CE1 qui ne rentrent pas du tout dans la lecture ou l'écriture. Dès qu'on leur propose une activité de langage écrit, ils vont être dans la fuite car c'est difficile, douloureux. Plutôt que d'insister et quitte à être en porte-à-faux face à l'attente des parents, il y a pour moi tout un travail qui peut prendre 1, 3, 10 séances... où on ne va travailler que sur l'image. On va travailler à renarcissiser, redonner du plaisir à l'enfant en étant confronté à quelque chose de difficile, ne pas avoir peur de chuter. Ce travail peut passer par diverses activités. Une fois que cette période est passée, on peut commencer à travailler directement le langage écrit car quelque chose est dépassé. Je sens que l'enfant est prêt et que ça ne l'abîme plus. C'est quand il y a l'adhésion de l'enfant qu'on avance vraiment. Ce qui est difficile pendant ce laps de temps c'est de tenir les parents à distance du travail. Il faut avoir un discours rassurant envers les parents qui permet la mise à distance. L'estime de soi c'est faire que l'enfant soit réconcilié avec l'apprentissage.

Du coup ces séances sont pour vous le moyen de revaloriser l'enfant et de lui redonner confiance en lui ou alors plutôt une période où il prend confiance en vous, son thérapeute ?

Oui on est à la base. La question de la confiance se joue dès l'anamnèse et peut se prolonger au cours des premières séances. Cette relation : « j'apprends à te connaître, tu apprends à me connaître » permet de créer une relation de confiance. J'ai réalisé mon sujet de mémoire sur l'anamnèse et c'était un peu la conclusion du mémoire, à savoir que l'anamnèse permet d'apprendre à se connaître et à prendre confiance. Or, la confiance est le préalable à tout travail thérapeutique. C'est parce que l'enfant est en confiance qu'il va oser faire des choses plus difficiles en se disant : « je ne risque rien, je ne me mets pas en danger ».

Est-ce que vous pensez que l'école peut entraver le travail fait en orthophonie ?

Nous, nous sommes là pour entraver un travail négatif qui se fait à l'école ou à la maison au moment des devoirs, pour venir enrayer des mécanismes de dévaluation. On essaie de casser les cercles vicieux qui font que l'enfant est en échec et que par son échec il se mette encore plus en échec. On est là pour dire que ça peut se passer autrement à l'école, à la maison... Je pense que si l'enfant a une mauvaise estime de lui à l'école, c'est la faute du contexte scolaire qui est particulièrement difficile pour les enfants en difficultés.

On a de la chance d'être dans une relation duelle avec une grande liberté. Je crois que le mot liberté est un mot clé. Une thérapie de langage d'un enfant est réussie parce qu'il y a cette liberté-là.

Est-ce qu'une demi-heure par semaine peut suffire ?

Cela peut rejoindre le travail en psychothérapie qui peut durer 30, 45 ou seulement 10 min chez certains lacaniens. Ça peut être une fois par semaine, une fois par mois... mais le travail se fait entre les deux séances. Parce que justement, on a dit à l'enfant : « tu peux passer au delà de cette difficulté-là de telle manière » ou même « si tu n'y arrives pas ce n'est pas grave, ça ne t'empêche pas de comprendre ». Le travail se fait à l'école. Si on arrive à faire des bonnes choses en séance, l'enfant réussit à transposer. C'est d'ailleurs là que le travail se fait vraiment. Nous sommes des guides. C'est vrai que parfois, en 30 minutes, on a le temps de ne traiter qu'une chose. Notre travail est réussi si c'est resté, c'est-à-dire si le travail a continué après. Sinon on n'a pas fait mieux que l'école. Je vais prendre l'exemple des tables de multiplication: parfois en cinq minutes on va réussir à faire

comprendre à l'enfant comment apprendre une table. Il n'y a pas de recette miracle mais il faut savoir dire à l'enfant la chose qu'il avait besoin d'entendre. Le but n'est pas de lui apprendre toutes les tables mais de lui montrer qu'il peut apprendre toutes les tables. C'est un peu apprendre à apprendre.

Et au sujet de la technique ?

Qu'est ce que vous entendez par technique, le support de l'activité ? Ou la technique rééducative ?

Dans cette question, on a voulu distinguer certains types de pratiques orthophoniques. Des méthodes très cadrées ou plutôt un travail qui se développe exclusivement par la relation en tenant compte de ce que l'enfant amène dans la séance à ce moment précis ?

La technique est là surtout pour donner confiance à l'orthophoniste. Si le thérapeute est bien dans ce qu'il propose, l'enfant sera confiant. Au début de la pratique, on se pose tout le temps la question de savoir quel regard porte le patient sur l'activité qu'on lui propose. Et c'est d'ailleurs une question pesante car elle vient freiner et inhiber. Il faut savoir ce qu'on fait de la technique. Moi je suis à l'aise avec la technique quand je sais pourquoi je l'utilise et pas en pensant qu'elle me sert d'alibi. Dans ces cas là, les patients ressentent notre malaise et ne sont pas bien non plus. Du moment que la technique rassure et me donne un cadre thérapeutique, elle est la bienvenue. La technique est un moyen, de même que le relationnel mais qui est sûrement plus difficile à maîtriser.

Quelles sont les spécificités de l'orthophonie ?

Le jeu. Une grosse partie de mon activité passe par le jeu. Et à travers le jeu on voit ce qui se joue de l'estime de soi pour l'enfant. A quelle place l'enfant se met ? Comment l'enfant accepte-il la règle du jeu ? Les enfants qui refusent la règle du jeu ont besoin d'imposer leurs règles pour ne pas se sentir en danger. Il en est de même face à des enfants qui n'acceptent pas de perdre. Pour ma part, je ne triche jamais avec un enfant, je ne fais pas exprès de perdre ou de gagner. Ne pas tricher lui permet aussi d'apprendre à être en échec. L'apprentissage passe par l'échec donc il faut que l'enfant soit confronté à la question de l'échec. Et dans ce cas, l'estime de soi est importante pour accepter les échecs. L'anamnèse est également une spécificité. Quand je parle d'anamnèse je pense à tout entretien avec les parents, tout entretien avec les enseignants. Tous les temps d'échange qui nous permettent de savoir tout ce qui se joue en dehors des séances.

Est-ce que vous avez déjà ressenti le besoin de vous former davantage ?

J'ai fait partie de groupe d'analyse de la pratique, et cette question revenait souvent, comment procède-t-on face à des enfants qui se voient « tout ratés » ? C'était très bénéfique de réfléchir ensemble.

Lors de ces groupes, avez-vous trouvé des réponses à vos questions ?

Il y a eu beaucoup de questions. Ces séances étaient supervisées par quelqu'un. Cette personne donnait peu de réponses mais permettait de voir que les questions étaient partagées, légitimes, et qu'elles n'avaient pas forcément de réponses. Ce qui est important c'est de prendre du recul face à ces questions pour ne pas se laisser « embringer » dans ces problématiques-là. Cette prise de distance permet de se préserver soi, pour mieux aider les enfants et leurs parents.

Que pensez-vous du travail d'équipe ?

Il est très important quand il se passe bien, qu'il n'y a pas de relations de pouvoir qui viennent perturber les relations entre les gens. Au sein d'une équipe, quand la parole circule bien, c'est très aidant.

Est-ce que vous avez trouvé beaucoup de ressources dans la formation universitaire ?

En dehors de certains cours, pas tellement. Un professeur que nous avions faisait un cours sur la PRL. J'étais en stage avec lui et c'est vrai que si j'ai aujourd'hui cette liberté thérapeutique, c'est grâce à lui. Il m'a permis de faire sauter toutes mes inhibitions. Il trouvait toujours le mot juste pour s'adresser à l'enfant, parfois même en lui renvoyant simplement une question. Face aux parents, c'est également très efficace de leur renvoyer certaines questions qu'ils nous posent. En renvoyant la parole, on déclenche une mise au travail. Mais il faut savoir comment bien renvoyer la question. Il faut que la question posée soit juste et à propos. En dehors de ces enseignements-là, j'ai eu peu de ressources. Mais en même temps, comment enseigner cette notion ? Je pense que c'est une espèce d'imprégnation.

L'estime de soi est elle une notion intimement personnelle ou se fonde-t-elle dans le regard de l'autre ?

Dans le cas des enfants, cette notion est en construction. La grille de valeurs, du bon et du mauvais, est en construction. Donc je pense qu'on peut intervenir. On peut également relativiser ces valeurs-là. Je pense à un enfant bègue, qui ne voulait pas tirer la langue lors d'une séance où on faisait des grimaces. Il me disait : « je n'ai pas le droit de tirer la langue ». La question était : « qu'est ce qui se passe si il tire la langue, quelle image de

lui va-t-il avoir ? » Je pense qu'on peut intervenir en disant : « Moi tu vois je tire la langue, est-ce que tu me trouves moins bien ? Est-ce que tu penses que je suis nul ? ». Mais peut-être est-ce plus complexe...

ENTRETIEN 6

Auriez-vous une définition de l'estime de soi ? Comment percevez-vous cette notion ?

Non, ce sont des choses qu'on sent, au coup par coup chez les patients. Certaines fois, c'est une estime de soi qui est au grand désarroi. D'autres fois, elle est plutôt bien conservée mais je n'ai pas de définition propre.

Vous êtes-vous déjà penchée sur cette notion au cours de formations? Est-ce que cela vous a déjà interrogé au cours de votre pratique professionnelle ?

Je crois que c'est notre pratique au quotidien, c'est-à-dire que, enfin en tout cas pour moi, dans le bégaiement, je vois des patients, enfants, ados, adultes, qui sont détruits à ce niveau-là. Le bégaiement les a très sérieusement...j'allais dire chamboulés... mais c'est pire que ça. Donc, effectivement, au quotidien, on agit sur l'idée qu'ils ont d'eux-mêmes.

Quand vous dites qu'on s'en préoccupe au quotidien, est-ce que c'est en ces termes précisément qu'on travaille sur l'estime de soi des patients ?

Non, c'est un tout. C'est restaurer l'image que le patient peut avoir de lui à travers plein de choses mais en tout cas, pour le cas du bégaiement, le patient est très souvent dans un jugement très négatif, assez péjoratif de son savoir-faire, du résultat de sa parole alors que, si ça se trouve, il est parfaitement audible et intelligible pour les autres mais lui se voit comme quelqu'un d'insupportable, de besogneux, de laborieux alors que ce n'est pas si grave. En terme de formation, je pense qu'il s'agit de tout un travail au long cours, que ce soit avec Chapireau, Catherine Otto, Agnès Beau, évidemment mes maîtres comme Pfauwadel, Simon, Le Huche. C'est un travail continu bien sûr.

J'imagine que vous rencontrez donc des enfants dont l'estime de soi est altérée. Pourriez-vous nous donner des signes, des manifestations qui suggèrent cela ?

Oui, j'observe fréquemment une construction de phrases typiques telles que « *j'sais pas* », « *j'sais plus* », des conduites d'abandon où l'enfant ne se donne même pas la peine de répondre, il abandonne avant d'avoir commencé en étant convaincu qu'il n'y arrivera pas. Ensuite, beaucoup de choses sont traduites dans le regard. Quelquefois, on a des signes évocateurs plus profonds aussi, comme des postures qui sont dans la verticalité, la rigidité.

Pensez-vous qu'il y ait des causes qui expliquent cette mésestime de soi chez les patients ?

