UNIVERSITE DE NANTES

**Unité de Formation et de Recherche « Médecine et Techniques Médicales »
Année universitaire 2009/2010**

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

Présenté par

Claire DESIREST

01.11.86

**Pluralité des demandes dans
la prise en charge orthophonique
de l'enfant**

Président du jury : **Mr QUENTEL, Professeur au département
sociologie et sciences du langage Université de Rennes 2**

Directeur du mémoire : **Mr BRICE, Maître de conférence en
psychologie clinique et pathologique à l'Université de Nantes**

Membre du jury : **Mme BOURGOIN, 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 ”.

« La demande, si on lui en laisse le temps et si l'on est prêt à l'entendre dans sa complexité, se déploie, se déroule, se diversifie, se ramifie, se déplace, se résorbe, elle s'étire tandis que des remaniements se font à son ombre.»

Marie-Cécile et Edmond Ortigues

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	4
PARTIE THEORIQUE	11
I. Vers une définition de la demande.....	11
I.1 Généralités sur la demande en soin	11
A) Définition	11
B) La dynamique de la demande	12
C) L'expression de la demande	13
D) La trajectoire de la demande	14
E) Demande sociale et demande personnelle	15
F) Demande et représentations	17
I.2 Apports de la psychanalyse.....	19
A) Origine de la demande : Besoin, désir, demande	19
B) La demande et place des parents en cure psychanalytique d'enfants	25
I.3 Le déploiement de la demande en psychanalyse	30
II. L'enfant 32	
II.1 L'enfant et ses rapports à l'adulte	32
A) Les statuts de l'enfant	32
B) L'enfant et ses parents : une histoire commune	34
C) L'enfant et le thérapeute	36
II.2 Complexe d'Œdipe et période de latence.....	42
A) L'enfant et les apprentissages	43
B) L'évolution des rapports enfant/parents	46
50	
II.3 La demande de l'enfant	51
III. Les parents	55
III.1 Définition préalable : qu'est ce qu'un parent.....	55
56	
III.2 Parents face à un trouble de l'enfant.....	57
A) Le narcissisme heurté	57