Oui, classiquement l'enfant se sent en échec il est complètement désolé, dans le cas du bégaiement j'entends, de cette parole qui le trahit, qui n'exprime pas du tout ce qu'il voudrait dire ou comment il voudrait le dire. Il est aussi désolé de voir qu'il ne comble pas ce que ses parents attendaient de lui, il y a un inconfort qui se creuse comme ça. C'est là que l'estime de soi commence à se fissurer. Je crois que ça commence bien sûr par quelque chose qui étonne tout le monde, et qui fait du chagrin. De plus, l'enfant bègue est vite considéré, non pas par ses parents qui le connaissent bien, mais par l'entourage comme un enfant qui a un « pète au casque ». Ça va vite.

Les parents repèrent-ils des difficultés de cet ordre chez leur enfant ? Est-ce qu'ils parlent en ces termes d'estime de soi ? Ou est-ce qu'ils disent peut-être plus « *mon enfant n'a pas confiance en lui* » ?

Oui, en effet, ils en parlent plutôt de cette manière-là, ils évoquent rarement l'idée d'estime de soi. Les parents en parlent en étant parfois conscients qu'ils devraient épauler plus leur enfant dans ce registre mais parfois, ils ne savent pas comment faire. Au lieu de dire, par exemple, « oui presque », ils diront « non ». Pour « 5 fois 5 », si l'enfant répond « 24 », j'ai tendance à faire savoir aux parents qu'il sera plus judicieux de dire « oui, tu n'en es pas loin ! » plutôt que d'être catégorique en disant « non, ce n'est pas ça ! ». Ce ne sont que de tous petits détails, mais c'est grâce à ces petites choses que les parents peuvent avoir des repères.

Toujours par rapport aux parents, est-ce que vous avez déjà repéré des liens entre le comportement des parents et l'estime de soi réduite chez leur enfant ?

Oui, je crois que ce qu'on retrouve assez régulièrement, c'est que les parents qui sont quelquefois désolés du manque de confiance chez leur enfant, de l'estime de soi fragilisée, n'ont pas non plus une image très valorisée d'eux-mêmes. Souvent, peut-être par manque de modèle, par manque de confiance en eux, en raison de leur éducation ou de leur parcours, ils n'ont pas d'estime positive d'eux-mêmes, donc ils ne peuvent pas transmettre et construire cela chez leurs enfants. C'est même très fréquent.

En tant qu'orthophoniste, peut-on guider les parents dans cette voie? Comment s'y prendre sans être intrusif ou moralisateur ?

On peut donner plein de petits exemples sur le quotidien, en ne remettant pas en cause évidemment leur savoir-faire. On leur dit qu'ils savent faire et qu'ils font certainement déjà, mais parfois en étant sûr qu'ils ne le font pas. Par exemple, au lieu de dire à son fils : « *tu n'as pas encore mis tes pantoufles, combien de fois vais-je devoir te le répéter ?* », on leur propose de dire : « *c'est bien, tu as trouvé tes pantoufles* » parce qu'ils les a dans les mains. C'est beaucoup plus encourageant pour l'enfant. Voici donc des choses que l'on peut instaurer par de toute petites remarques applicables au quotidien. Les parents découvrent parfois la lune à ce moment-là ! Ils prennent conscience de l'impact des mots sur leur enfant. Ce sont des images complètement neuves pour eux car ils réalisent parfois que c'est tout le contraire de ce qu'ils font. Un enfant qui trépigne pour avoir un objet, il faut faire accepter aux parents cette demande, en la notant sur un bout de papier ou en montrant qu'on la prend en compte, ce qui ne veut pas dire qu'on fait un chèque en achetant la nintendo ou le vélo bleu, mais au moins de faire entendre « *oui, cet objet te fait très envie, pour quand est-ce que tu penses qu'on pourrait te l'offrir ?* » et c'est très différent que de dire « *non, ce n'est pas ton anniversaire, tu ne l'auras pas* ». On peut apprendre ainsi de petites réactions idéales à adopter, et eux-mêmes sont souvent ébahis de réaliser que l'idée d'estime de soi passe par de petites remarques simples, qui conforteront l'enfant dans l'image positif qu'il peut avoir de lui.

Dans votre pratique, y a-t-il des situations où vous vous êtes sentie en difficulté face à un enfant qui manifestait un grand malaise ?

Bien sûr, très souvent oui ! Evidemment, quand le bégaiement, persiste et signe, ou bien quand les parents sont trop désarmés et ne peuvent pas aider leur enfant, parce qu'ils ne sont pas disponibles ou bien parce qu'ils sont eux-mêmes dans des souffrances terribles comme des divorces ou des deuils, malheureusement il faut pouvoir y faire face. C'est notre pain quotidien aussi bien sûr.

Avez-vous des façons de réagir face à cela ou c'est plus au cas par cas ?

Je pense que je décris. Je décris autant que possible la détresse, la douleur des parents ou le moment tellement difficile qu'ils traversent en disant « en ce moment, vous n'êtes pas disponibles parce que c'est trop difficile de faire le deuil, par exemple, d'une histoire d'amour qui s'arrête là, vous éprouvez une grande colère vis-à-vis de l'autre, et en ce moment, c'est très dur pour tout le monde ». Il me semble que je verbalise pour dire, pour faire savoir que ce n'est la faute de personne, c'est un moment difficile à passer et c'est normal.

Est-ce que vous pensez, dans ces moments où on se trouve face à un enfant dépourvu de confiance, d'estime, que ça puisse nous ramener à des expériences, un vécu personnel, où on a pu personnellement se sentir en difficulté ou en échec ?

Oui, bien sûr, on ne fait jamais abstraction de nos expériences.

Avez-vous déjà eu des ressentis ou des réactions surprenantes, face à une situation atypique ? Y a-t-il des choses que vous n'aviez plus l'impression de maîtriser ?

Oui, je pense qu'il peut y avoir des moments où l'on se sent déconcerté par des réactions. Je pense aux enfants précoces qui sont toujours où on ne les attend pas et qui mettent facilement notre travail en porte-à-faux. On parle par exemple d'une technique motrice et l'enfant, s'il s'agit de l'air chaud par exemple, va décomposer cela en molécules chimiques, même s'il n'est pas question de ça. Lui intellectualise cela par un processus systématique, alors que j'attends de lui qu'il ressente cet air chaud

Face à un enfant mal dans sa peau, est-ce que cela engendre chez vous un questionnement particulier? Cherchez-vous à creuser au sujet de l'origine de ces difficultés-là chez lui ?

On bosse, on bosse sans relâche. Même à partir d'un enregistrement vidéo de quatre minutes, où tout est lésé, tout est catastrophique, et que le patient est désespérément bégayant, on va tenir compte des trente secondes où c'est fluide et on part de là. On l'aide à retrouver ce qui s'est passé au niveau du confort de son tractus vocal et on le reconforte en disant « *voilà, ça c'est toi aussi, il n'y a pas que le bégaiement dans ta parole* ». On travaille d'arrache-pied pour faire valoir son image positive.

J'imagine qu'en travaillant avec la vidéo, le patient est d'autant plus exposé à son image objective, et non plus subjective ?

Oui, bien sûr, là il n'y a pas photo, c'est un retour de la réalité en boomerang. C'est trop violent, et tout le monde ne le supporte pas. Les adolescents le supportent difficilement par exemple.

Est-ce que cette méthode de travail est préparée ?

Oui, bien sûr ! On explique que ça peut être très douloureux mais que pour savoir comment aider et en venir à bout, il faut d'abord connaître le bégaiement, à savoir comment il est construit et produit. Ainsi, on pourra le défaire.

Le travail orthophonique peut-il être entravé par le fait que l'enfant soit trop inhibé ?

Oui complètement. Notre rôle est à ce moment-là d'accompagner l'enfant vers un thérapeute qui va le soutenir dans la période de réparation. Il arrive effectivement de rencontrer des enfants à prendre avec des pincettes tellement ils sont vulnérables.

Est-ce que vous considérez que la technique en orthophonie a une place considérable au sein du travail envisagé ?

Oui, il s'agira de l'outil X ou Y dans le cas du bégaiement ou autre pathologie d'ailleurs. Plus le thérapeute est sûr de son coup et connaît parfaitement son outil, plus il va à l'essentiel pour soulager un enfant. Dans le cas de la dyslexie, si l'orthophoniste est pertinente et précise dans ce qu'elle fait avec l'enfant, plus on touche vite au but, plus on cible son objectif et plus l'enfant est restauré. C'est-à-dire que si on est dans un gentil bavardage, on reconforte peut-être l'enfant, on le dorlote, mais notre travail n'arrivera pas de cette manière à ses fins. Ce n'est pas notre rôle. Heureusement d'ailleurs, on a des formations tout au long de notre carrière qui nous remettent au parfum, qui nous font réfléchir, remettre en cause nos acquis. C'est un beau métier pour ça.

Dans le cadre de la séance, y a-t-il des moyens de valoriser l'enfant ?

Il faut le faire tout le temps, encore et toujours. Si on ne sait pas faire ça, il faut changer de métier. Par exemple, on dit « les oiseaux chantent », l'enfant l'écrit « les oiseaux chantes », et bien on valorise le 's' parce que chapeau ! L'analyse est bonne, le processus d'analyse est enclenché. Pour ça, on le félicite plutôt que de faire remarquer l'erreur, la faute.

Quelles sont les spécificités du travail en orthophonie qui permettent de repérer tous ces signes d'une altération de l'estime de soi ?

C'est déjà la relation duelle. Ensuite, c'est la relation triangulaire avec la famille, l'école, quand on parvient à l'instaurer. Aujourd'hui, c'est beaucoup moins difficile d'établir ce type de relation. Je me rappelle mes premières années où l'orthophoniste était perçue comme un intervenant rustre, qui débarquait avec ses jumelles pour faire concurrence à l'école. Heureusement, c'est très différent maintenant, et on a la chance d'avoir les parents « dans notre poche ». On peut ainsi les aider à faire un travail gigantesque à la maison, qui s'installe dans la continuité de ce qui est mis en place en séance. C'est ce que Anne-Marie Simon appelle « le changement de regard », c'est-à-dire qu'un enfant peut être vu par d'autres yeux par ses parents.

Concernant les formations, avez-vous déjà ressenti le besoin de vous former davantage ?

Oui, bien sûr, mais je dois dire qu'on le fait naturellement en continu. Dernièrement, j'ai fait un travail avec Sophie Benkemoun, médecin scolaire PMI, qui reprend ce qui se fait au Canada et aux Etats-Unis concernant les travaux de Faber et Mazlish. Benkemoun a donc créé « l'atelier des parents », une association qui fait entendre de manière très différente comment accompagner nos enfants dans le quotidien, pour les problèmes scolaires, pour des problèmes d'autorité, de délinquance. Les thèmes sont variés, et c'est un travail extraordinaire. Il existe de nombreux ouvrages traduits du français canadien, qui sont des mines d'or.

Toujours par rapport à la notion d'estime de soi, pensez-vous qu'il y ait beaucoup de ressources à ce sujet dans la formation universitaire ?

Je peux difficilement juger car ma formation n'a rien à voir avec la formation actuelle en orthophonie. Je me doute que la question sous-entend que c'est insuffisant. En même temps, je ne suis pas sûre que cela puisse être enseigné, vous ferez votre petit bout de chemin, vous apprendrez au fil de votre parcours, avec votre savoir-faire.

Est-ce que vous ressentez le besoin de prendre de la distance face à ces enfants mal dans leur peau ? Quels sont les moyens à votre disposition ?

Prendre de la distance, je ne sais pas si je dirais cela comme ça. Non, je dirais qu'on remonte ses manches un peu plus, on mobilise la famille, on interpelle l'institutrice et on fait corps. C'est un travail physique, au-delà des apparences !

On parlait de « distance » en s'interrogeant s'il pouvait sembler utile de se décaler parfois du cadre orthophonique.

Oui, on le fait par le biais de groupe de travail. Bien sûr, il est parfois nécessaire de demander à nos consoeurs leur avis sur telle situation, à savoir comment elles interviendraient, comment elles réagiraient. Effectivement, ces réunions sont régulières et indispensables, elles font partie du métier. C'est une joie aussi de se faire accompagner, se faire aider par les collègues, et vice-versa évidemment.

A propose de ce travail d'équipe, d'analyse de pratique, est-ce que cela est indispensable ou tout au moins nécessaire ?

Oui, oui complètement ! Enfin « indispensable » je n'en sais rien, mais c'est une oxygénation du cerveau qui fait grand bien. Et puis, quand on entend un cas clinique décrit par un consoeur, on a du recul, on n'est pas englué dans la situation, on peut donc apporter notre point de vue, sans doute plus objectif. C'est un échange réciproque et très enrichissant.

Pour finir, j'ai envie de vous poser une question que l'on se pose actuellement. Est-ce que vous pensez que l'estime de soi est quelque chose qui se construit intrinsèquement, quelque chose d'intimement personnel où le regard de l'autre n'a pas d'effet ou bien c'est quelque chose qui serait fondé dans la relation ?

Pour moi, c'est dans la relation que tout se joue. Mais c'est très subtile effectivement, parce qu'on peut avoir des parents et un entourage tout à fait réconfortants, encourageants et favorables au développement épanoui de l'enfant mais malgré cela, l'enfant n'aura pas une image positive de sa personne, ni une confiance établie pour l'éternité. C'est très mystérieux ; pourquoi, dans une même fratrie, les parents vont faire profiter à chaque enfant de ce même bain de confiance et de sécurité, mais l'un va être château-branlant, l'autre sera assez débonnaire, le troisième peut être hésitant, pleins de questions. C'est très déconcertant. Cependant, je pense que tout s'adapte et évolue dans la relation à l'autre, tout le temps.

ENTRETIEN 7

Comment définiriez-vous l'estime de soi?

La première chose qui m'est venue à l'idée quand j'ai parcouru votre questionnaire, c'était que pour avoir une estime de soi, il faut au préalable avoir une conscience de soi. Sans conscience de soi, on n'a évidemment aucune estime de soi. Bien souvent, et plus chez les tout-petits, je trouve que l'estime de soi est adaptée à la rééducation orthophonique parce qu'on n'a pas à travailler sur les troubles de la personnalité. Dans ce cas-là, il faudra orienter, ce n'est plus de notre ressort. Notre rôle est de développer les capacités de communication de l'enfant. Cela aura indéniablement des retombées sur l'estime de soi, et cela viendra avec la capacité à dire « je ». Un enfant qui n'arrive pas à s'exprimer à la première personne constitue déjà un signe d'une conscience de soi qui n'est pas encore élaborée. Je pense que notre travail passera par là, à ce moment-là. Pour qu'il dise « je », il faudra l'amener à se construire une certaine identité.

En effet, votre remarque me fait penser à une question que l'on se pose encore, à savoir : Comment accorde-t-on de la valeur aux choses ? D'où vient ce sentiment s'estime ?

C'est vrai, c'est une question intéressante. Est-ce qu'on parle d'un sentiment positif ou négatif ou bien de quelque chose qu'on éprouve de soi qui nous fait plaisir, ou nous fait tenir debout au moins ? Je ne sais pas, je ne me suis jamais posé la question de manière isolée. Dans le cadre de notre métier, je pense que c'est une notion qui doit venir à l'esprit de tout thérapeute du langage malgré tout. C'est inné il me semble de restaurer cela si l'on sent que c'est en faillite mais je ne pense pas que ça puisse être le but en lui-même de la rééducation orthophonique. Je pense qu'on oublierait dans ce cas les limites de notre champ d'investigation. En effet, l'estime de soi est en jeu dans une rééducation orthophonique, mais de quelle façon ? Quels sont les moyens et les limites de notre intervention ?

Pour revenir aux formations que j'ai pu suivre, j'ai fait pas mal de choses sur le développement personnel, plusieurs formations techniques organisées par le GREO, entre autres. J'ai aussi toujours assisté à des groupes d'analyse, avec Mr Jean Rousseau, orthophoniste et psychanalyste ou encore Mme Brigitte QUERE.

Donc, pour revenir à la question initiale, je relie l'estime de soi à l'image, avoir une bonne image de soi-même et se sentir valable et capable de mener à bien ce qu'on a envie de faire. C'est aussi en lien avec le désir de ce qu'on a envie de devenir, avec l'envie de grandir chez les enfants. Mais il me semble que tout cela est fluctuant pour tout un chacun. C'est quelque chose qui évolue, qui à mon avis se construit et se renforce à travers les expériences que l'on mène. La réussite y contribue certainement plus que l'échec.

Vous êtes vous déjà penchée sur cette notion ?

Non, jamais de façon directe, mais indirectement bien sûr.

Avez-vous déjà rencontré des enfants dont l'estime de soi vous semblait altérée ?

Oui, bien sûr. J'aurais tendance à dire que tous les patients qui font une démarche ou pour qui on fait une demande ont une estime de soi altérée dans la mesure où on travaille sur la communication et aussi sur des aptitudes, sur les apprentissages. Le fait de ne pas réussir à mener à bien cet apprentissage, chez un enfant, pose question et met certainement à mal son image. Surtout pour les petits qui ne sont pas conscients de leur développement. La dynamique familiale et l'image que les parents renvoie dès le plus jeune âge à leur enfant fondent la base de l'estime de soi. En grande section par exemple, quand l'enfant peut être conscient du développement défaillant de son langage, ou lors de l'apprentissage de la lecture, l'estime de soi est mise au premier plan, d'autant plus que l'enfant n'a pas conscience que l'apprentissage va parfois être si long et laborieux. En tout cas, c'est bien souvent à cause de son trouble qu'un enfant a pu perdre l'estime qu'il a de soi et c'est en l'aidant à restaurer ses difficultés qu'il récupère une estime de soi meilleure.

Quels en étaient les manifestations, les signes ?

Ils sont divers. Je pense à quelques manifestations, telles que des inhibitions, un mutisme, un refus de s'exposer, d'être évalué. Ça peut être aussi des stratégies de compensation, des attitudes déviantes, de l'agitation...

Comment avez-vous repéré cela ?

Ça peut être sous-jacent ou bien manifeste. Soit ça saute aux yeux dès le premier entretien, soit c'est la façon de répondre qui peut mettre la puce à l'oreille. Ça peut être aussi une difficulté d'accès à ce que l'enfant sait déjà. Il est ancré dans un processus inhibé alors qu'on sait pertinemment qu'il pourrait répondre. C'est manifeste dans l'attitude générale, dans la capacité d'expression, dans le comportement. C'est plus ou moins subtil et propre à

chacun. Un enfant peut aussi être tout à fait coopérant mais on s'apercevra vite que beaucoup de choses sont lésées, sur différents registres.

Quelles en étaient les causes ?

L'anamnèse, au cours du bilan, va nous apporter des indices sur la dynamique familiale, qui peut être parfois dévastatrice au niveau de l'estime de soi, sur la vie scolaire, les échecs scolaires qui sont souvent mal vécus. Le symptôme en lui-même peut aussi expliquer l'origine d'une altération de l'estime de soi. Une personne bègue ne tarde pas à manifester de grosses failles au niveau de l'estime qu'elle se porte. Est-ce que c'était le cas avant que le bégaiement ne se déclenche ? Disons que j'ai tendance à analyser cela du côté de l'anamnèse. Mais tout dépend aussi du rapport à l'autre. Un enfant par exemple doit être assez fort pour être bon à l'école si ses parents ont eux-mêmes une mauvaise expérience et de mauvais souvenirs de la vie scolaire. Je pense tout de même que l'estime de soi se construit ou évolue selon le rapport aux parents, le sentiment profond d'être un être humain valable se définit très tôt, au sein de la triade enfant-parents. Au cours de l'anamnèse, il est parfois bon de savoir si l'enfant était désiré ou non. C'est quelque chose qu'on sentira dans certains cas.

Cela pose la question aussi de savoir comment les parents font le deuil de l'enfant rêvé aussi, non ?

Oui, qu'il s'agisse de l'enfant unique, du sixième garçon, on a tous une histoire différente et unique c'est vrai.

Pouvez-vous me décrire certaines de ces situations cliniques ?

Cela m'évoque particulièrement le cas d'enfants déprimés du fait de leurs difficultés, notamment dans le cas du bégaiement où cela est très prononcé. Je pense aussi à certains enfants où tout bascule dans leur vie à l'entrée en CP, entraînant des conflits avec les parents tous les soirs au moment des devoirs. Je trouve que ces enfants sont vraiment déprimés et abattus. L'échec scolaire a quand même des effets assez dévastateurs. Ce n'est pas une évidence mais beaucoup d'enfants qui consultent en orthophonie arrivent avec ce sentiment de n'être plus bon à rien. Si l'on arrive à proposer des choses qui vont faire que la situation s'arrange, le problème de l'estime de soi peut être réglé sans trop de séquelles. Sinon, d'autres enfants pour qui on indiquera plutôt une psychothérapie manifesteront un comportement pathologique, où quelque chose ne va pas au point de ne pas pouvoir aborder le trouble sereinement. Ils sont mal dans leur peau et ont développé déjà tout un tas de manifestations pathologiques qui les empêchent de se restaurer. Du coup, ce n'est pas uniquement le fait de progresser par rapport à leur trouble qui pourra les aider prioritairement. Je pense que dans ce cas là, la psychothérapie, qui touchera plus à l'image de soi, et donc à l'estime de soi, sera plus indiquée. Ces enfants manifestent en particulier des troubles de la personnalité, de l'attention, du refus, de l'opposition, de l'hyperactivité. On a tendance aujourd'hui à décrire toutes ces attitudes comme des symptômes ou des troubles mais c'est important d'avoir l'esprit disponible pour être en mesure de vaincre son trouble. Je trouve aussi que des enfants peuvent réagir si on ne répond pas à la bonne question, leur demande n'est peut être pas toujours celle qui a été explicitement exprimée au préalable. Par exemple, un enfant avec des troubles de la personnalité peut s'énerver si on lui parle de ses difficultés de lecture, c'est bien normal. Il y a une réaction inconsciente, même chez l'enfant, qui signifie bien qu'on se trompe d'orientation.

Les parents repèrent-ils des difficultés de cet ordre chez leur enfant ? Vous en parlent-ils en ces termes ?

Oui, ils en parlent la plupart du temps. Je crois que la façon dont les parents parlent de leur enfant, lors du premier entretien, manifeste déjà le climat qui est instauré dans le cocon familial. C'est relativement important d'avoir en présence les deux parents, pour recueillir les deux comportements, les deux versions. Tout est très significatif dans un entretien. C'est aussi très subjectif, on enregistre en effet tout un tas d'informations qui vont nous renseigner là-dessus. Certains parents vont être d'emblée négatifs, incapables de dire une seule chose positive sur leur enfant. Il y a des familles qui viennent parce que la situation l'impose ou parce que l'institutrice le conseille, mais qui restent résistants à toute intervention externe. Face à cela, on se rend compte évidemment des tensions qui peuvent régner au sein de la famille. On rencontre aussi des parents tellement maternants qu'ils parlent pour leur enfant, ils occupent toute la place à tel point qu'on n'a l'impression que l'enfant n'existe plus par lui-même. Il y a donc un lien évident, il me semble, entre le comportement des parents et l'estime que se porte l'enfant. Bien souvent, en CP, si le parent sent que ça s'arrange un peu, il va pouvoir se mettre un peu en retrait du conflit, et ainsi la relation va être meilleure avec son enfant. C'est donc un processus qui s'inverse. Je pense qu'en tant que parent, on ne se rend pas forcément compte que cette notion d'estime de soi est sous-jacente à tous les processus d'apprentissage en jeu aussi à cet âge. En libéral, les pathologies sont tout de même un peu moins graves, et on est donc souvent dans ce registre. L'estime qu'un enfant peut avoir de lui renvoie aussi à ce qu'est l'enfant pour ses parents. Le deuil de l'enfant idéal ne se fait pas tout de suite. A chaque étape de la vie les parents peuvent réagir différemment, par ce qu'ils sont eux-mêmes, et par les attentes qu'ils manifestent, par les fantasmes qu'ils projettent sur leur enfant. C'est d'ailleurs un bien de fantasmer sur son enfant ! Justement, les enfants qui deviennent psychotiques sont issus du néant je dirais, il n'y a rien, aucune projection inconsciente du parent dans certains cas.

Y a-t-il des situations où vous vous êtes sentie en difficulté face à un enfant mal dans sa peau ?

Oui, bien sûr, il y a des situations où je me suis sentie en difficultés. Je dirais que ça ne m'est pas arrivé souvent, car la plupart du temps j'aime accueillir mes patients. Je pense qu'il est important d'avoir envie de recevoir le patient. C'est arrivé, très rarement heureusement, d'avoir du mal à supporter l'enfant, tellement mal dans sa peau qu'il ne démorait pas de cette image négative qu'il donnait de lui-même, volontairement ou non d'ailleurs. Face à de tels cas, c'est vraiment bénéfique de pouvoir en référer à un groupe d'analyse de la pratique par exemple, ou bien d'en parler en petit comité entre collègues. Ça aide. Il faut impérativement savoir ce qui se passe en nous, en essayant de démêler les nœuds qui nous perturbent, parce que sans cela je ne pense pas qu'on puisse être disponible pour aider la personne en question. C'est vrai que si l'on touche à l'estime de soi dans le cadre du suivi orthophonique, il faut tout de même être relativement conscient de ce qui se joue en nous. Ça pose d'ailleurs question du transfert à ce moment-là.

Comment avez-vous réagi ?

Comme je vous le disais précédemment, j'évoque facilement ces cas en groupe d'analyse de la pratique, en parlant avec des collègues, en réfléchissant aussi tout simplement. Mais je ne me suis jamais trouvée dans la situation où je ne pouvais plus travailler avec la personne. Mais il est bon de savoir que des cas se construisent de façon plus ou moins positive, ce qui va être très déterminant pour le suivi. Il y a effectivement des suivis dans lesquels on ne sent pas créatif, pas à la hauteur. Du coup on persévère, on travaille plus et on cherche encore.

Cela fait-il écho à votre propre histoire ?

Oui, sûrement. Mais je ne sais pas du tout de quelle façon...je dirais que parfois, par un mécanisme d'identification, on fait preuve d'empathie. Mais est-ce qu'on aide mieux les gens différents de nous ou ceux qui nous ressemblent plus ? Je pense que les souffrances du patient résonnent en nous d'une certaine manière. A mon avis, mieux on identifiera les sentiments que la situation suscite en nous, qu'ils soient positifs ou négatifs, il vaudra mieux chercher à savoir pourquoi car on n'aide pas mieux quelqu'un que l'on aime ou que l'on apprécie particulièrement. Il faut à ce moment trouver la bonne distance, car il s'agit là de projection de soi malgré tout. Par exemple, on pourrait dire que des orthophonistes qui ont été en difficultés dans un certain domaine seront peut-être plus en mesure d'aider sur ce plan. C'est une hypothèse.

L'échec de l'enfant, qui peut se manifester par des signes de malaise, ne peut-il pas nous renvoyer, en tant que thérapeute, à notre propre échec vis-à-vis de cette rééducation ?

Oui, tout à fait, c'est vrai que l'on peut se trouver face à des patients, enfants ou adultes, qui ont dans l'idée de nous faire savoir que l'on est complètement impuissant. Dans ce cas, la position est plutôt inconfortable, le patient peut manifester des résistances ou persister à dire que personne ne peut rien pour eux. A ce moment, il faut réussir à inverser les rôles et leur faire savoir que ce n'est effectivement que par eux-mêmes qu'ils pourront y changer quelque chose. Cette remarque, il me semble, est d'autant plus difficile à surmonter en libéral, où l'on est seul, contrairement aux institutions où les pathologies sont certes plus profondes mais plus précises. Elles sont aussi marquées, et le thérapeute ne peut prétendre les guérir ou les annuler. En libéral, les attentes des patients sont plus de cet ordre justement. Notre rôle est d'ailleurs bien d'améliorer la situation, d'apporter des solutions au(x) problème(s) posé(s) et dans un temps réduit tant que possible. Il y a la pression des parents qui est assez tangible, on a effectivement des comptes à rendre, des choses à justifier bien sûr. Cela dit, nous sommes dans un travail à long terme, qui n'est pas réparateur aussitôt que le suivi est mis en place. Il faut donc faire preuve de patience et convaincre le patient du bénéfice d'un tel suivi dans le temps.

Avez-vous déjà eu des ressentis ou des réactions surprenantes (des réactions nouvelles, inhabituelles, non comprises, pas maîtrisées...) face à un enfant mal dans sa peau?

Je ne pense pas. C'est vrai qu'il peut m'arriver d'avoir des mouvements d'humeur, mais que je n'exprime évidemment pas devant le patient. Parfois, je dirais qu'on peut être envahi par des sentiments désagréables, une perte de patience, un état de fatigue, mais c'est ce qui arrive à n'importe qui, quelle que soit sa profession. Ce qui compte est de ne pas les laisser transparaître. En libéral, les journées sont chargées, il faut donc savoir prendre sur soi les jours où l'on se sent peut-être moins productif, puisqu'on n'a pas l'occasion de s'écarter un petit moment. Mais ce n'est vraiment pas fréquent. Le meilleur moyen d'évacuer si nécessaire ces tensions est d'en parler en groupe d'analyse. Il m'est arrivé une seule fois où j'ai rencontré une maman hyper-protectrice qui n'arrivait pas à laisser son enfant en séance, le contact en a été aussitôt parasité, et les rapports entre nous ont été d'emblée malsains. Elle a donc voulu tout interrompre au bout de deux séances. A la suite d'un entretien, les choses se sont arrangées mais dans un cas comme celui-là, j'avais ressenti le besoin d'en parler en groupe. Je me posais beaucoup de questions, j'essayais de me remettre en question sans trouver de solutions. C'est là que des réponses objectives et extérieures sont très enrichissantes. Sans cela, la discussion avec la personne concernée ne suffit pas.

Cela a-t-il engendré un questionnement particulier, une réflexion plus approfondie ?

Oui, évidemment, on ne peut pas non plus éternellement projeté sur les autres. Il faut être capable d'analyser soi-même les cas et les situations vécus ainsi que nos propres mouvements intérieurs. Cela concerne intimement chaque professionnel et dépend de sa personnalité, son mode de fonctionnement.

Selon vous, le travail orthophonique peut-il être entravé si l'enfant présente une basse estime de lui-même ?

Oui, bien sûr. Pour tout ce qui concerne la communication, le langage oral, on a tous une bonne expression quand on a une certaine estime de soi, relativement stable et équilibrée. Concernant particulièrement les apprentissages, le langage écrit, je pense aussi que nos capacités sont meilleures tant que notre état général, physique et moral, est positif. Cela dit, je ne pense pas qu'il s'agisse d'une relation de cause à effet, à savoir si « *je parle mieux et bien* », « *j'irai bien* » ou inversement. Je pense que ce sont des processus qui vont de paires, qui se nourrissent l'un et l'autre. C'est à l'œuvre dans les théories comportementalistes, où on va tenter de poser des actes à la personne pour qu'elle se sente mieux. D'autre part, du point de vue psychologique, on rehaussera prioritairement l'estime de soi pour que la réussite puisse en découler. A mon avis, les deux processus sont intriqués. En effet, un enfant qui se rend compte qu'il peut construire et élaborer par lui-même des choses sur le plan cognitif va progresser. L'adolescent est à une période charnière : la prise de conscience, l'acquisition de nouvelles techniques d'apprentissage va mener peu à peu à une meilleure image de soi et donc un regard différent de l'autre sur soi. Personnellement et sûrement parce qu'on n'est pas psychologue, je n'ai jamais attendu que l'enfant formule concrètement sa demande, dans le but de restaurer ses failles. La démarche de venir consulter fait déjà preuve, il me semble, d'une demande. Je me positionne comme quelqu'un qui a des outils à disposition du patient, dans le but de le sortir et de le dépêtrer de ses difficultés. Je propose ces outils, en veillant à toujours susciter une petite notion de plaisir mais aussi de devoir. Sans être trop catégorique et stricte, je pense aussi qu'il est important de rappeler à l'enfant, toujours en tenant compte de ses difficultés, leur condition. La vie de tout être humain est dictée par le plaisir mais aussi le travail et les devoirs.

Quelle place a pour vous la technique face à un enfant peu confiant ? Que vous apporte-t elle ?

Je dirais que l'ambiance de la séance sera meilleure si l'on se parle d'égal à égal, si le patient ne se sent pas diminué. Avec un enfant, on veille à instaurer un climat positif, de respect mutuel, en ayant toujours à l'idée que l'enfant est une personne valable. La situation individuelle va donc favoriser la technique, les outils qui permettront de résoudre la difficulté. Il faut bien faire entendre que la difficulté n'est pas lui. Grâce à la technique, on évaluera et on touchera tant ce qui fonctionne que ce qui dysfonctionne. Je fais actuellement une formation sur la gestion mentale, un principe qui permettra de tirer parti de la manière dont le patient fonctionne le mieux, quels processus cognitifs sont mis en jeu. C'est un bon moyen non seulement de ne pas risquer d'ébranler l'estime de soi, si elle est déjà fragile, mais aussi de rendre compte de ses capacités de mémoire, de logique, etc.

Dans le cadre de la séance comment valoriser un enfant ?

Justement, en proposant des choses à sa portée. On parle de la zone proximale de développement. Il faut veiller à toujours bien situer l'enfant au niveau de son potentiel, on n'évitera bien sûr de proposer des cubes à un jeune de 12 ans. On adaptera donc aussi les activités. J'ai le cas d'un enfant que je suis depuis un moment, qui demande toujours à jouer aux petites voitures. On ne se heurtera pas à son choix, mais il sera alors nécessaire d'intégrer ce plaisir et cette demande à un projet plus approfondi, en vue des objectifs thérapeutiques. On pourra aussi l'interroger sur les raisons pour lesquelles il vient nous voir. L'essentiel est de toujours considérer le patient, enfant comme adulte, en tant que sujet à part entière.

Quelles sont les spécificités du travail orthophonique, qui permettent de repérer les signes de l'altération de l'estime de soi ?

Nous sommes des thérapeutes de la communication, censés avoir des outils pour repérer au moins de quelles façons un enfant communique et s'exprime. De là, on perçoit la façon dont il se tient, dont il s'estime. Pour approfondir à ce niveau-là, je pense qu'on n'est pas en mesure de juger de cela, on ne dispose pas des outils nécessaires. Cela dit, quand on parle seulement de l'estime de soi en sachant qu'aucun trouble de la personnalité ne vient déstructurer le sujet, je pense qu'on est en mesure de juger de cela, car l'estime de soi est très liée à la relation aux autres. Evidemment, nos objectifs thérapeutiques ne doivent pas être de ce registre-là, on n'est pas là pour ça.

Trouvez-vous beaucoup de ressources dans la formation d'orthophonie universitaire ?

La formation que j'ai suivie à l'époque n'abordait pas cette question, en tout cas pas sous ce terme, même si les cours de psychologie et les stages nous y sensibilisaient. Je pense que c'est quelque chose qui s'établit et qui

s'enrichit avec l'expérience professionnelle, grâce à des allers et venus entre la pratique, le ressenti en tant que personne et les solutions qu'on y apporte.

Ressentez-vous le besoin de prendre de la distance face à ce type d'enfants ? Quels sont les moyens à votre disposition ?

Par la distance, il ne faut pas entendre éloignement, mais prendre de la distance en essayant d'avoir un regard objectif sur la situation me semble effectivement important. Comme je disais tout à l'heure, l'analyse de la pratique est utile dans ce cas aussi. Il ne faut pas confondre non plus analyse de la pratique et étude de cas, la psychanalyste qui dirigeait mon dernier groupe nous en avait bien fait part. Au sein de ces groupes, on évoque nos ressentis personnels, nos difficultés professionnelles. C'est un échange riche et enrichissant.

Que pensez-vous du travail d'équipe ?

A l'époque où je travaillais en institution, j'appréciais beaucoup le travail en équipe. On discutait des cas, on s'orientait les uns et les autres selon des axes de travail communs.

ENTRETIEN 8

Comment définiriez-vous l'estime de soi ?

Je pense au narcissisme, qui est un terme que j'utilise de plus en plus souvent mais qui appartient à un champ de pratique psychologique, plus qu'orthophonique. Dans mon travail, je ne parle pas d'estime de soi, je fais plutôt une projection sur l'image que l'enfant pourrait avoir de lui. Cela se traduit par « manque de confiance », qui se rapporte souvent à une inhibition c'est-à-dire que l'enfant a peur de se tromper. Ce matin encore, j'ai vu un enfant qui bloque tout, comme si lui-même incarnait l'erreur. Face à cela, j'essaie de faire comprendre que l'erreur est humaine, je me mets en faute ou je verbalise de façon à lui montrer que les adultes font aussi des erreurs. A ce moment, je n'hésite pas à me faire la réflexion : « zut, je me suis trompé ! ». Dans ma pratique, ce que vous définissez comme l'estime de soi est manifestée par un manque de confiance, et secondairement par une inhibition et une faille narcissique dans certains cas.

Vous êtes vous déjà penché sur cette notion ?

Je ne me suis pas penché sur cette notion. En revanche, je m'interroge sur les courants actuels de développement personnel, à savoir si l'idée d'estime de soi provient de ces courants ou l'inverse.

Non, l'idée d'estime de soi n'est pas issue de ces courants. Ces derniers s'en sont inspirés mais ne l'abordent pas non plus directement.

Avez-vous déjà rencontré des enfants dont l'estime de soi vous semblait altérée ?

Oui, bien sûr j'ai rencontré beaucoup d'enfants déstabilisés et pétrifiés devant l'erreur ou l'échec, notamment en langage écrit. Notre travail consiste entre autres à les soutenir dans ces conditions, il est primordial d'en tenir compte pour espérer l'acceptation de la discipline par l'enfant. Je procède d'ailleurs souvent de la manière suivante quand un enfant bloque, je préfère abandonner le domaine abordé pour un moment, pour y revenir plus sereinement quelques temps plus tard. Je vois actuellement un garçon, en CM1, qui pleure et s'effondre dès qu'il perd. Récemment, on avait travaillé l'orthographe du mot « château » qu'il avait écrit parfaitement en fin de séance. La semaine suivante, il n'y avait plus aucune trace de ce travail ni du mot écrit. En parlant avec ma collègue psychologue, elle m'a confié qu'elle l'avait trouvé particulièrement déprimé ces dernières semaines, d'où l'incidence sur l'orthographe. Ma collègue et moi nous sommes donc mis d'accord pour suspendre le travail abordé ces temps-ci et développer la relation au moyen du jeu, en le laissant gagner tant que possible, pour qu'il se « renarcissise ». En effet, cet enfant avait à ce moment-là, lâcher ses mécanismes de défense et se retrouvait donc face à une image de lui qui n'était pas bonne et qu'il devait reconstruire. Avant, il était très agité, maintenant il est sur un mode dépressif.

Quels en étaient les manifestations, les signes ?

Dans le cadre de ma pratique, je constate que cela peut souvent être lié à la dépression, à des blocages qui manifestent un ras-le-bol extrême. Tous ces blocages liés aux apprentissages révèlent un état mental ou un état personnel « pathologique », c'est-à-dire que l'enfant fait savoir, non pas par les mots mais par son comportement parfois, qu'il sature, qu'il est en souffrance. Nous devons donc entendre et respecter ce message. Je rencontre fréquemment des enfants qui disent d'ailleurs quand ils se trompent : « ah ! Je suis bête ! ». On aurait tendance à croire qu'il faille inhiber et réduire ce genre d'expression de la bouche de l'enfant. Paradoxalement, je considère ces réflexions positives et constructives, c'est la preuve que l'enfant constate et pointe son erreur, qu'il travaille et forge par conséquent l'estime qu'il a de lui-même. Je pense aussi à un jeune adolescent qui tenait à me rapporter régulièrement les dictées qu'il avait faites à l'école. Il ne récoltait que des zéros et cela le minait beaucoup. Il est arrivé un jour, le sourire aux lèvres, en me disant que son professeur était content de lui, suite à la dernière dictée. Je lui ai donc demandé pourquoi et quelle était sa note. Il m'a répondu qu'il avait eu zéro, mais qu'il avait fait quantitativement moins de fautes. Dans son cas, l'estime de soi était clairement reliée au domaine de l'orthographe, sa bête noire.

Comment avez-vous repéré cela ?

Je repère ces traits dans une analyse intuitive des commentaires et des attitudes, une observation continue. Je pense aussi que ça se repère d'autant plus quand ces comportements sont répétitifs. Je ne distingue pas tellement, en termes de signes, l'estime de soi de l'image de soi, la confiance en soi. Ces notions sont intriquées les unes aux autres.

Quelles en étaient les causes ?

C'est compliqué car on ne sait jamais vraiment si ces manifestations sont primaires ou secondaires au trouble pour lequel l'enfant consulte. Est-ce que l'enfant rencontre des problèmes en orthographe et c'est ce qui tend à le

déprimer ou bien est-ce son état dépressif qui a une incidence sur son orthographe ? Pour les jeunes enfants, il est déjà complexe de repérer un état dépressif. Pour juger de l'estime qu'il se porte, je trouve que le jeu révèle assez bien cet aspect, à savoir comment l'enfant accepte de perdre. Les comportements sont variés : certains enfants s'investissent avec distance de manière à fuir si une difficulté s'annonce, d'autres s'effondrent, se braquent ou se bloquent. Les causes sont donc compliquées à définir d'autant plus que, quand on travaille en pédopsychiatrie, on ouvre aussi le champ de l'analyse. Pour le cas de l'enfant dont je vous parlais précédemment, qui n'arrivait plus à retrouver l'orthographe du mot « château », on se pose alors la question s'il n'y a pas un événement extérieur qui aurait pu avoir une incidence à ce moment-là et qui pourrait avoir ébranlé l'état général de l'enfant. Par rapport à son évolution globale, on peut juger d'un effondrement qui n'est pas du tout logique. Pour cet enfant, les progrès étaient nets jusqu'au moment où il a manifesté soudainement cet état dépressif. Il est difficile de connaître les causes d'un tel effondrement, elles peuvent être intriquées ; ça peut être lié au symptôme, à un événement familial marquant, on ne peut jamais trop savoir. L'intérêt du travail en équipe, comme c'est le cas ici au CMP, est qu'on établit des rapports, des liens, en discutant entre professionnels afin de repérer des choses évidentes ou tout au moins probables.

Les parents repèrent-ils des difficultés de cet ordre chez leur enfant ? Vous en parlent-ils en ces termes ?

Je rencontre toujours les parents lors d'un entretien préliminaire au bilan, puis je fais des points réguliers avec eux sur l'évolution de l'enfant, sur le plan orthophonique. Les parents repèrent bien sûr le plus souvent les difficultés de leur enfant mais ils en parlent sous le terme de « manque de confiance ». Ils parlent rarement d'estime de soi.

Avez-vous déjà repéré un lien entre le comportement des parents et l'estime que l'enfant a de lui-même ?

J'ai vu un papa récemment qui faisait un lien constant entre son fils et lui. C'est un papa très investi, à tel point qu'il incombe une pression énorme à son fils. On travaille d'ailleurs sur ce point particulier avec la psychologue du service pour qu'il relâche la pression. Par exemple, l'enfant devait apprendre six mots tous les soirs, le papa n'avait pas réalisé la charge cognitive hebdomadaire que cela représentait. Ce papa reconnaît qu'il exige beaucoup de son fils et avoue sa peur que l'enfant reproduise la même chose que lui. Le papa m'a dit dernièrement : « je sais, pour l'avoir vécu, quelles sont les conséquences d'un manque de confiance en soi et je ne veux pas que mon fils vive cela ». L'intention du papa est tout à fait honorable mais le processus est finalement inversé. Récemment, le papa a assisté à la séance, je l'ai sollicité pour qu'il joue avec son fils, dans le but de déplacer les choses et qu'il rencontre son fils dans une situation autre que l'apprentissage. Parfois, on peut aussi se permettre d'interroger les parents à ce sujet. Ils n'en parlent pas toujours spontanément, mais il est bon de recueillir leurs avis sur le ressenti qu'ils peuvent avoir de leur enfant. Ils peuvent en avoir conscience ou non. Mais « les chiens ne font pas des chats », proverbe que mon maître de stage à l'époque utilisait fréquemment, et qui s'avère sensé dans ce cas. Des parents peu confiants peuvent avoir, malgré eux, une influence sur ce plan, en n'accordant pas plus de confiance voire d'estime à leur enfant. Bien sûr, ces processus sont inconscients, il y aura des cas où on ne pourra jamais dire de but en blanc aux parents que leur comportement influe défavorablement sur l'estime que l'enfant se porte. Le temps pourra faire mûrir les choses, l'évolution de l'enfant aussi. Dans le cas de ce papa dont je vous parlais, la psychologue et moi-même avons adopté une position assez ferme pour que l'apprentissage des mots puisse être effectif. L'enfant devait absolument pouvoir se les approprier pour les assimiler, ce qui signifiait que le papa devait s'en détacher et surtout qu'il devait faire lui-même confiance à son fils. En ce qui nous concerne, je trouve que l'alliance avec les parents est parfois plus favorable que celle avec le psychologue, du fait de certaines résistances même inconscientes. On est donc en position favorable pour faire entendre aux parents que leur comportement peut, dans certains cas, influencer et défavoriser l'évolution et le développement de l'enfant, même si tout ne dépend pas non plus que de cela. Il ne s'agit absolument pas de les mettre en porte-à-faux, mais de les aider à comprendre les processus en jeu chez l'enfant.

Y a-t-il des situations où vous vous êtes senti en difficulté face à un enfant mal dans sa peau ?

Oui, tout à fait. Il y a deux situations qui me viennent à l'esprit : d'une part, lorsque le suivi n'avance pas, nos objectifs stagnent et ne sont jamais atteints sans comprendre pourquoi, d'autre part quand les troubles du comportement sont trop importants pour que l'enfant évolue sereinement. Dans ce dernier cas, c'est plus le dispositif que le suivi orthophonique qui est à remettre en question. J'ai un exemple qui me revient à l'esprit : c'était au tout début de ma pratique, il s'agissait d'un petit garçon adopté, très agité que je voyais pour le langage oral et écrit qui mettait sans dessus-dessous tout ce qu'il approchait. Je perdais le contrôle quand il venait en séance tellement il était agité. Quand je réussissais à instaurer un cadre dans le bureau, il dépassait toutes les limites et les interdits posés, il courrait et s'échappait du bureau. Je ne m'en sortais pas. Si je cite cet exemple, c'est qu'il se rapporte à la notion d'estime de soi. Avec l'équipe, on a dû recadrer les choses. Dans un premier temps, on s'est mis d'accord pour suspendre la séance si la situation n'était plus gérable. De ce fait, la première séance suivant cette décision a duré cinq minutes. J'ai expliqué à l'enfant que les choses étaient trop difficiles

pour lui comme pour moi, qu'on allait donc arrêter la séance et se revoir la fois suivante. Il ne s'agissait évidemment pas de le blâmer. Au fil du temps, les séances se sont rallongées à chaque fois de cinq minutes supplémentaires, jusqu'à ce qu'il parvienne à tenir quarante minutes. Cette fois-ci, il s'est roulé par terre en fin de séance, s'est assis et m'a dit : « je suis nul, j'arriverai jamais à lire ». On a donc longuement parlé, et c'est à partir de ce moment que l'idée d'estime de soi a émergé. L'enfant a pu verbaliser ses maux et ce soulagement de ce poids qui lui interdisait de se consacrer au domaine des apprentissages. L'estime de soi était complètement masquée par une agitation intense et une attaque du cadre perpétuel. Je vous donne cet exemple en bref pour vous dire que les troubles de l'estime de soi ne sont pas nécessairement manifestés dans un mode dépressif. C'est vrai que nous ne devons pas négliger cet aspect de l'estime de soi qui peut être traduit sous différentes formes, selon les cas. En lecture, j'ai le cas d'un enfant qui se bloque catégoriquement face à la difficulté, face à l'erreur. J'essaie donc toujours d'adapter la tâche à ses moyens mais l'enfant résiste, active ses mécanismes de défense, se traîne par terre. Il exprime tout son malaise. J'essaie toujours de le ramener à la tâche, mais il a des conduites de fuite, il écrit tout petit, de manière illisible, raturée. Il exprime clairement la colère qu'il ressent à son égard. Notre intervention est très délicate face à ce type de situation. J'ai tendance à maintenir mes objectifs thérapeutiques malgré tout, je choisis par contre d'adapter l'accès. Par exemple, j'ai proposé ce matin à cet enfant d'évacuer sa colère sur le pouf que j'ai là dans mon bureau. Je lui explique qu'il est autorisé à vider toute cette énergie négative. Il faut l'aider à trouver des solutions pour qu'il évacue, qu'il parvienne par ce biais à se poser plus sereinement. Dans certains cas, j'abandonnerai provisoirement le travail entamé sur la lecture. Pour cet enfant en particulier, je ne cède pas car je sais qu'il est en mesure d'aborder la lecture de manière calme et posée. Il faut juste trouver la voie idéale pour qu'il y accède. En général, face à des cas difficiles qui me posent question, j'en parle facilement à l'équipe, en réunion de consultation, en présence des psychologues, des médecins et des intervenants auprès de l'enfant. On a aussi les supervisions mises en place pour les professionnels du service, en présence d'un psychanalyste extérieur et neutre. Il donne donc du sens aux situations, aux remarques, de façon objective.

Comment avez-vous réagi dans les situations où l'enfant manifeste son malaise ?

On peut avoir des positions concrètes. Lundi dernier, face à cet enfant qui ne restituait pas l'orthographe du mot « château », je me suis surpris à lui dire : « je ne comprends pas, tu arrivais pourtant à l'écrire parfaitement la semaine dernière. Je me suis rendu compte, par rapport à votre mémoire, que je venais de le heurter. J'étais complètement fautif puisque ce garçon a interprété ma remarque comme une accusation. Or, je m'étonnais et surtout je culpabilisais beaucoup. Je me trouvais face à mon propre échec, du fait de ne pas avoir permis à cet enfant d'acquiescer définitivement l'orthographe de ce mot. Il y a donc eu un quiproquo, car je ne remettais en aucun cas en doute les compétences de l'enfant. J'en ai parlé avec la psychologue et je me suis rendu compte que, par cette remarque, je n'avais fait que renforcer ce manque d'estime de soi. Du coup, j'ai réalisé aussi sa fragilité psychologique dans ce domaine, j'ai donc décidé de ne plus aborder cela pour le moment, et de développer d'autres compétences pour susciter le plaisir, le goût d'apprendre par le jeu. C'est un petit garçon qui n'était attiré, au début du suivi orthophonique, que par les jeux de grands. Le fait de gagner un jeu destiné à des enfants plus âgés le reconfortait et rehaussait son estime de soi. Je me rappelle du jour où il a tenu à prendre un jeu que je ne maîtrisais pas moi-même, j'ai donc fait mon possible pour anticiper son jeu et orienter l'évolution mais il ne jouait pas de manière logique. Il a donc perdu sans que je puisse maîtriser cela et il s'est effondré en larmes. C'est aussi très significatif d'une mauvaise estime de soi, quand l'enfant traduit la chose de cette manière. Toutes ces situations nécessitent une mise à distance de notre part. On doit s'adapter continuellement à l'enfant, sans s'étonner de ses régressions si elles ont lieu, en tout cas devant lui.

Les difficultés des enfants font-elles écho à votre propre histoire ?

Je suis convaincu que l'échec d'un enfant nous renvoie une culpabilité sur le plan professionnel. Je n'ai pas par contre d'exemple qui me renvoie à ma propre histoire. J'ai tendance à être perfectionniste. Quand je travaille, j'aime que les choses soient parfaitement organisées, comme si j'anticipais la moindre déviance. Je pense que ce trait de caractère correspond certainement, en ce qui me concerne, à un manque d'estime de soi masqué par cette attitude. En effet, j'aime être sûr que tout est parfait, calé, prévu pour ne pas risquer de me sentir en difficulté ou en échec. Je n'ai pas eu de difficultés scolaires au cours de mon enfance, ce qui ne m'empêche pas de percevoir cela chez les enfants que je rencontre. Même si cela ne me renvoie pas à des anecdotes personnelles, je pense que d'une manière générale, tout individu a vécu des expériences d'empathie, chacun y réagit d'ailleurs différemment.

Selon vous, le travail orthophonique peut-il être entravé si l'enfant présente une basse estime de lui-même ?

Oui, bien sûr. Pour ma part, je n'ai jamais arrêté un suivi orthophonique pour ces raisons. On ne sait jamais si cette faille de l'estime de soi est primaire ou secondaire au trouble pour lequel on suit l'enfant, mais on peut

sentir que l'enfant ne progresse pas aussi bien qu'il le pourrait. Cela peut donc effectivement représenter une entrave à l'évolution de l'enfant dans le cadre du suivi orthophonique.

Quelle place a pour vous la technique face à un enfant peu confiant ? Que vous apporte-t elle ?

Je pense que, face à un enfant qui manque de confiance en lui, une technique c'est-à-dire un protocole de rééducation très strict n'est pas du tout le plus approprié. Sans adaptation, et même en réadaptant tant que possible, on persiste à confronter l'enfant à sa difficulté et sa faiblesse. Je vous fais part, là, de mon impression personnelle puisque je ne procède pas de cette manière. Je n'utilise pas de technique stricte et carrée. Je me sers de propositions d'ateliers d'écriture, en ce moment on invente et rédige une histoire ; Le but n'est pas quantitatif mais plus qualitatif. On s'en tient à deux phrases par séance, ce qui est suffisant pour ces enfants. Je n'en exige pas plus. Actuellement, on se concentre sur une règle : « ils→ -ent » et on essaie de l'appliquer comme un réflexe, un automatisme. J'intègre une règle à la fois, pour ne pas risquer de surcharger l'enfant. Je tiens à conserver le champ relativement ouvert, de façon à laisser un espace à l'enfant. L'intérêt, pour ces enfants, est de les laisser sujets de leur séance. Sans cela, ils restent confrontés à leurs difficultés, et on ne peut espérer de progrès. C'est un choix personnel. Une orthophoniste très « technique », empathique et intuitive pourra tout aussi bien adapter la séance et sécuriser l'enfant.

Dans le cadre de la séance comment valoriser un enfant ?

Comme je vous le disais, parfois il sera préférable de déplacer le problème, en mettant provisoirement de côté le symptôme et son expression. Il faudra toujours adapter et simplifier la proposition et la façon d'aborder le problème s'il s'agit par exemple d'un exercice d'écriture, d'orthographe, de lecture. Le jeu est aussi un moyen idéal de communication, qui favorise le temps de parole. Je côtoie un jeune garçon très inhibé qui, par le jeu, s'ouvre et se révèle complètement. Il me parle naturellement de ses centres d'intérêt, ses loisirs, ses soucis, en situation de jeu seulement. Dans le cadre de l'expression écrite, j'encourage l'enfant à exprimer ce qu'il a envie de dévoiler, de raconter, je suscite le plaisir puis je m'adapte, je pose des questions sur la suite de l'histoire. Le principal étant que l'enfant soit acteur de sa prise en charge. C'est une méthode intéressante mais illusoire aussi, il ne faut pas s'attendre à ce que cela fonctionne systématiquement.

Quelles sont les spécificités du travail orthophonique, qui permettent de repérer les signes de l'altération de l'estime de soi ?

Il me semble que je repère ces troubles au moment des blocages. Quand l'enfant se replie, se referme et se bloque face aux sollicitations de l'adulte, je pense pouvoir dire qu'on a touché à ce moment-là un point douloureux de l'estime de soi. Je ne parle pas des enfants dépressifs où les signes cliniques comme la passivité, l'absence de désir, parlent d'eux-mêmes, mais on peut évidemment supposer qu'un état dépressif dégrade l'estime de soi. Comme je vous le disais, toutes les manifestations peuvent être envisagées, on peut avoir à faire à des enfants très agités ou inhibés, renfermés qui masquent différemment une altération de l'estime de soi.

Avez-vous déjà ressenti le besoin de vous former davantage ou de faire un travail plus personnel lorsque vous vous êtes retrouvé devant un enfant s'estimant peu ?

La formation est primordiale. Ça fait dix ans que je travaille. Il y a deux ans, je me suis fait la réflexion au sujet de notre formation ; à savoir que j'applique toutes mes connaissances théoriques mais que j'ai parfois besoin de nouveautés. Cela dit, il faut considérer les restrictions budgétaires dans le cadre hospitalier, qui freinent évidemment les possibilités de formations. L'idéal est donc de lire, d'aller à des conférences diverses et variées pour se mettre à jour. Je considère aussi que le fait de se trouver devant un enfant s'estimant peu est ordinaire, si je puis dire, dans notre profession. Dans ce cas, comme je vous l'ai dit, je vais en discuter avec l'équipe encadrante pour tenter de cerner les choses et d'envisager toujours la meilleure orientation thérapeutique qui soit pour l'enfant. On en parle entre professionnels concernés, orthophonistes et psychologues dans ce cas, ou bien en supervision pour avoir un avis plus large. C'est dans ce dernier cas qu'on arrive d'ailleurs mieux à se distancer, à se décaler de notre rôle et donc à avoir un point de vue plus objectif ou au moins des avis neutres et objectifs. En résumé, je n'aurais pas une démarche de formation pour faire face à de tels cas. J'aurais plutôt tendance à remettre en question ma pratique, à envisager les choses sous un autre angle, à reporter mes objectifs. Si l'enfant consulte pour de l'orthographe mais qu'il s'avère nécessaire de jouer aux playmobiles pendant un certain temps, parce que l'enfant le demande, je le ferai probablement, avec l'aval de mon équipe sans doute. Je procéderai certainement de cette manière, même si je n'aime pas particulièrement abandonner les objectifs premiers. Il faut que ce soit bien sûr provisoire.

Trouvez-vous beaucoup de ressources dans la formation d'orthophonie universitaire ?

Je ne crois pas. Je n'ai pas de souvenirs d'interventions ou de cours qui traitent directement de ce sujet.

Ressentez-vous le besoin de prendre de la distance face à ce type d'enfants ? Quels sont les moyens à votre disposition ?

Non, je n'en ressens pas le besoin. Ce qui est intéressant est tout le questionnement que ça engendre. Parfois on se confronte, malgré toute notre bonne volonté, à un enfant qui ne déçoit pas, qui bloque toujours. Dans ce cas, il faut revoir notre méthode, se remettre en question bien sûr et modifier si nécessaire le cadre de la prise en charge. En revanche, c'est vrai qu'on est parfois le nez dans le guidon. Dans ce cas, on ne voit rien ou tout au moins on ne peut pas toujours anticiper ou planifier. La prise de distance est indispensable à ce moment, ou juste après, afin de s'accorder un temps de réflexion sur l'avant et l'après. Etre orthophoniste, c'est aussi faire preuve d'une capacité d'adaptation, de renouvellement. Quand la situation stagne ou n'aboutit pas, on doit pouvoir modifier la structure en vue d'un aboutissement.

Que pensez-vous du travail d'équipe ? Connaissez-vous les groupes d'analyses de pratiques ?

Je vous en ai parlé tout au long de l'entretien. Concernant les groupes d'analyse de pratique, c'est aussi ce que je vous ai décrit sous le terme de « supervision ». C'est la même chose.

ENTRETIEN 9

Comment définiriez-vous l'estime de soi ?

Ce n'est pas facile de donner une définition de l'estime de soi car il faut pouvoir comparer, se comparer aux autres. Et pour pouvoir se comparer aux autres il faut accepter de se regarder, accepter ce qu'on est. S'estimer a quelque chose de très relatif. Je dirais que l'estime de soi est toujours en comparaison avec quelque chose d'autre, avec quelqu'un d'autre. On ne peut pas s'estimer si on est tout seul. L'estime de soi se construit probablement par ce que l'enfant entend de son entourage. Sur le plan scolaire il existe des situations qui peuvent générer une perte de l'estime de soi. La possibilité de comparaison n'est plus active. Ces enfants ont tellement entendu « je ne vaudrais pas ce que les autres valent, que je refuse de me comparer aux autres et je m'estime nul. » on entend souvent la remarque « de toute façon je suis nul » de la part des enfants.

Vous êtes vous déjà penchée sur cette notion ? Et au cours de quelles formations ?

Oui, parce que justement, quelle est la réponse à donner aux enfants qui disent « je suis nul, ce n'est pas la peine que j'essaie » ? À travers les réflexions que nous font les enfants, on rejoint l'estime de soi. Mais où aller chercher, et comment aller chercher le petit bout de ficelle qui permettrait d'aller chercher chez un enfant ses capacités à se considérer autrement que nul ?

Je ne sais pas mais c'est quelque chose qui ne se fait pas brusquement. Je pense qu'il y a tout un travail de comparaisons à refaire. Un enfant, à mon avis, va retrouver l'estime de soi s'il retrouve la capacité de comparer ce qu'il vient de faire maintenant à ce qu'il faisait avant. S'il voit qu'aujourd'hui c'est mieux qu'hier, il peut y avoir une comparaison qui se remet en route. On va progressivement réentendre les enfants dire, « je suis content ». C'est le retour à une capacité d'estimer ce qui a été fait. Je pense que la parole de l'autre dans ces cas-là a du sens mais ce n'est pas elle qui peut redonner l'estime à quelqu'un. Je crois que ce sont les faits.

Est-ce que vous pensez qu'il y a un certain âge où l'enfant peut penser les choses de cette manière, en les comparant ?

Très tôt. Dès le début de la scolarité. L'autre jour j'avais une équipe éducative dans une classe de moyenne section de maternelle pour une petite fille que je suis en séance. La maîtresse racontait qu'elle avait dit à cette petite fille : « le dessin que tu as fait aujourd'hui est plus joli que celui que tu avais fait la semaine dernière ». C'est une comparaison que la maîtresse apporte. C'est entendu par la petite fille, même si elle ne manifeste rien, car elle ne parle pas ou peu. Quelques jours après, elle refait un dessin et pour la première fois va voir la maîtresse en lui demandant son avis. Je crois qu'il s'agissait d'une demande de comparaison. A l'adulte, après, d'être suffisamment attentif pour penser que c'est une demande de comparaison et ne pas casser ce qui est en train de s'enclencher. Ce qui n'est pas facile, en particulier dans le milieu scolaire. Donc je crois que c'est très tôt. Peut-être même y-aurait-il des exemples à trouver chez des tout-petits, les enfants qui ne parlent pas encore. Même tout-petit, lorsque les enfants sont dans une situation de maternage. Danny Anzieux dans son livre le moi-peau explique comment les enfants se construisent par les massages et les caresses de leur maman. C'est comme si ces caresses, en faisant le tour du corps, fermaient le corps et donnent à l'enveloppe corporelle une valeur de contenant. Alors que chez des enfants qui ne sont pas suffisamment chouchoutés, caressés (de manière physique ou par des mots), il y a comme des trous dans le corps. Il me semble que l'estime de soi commence là. Je vaudrais parce que maman me chouchoute, prends du temps avec moi. Si je ne valais rien, elle ne s'occuperait pas de moi. Donc cette estime est certainement très différente dans le domaine cognitif (apprendre des choses) ou dans le domaine sentimental, affectif. Je pense que vous avez rencontré des personnes qui professionnellement sont performants, ont atteint le niveau de travail qu'ils voulaient, mais qui personnellement n'ont pas une grande estime d'eux même.

Avez-vous déjà rencontré des enfants dont l'estime de soi vous semblait altérée ?

Oui

Quels en étaient les manifestations, les signes ?

Soit l'enfant dit : « de toute façon je n'y arriverais pas, je suis nul. Soit ce n'est pas exprimé par le langage et l'enfant se met dans ce que j'appelle « une opposition passive ». C'est-à-dire qu'il ne fait pas, non pas parce qu'il ne sait pas faire, mais parce qu'il ne se met pas dans une situation d'avoir envie de le faire. On rejoint ici l'idée de motivation. Quand on a un certain degré d'estime de soi, on a envie d'essayer parce qu'on sait que l'erreur n'est pas importante. Si on manque d'estime de soi, l'erreur devient envahissante.

Quelles en étaient les causes ?

Je pense qu'il y a une cause essentielle qui est l'idée « tu ne me plais pas comme tu es » dans le milieu familial. Et souvent les enfants ont essayé de multiples choses pour s'adapter mais elles n'ont jamais marché. A l'école

c'est un petit peu pareil. « Ce que tu fais ne me plaît pas donc fait autrement. » J'ai l'impression qu'on en revient toujours à la comparaison. L'enfant produit quelque chose pour quelqu'un avant de le produire pour lui-même. Et cette production lui est toujours renvoyée de manière négative. Cela me fait penser au bégaiement où les parents s'intéressent plus à la forme de la parole qu'au fond. L'enfant est toujours jugé sur la forme, jamais sur le fond.

Les parents repèrent-ils des difficultés de cet ordre chez leur enfant ? Vous en parlent-ils en ces termes ?

Oui. Souvent le jour du bilan c'est quelque chose qui émerge. « De toute façon, il ne fait rien de bien ». C'est là où notre rôle est d'interrompre le discours du parent « il ne fait rien de bien » et de lui faire prendre conscience que ce discours est extrêmement agressif et dévalorisant pour son enfant.

Avez-vous déjà repéré un lien entre le comportement des parents et l'estime que l'enfant a de lui-même?

Il n'y a pas toujours un lien. Certains comportements son visibles et on les repère facilement. Il existe aussi des comportements « de laisser faire ». Rien est jugé, il n'y a pas de limites.

Ca peut aussi être quelque chose qui ne vient pas des parents mais qui est profondément ancré chez l'enfant. Maurice Berger le décrit bien dans ses ouvrages. Il dit que l'enfant peut fabriquer de l'estime de soi ou de la mauvaise estime de soi parce qu'il est persuadé que la connaissance s'acquière sans douleur, sans travail. Et que pour les autres ça a l'air tellement facile, qu'il doit être complètement nul, car lui est obligé de beaucoup travailler, de répéter, d'apprendre. Il se dit « si je suis nul, ce n'est pas la peine que j'essaie ». Et on rentre dans un cercle vicieux. Quand il y a un dysfonctionnement, la responsabilité n'est pas que du côté du parent. L'enfant aussi a sa responsabilité de vouloir faire continuer se fonctionnement.

Comment avez-vous réagi ?

Je ne sais pas. Je crois que je n'ai pas réagi. Comment réagir ? Dire « mais si, vas-y essaie... » C'est une solution mais l'enfant est persuadé qu'il n'y arrivera pas. La parole qu'on oppose à sa certitude n'est pas très efficace. Je ne sais pas comment j'ai réagi sur le moment. Probablement sans réagir et en trouvant le moyen, dix minutes après, de le remettre en situation où c'était possible de produire quelque chose. Il très important que l'enfant reparte en ayant produit quelque chose. Je crois que c'est ce qui est important dans une séance. Pour qu'il se passe quelque chose, il faut qu'il y ait un acte. Ca peut être des mots, de l'écriture, peu importe quoi, mais il faut que l'enfant produise quelque chose.

Avez-vous déjà eu des ressentis ou des réactions surprenantes (des réactions nouvelles, inhabituelles, non comprises, pas maîtrisées...) ?

Je ne sais pas. Peut-être que oui. Soit je n'en ai pas eu conscience, soit j'en ai eu conscience mais je ne m'en rappelle plus. Ce qui pour moi est toujours extrêmement difficile, c'est de recevoir un adolescent. Parce que par définition, j'ai envie de dire, un adolescent qui vient chez l'orthophoniste est un adolescent qui ne va pas bien. ; et la plupart du temps, quelqu'un qui a pris de grandes claques sur son estime de soi.

Cela a-t-il engendré un questionnement particulier, une réflexion plus approfondie ?

Oui, mais un questionnement autour de la période de l'adolescence. J'ai beaucoup aimé un livre de Schmidt Kitsikis qui s'appelle, je crois, la pensée adolescente, et qui exprime cette période de bouillonnement qui n'est pas banale et dans laquelle il cherche des comparaisons avec tout le monde. Ces comparaisons aboutissent à des envies d'être pareil ou d'être différent. Avec les copains c'est « je veux être pareil », avec les parents c'est « surtout je veux être différent ».

Selon vous, le travail orthophonique peut-il être entravé si l'enfant présente une basse estime de lui-même ?

Entravé complètement je ne crois pas non. Ralenti peut-être. Mais quand on parle de travail orthophonique, tout dépend de quels objectifs on s'est fixés. Si l'objectif du travail orthophonique est un objectif pédagogique alors oui, il va être entravé. Si l'objectif est du type orthophonique, c'est-à-dire qu'il y ait de nouveau chez cet enfant les capacités de réfléchir à ce qu'il est et de s'estimer d'une façon plus juste, le travail ne sera pas entravé.

Quelle place a pour vous la technique face à un enfant peu confiant ? Que vous apporte-t elle ?

La technique est essentielle. On a toujours une technique. Pour ma part, ma technique se base sur la théorie de Piaget qui est une technique du type : je regarde ce que fait l'enfant. Puis je pose un questionnement... Une technique marche assez bien quand on est face à un enfant peu confiant. Quand il est devant une question à laquelle il ne sait pas répondre on a tendance à lui donner la réponse. Or il faut qu'il reparte avec sa question. La semaine suivante, il pourra dire « je crois que j'ai trouvé une réponse » et ce sera intéressant de rebondir sur ce qu'il nous présente. Et ce sera quelque chose qu'il a trouvée personnellement. Il faut avoir une technique parce que sinon on est dans le flou le plus complet. Certaines personnes disent « dans la relation orthophonique ce qui

est important c'est la relation ». Certes, mais la technique l'est aussi. Si on n'a pas d'objectifs et qu'on ne sait pas ce qu'on va développer pour tirer le fil, la relation ne suffira pas.

Dans le cadre de la séance comment valoriser un enfant ?

Comparer ce qu'il fait aujourd'hui avec ce qu'il avait fait auparavant. Je crois que les actes, les faits sont les meilleures preuves. Bien sûr, c'est bien de dire à un enfant « c'est bien continue » mais il sait très bien ce qu'il a fait, ce n'est pas la peine d'aller en rajouter. Les enfants ne sont pas dupes ! Il sera aussi content de lui qu'on lui dise quelque chose ou pas.

Quelles sont les spécificités du travail orthophonique, qui permettent de repérer les signes de l'altération de l'estime de soi ?

Il y a le jeu et la parole. Une fois que l'enfant est sorti de l'état de sidération des débuts de prise en charge, le jeu est une ouverture et ensuite les enfants peuvent parler, ils peuvent dire.

Avez-vous déjà ressenti le besoin de vous former davantage ou de faire un travail plus personnel lorsque vous vous êtes retrouvé devant un enfant s'estimant peu ?

Oui, c'est pour ça que j'ai fait deux D.U. Oui, se former est essentiel. Je n'ai jamais fait de formation spécifique sur l'estime de soi mais vous avez parlé de techniques.

Ressentez-vous le besoin de prendre de la distance face à ce type d'enfants ? Quels sont les moyens à votre disposition ?

Je ne sais pas.

Que pensez-vous du travail d'équipe ?

Ca dépend ce qu'on entend par travail d'équipe. J'ai connu des équipes qui étaient des boulets. Ce n'était pas possible de changer quoi que ce soit dans cette équipe, donc ça ne m'intéressait pas beaucoup. Par contre un travail d'équipe sous la forme où chacun apporte quelque chose, oui c'est riche.

ENTRETIEN 10

Pourriez-vous nous donner une définition de l'estime de soi ?

Je me suis demandé si c'était la même chose que la confiance en soi. C'est la façon dont on se considère, en positif ou en négatif.

Est-ce que vous vous êtes déjà penchée sur cette notion ?

Je pense que c'est souvent abordé de manière périphérique, notamment au GEPALM, ou on parle du plaisir de réfléchir, de trouver... Cela permet de restaurer un peu l'estime de soi. En gestion mentale aussi, on aborde ces questions-là. Mais également de manière périphérique. Il n'y a pas de formation sur l'estime de soi.

Avez-vous déjà rencontré des enfants dont l'estime de soi vous semblait altérée ?

Oui

Quels en étaient les manifestations, les signes ?

Je pense à une petite fille que j'ai vu l'année dernière qui pensait que tout ce qu'elle disait était mauvais, était faux. Elle pouvait même se taper elle-même ou se mordre les lèvres. C'était vraiment visible chez elle car il y avait des manifestations physiques. Parfois les enfants ne disent rien. Ça peut être des enfants qui se bloquent et qui ne réfléchissent plus car ils se disent qu'ils n'y arriveront pas. Ces enfants se bloquent et sont dans le refus. Ils préfèrent adopter cette position qu'être en échec ou de risquer quelque chose.

Quelles en étaient les causes ?

Quand on est en échec à l'école. Quand les enfants se sentent différents. Certains enfants sont stigmatisés par les instituteurs.

Les parents repèrent-ils des difficultés de cet ordre chez leur enfant ? Vous en parlent-ils en ces termes ?

Pas si souvent que ça. Ça peut arriver car je demande toujours de définir le caractère de leur enfant. Mais ils ne parlent pas d'estime de soi, ils vont dire que leur enfant est « timide » mais ils ne parlent pas de confiance en soi. Mais c'est peut-être une question que je pourrais poser au moment de l'anamnèse.

Avez-vous déjà repéré un lien entre le comportement des parents et l'estime que l'enfant a de lui-même ?

Il y a forcément un lien mais je n'ai pas de réponse. Certains parents disent : « de toute façon il ne travaille pas ». Je pense que le comportement des parents influence l'enfant.

Y a-t-il des situations où vous vous êtes sentie en difficulté face à un enfant mal dans sa peau ?

Oui, par rapport à la petite fille dont je parlais tout à l'heure. Mais dans ces cas-là, je conseille de consulter un pédopsychiatre ou un psychologue.

Comment avez-vous réagi ?

J'encourage beaucoup, en disant « c'est bien, c'est une bonne idée » à l'enfant. Je travaille aussi différemment en passant plus par des activités ludiques.

Cela fait-il écho à votre propre histoire ?

Surement. Au niveau scolaire je n'ai personnellement jamais eu de problème de confiance. Donc ces situations ne m'affectent pas, je peux avoir du recul.

Avez-vous déjà eu des ressentis ou des réactions surprenantes (des réactions nouvelles, inhabituelles, non comprises, pas maîtrisées...) face à un enfant mal dans sa peau ?

Je ne sais pas, peut-être. Je n'ai pas ça en tête.

Cela a-t-il engendré un questionnement particulier, une réflexion plus approfondie ?

Ma réflexion ne portait pas sur l'estime de soi à proprement parlé. J'essaye plutôt de redonner à l'enfant le plaisir de réfléchir. Je pense que quand on réfléchit, cela permet de restaurer aussi l'estime de soi.

Selon vous, le travail orthophonique peut-il être entravé si l'enfant présente une basse estime de lui-même ?

Je ne sais pas. Je pense que tout est intriqué. Tout ce qui est compliqué altère l'estime de soi donc quand on travaille, l'estime de soi est en jeu. Mais je ne sais pas si ça entrave. J'ai l'impression que le fait d'être en

relation duelle restaure déjà l'enfant. Je n'arrive pas à imaginer un enfant en échec scolaire qui ait une bonne estime de soi. Je pense qu'on travaille toujours avec ça.

Quelle place a pour vous la technique face à un enfant peu confiant ? Que vous apporte-t elle ?

Je pense qu'il est important que l'enfant se sente à l'aise dans la relation mais c'est parce qu'on arrivera à le faire avancer que l'estime de soi va s'améliorer. On n'est pas psychologue donc on ne doit pas se contenter d'être dans un relationnel sympathique.

Dans le cadre de la séance comment valoriser un enfant ?

En lui proposant des choses qui soient à sa portée, dans sa zone proximale de développement. Il faut vraiment faire avancer l'enfant. On peut également faire des retours en arrière et faire constater à l'enfant ses progrès. « Il y a quelques séances c'était difficile mais maintenant tu vois tu y arrives bien ». On peut féliciter, encourager.

Quelles sont les spécificités du travail orthophonique, qui permettent de repérer les signes de l'altération de l'estime de soi ?

La relation duelle. L'anamnèse aussi, car je crois qu'on a une profession où l'on prend beaucoup de temps pour l'anamnèse. Et c'est un temps où l'on peut entendre des choses de cet ordre là. Je pense également à la confidentialité. Les enfants le savent et peuvent du coup nous confier des choses. Le fait aussi de le voir toutes les semaines de manière régulière et sur une durée assez longue. Cela nous permet de vraiment d'apprendre à connaître l'enfant.

Trouvez-vous beaucoup de ressources dans la formation d'orthophonie universitaire ?

Non, pas particulièrement.

Ressentez-vous le besoin de prendre de la distance face à ce type d'enfants ? Quels sont les moyens à votre disposition ?

J'ai toujours une certaine distance avec les gens que je reçois. Cette distance dépend de chaque professionnel mais également des patients. Alors peut-être que le fait que l'enfant manque de confiance en lui fait que l'on s'ajuste différemment. C'est vrai qu'on repense aux patients entre les séances et peut-être plus à ces patients.

Que pensez-vous du travail d'équipe ?

Je pense au travail d'équipe avec les instituteurs. Et également les médecins.

Connaissez-vous les groupes d'analyses de pratiques ?

Je connais mais je ne pratique pas. Le problème c'est que c'est souvent le soir.

Résumé :

Il s'agit dans cet ouvrage de rendre compte de la place de l'estime de soi chez l'enfant suivi en orthophonie. De manière à cerner et définir ce concept, nous avons puisé nos ressources dans différents courants de pensée. Une étude qualitative faisant suite à des entretiens réalisés auprès de dix orthophonistes nous a éclairées sur les considérations diverses de la place de l'estime de soi dans le domaine de l'orthophonie. Associant les données théoriques aux expériences cliniques, nous avons pu comprendre comment l'estime de soi se manifeste au sein de la relation thérapeutique. Cela nous a permis de proposer des moyens et des ressources à disposition de l'orthophoniste confronté à un enfant qui s'estime peu.

Mots Clefs :

- *Estime de soi*
- *Enfant*
- *Narcissisme*
- *Interaction mère-enfant*
- *Entretiens cliniques*
- *Echec scolaire*
- *Difficultés*
- *Relation thérapeutique*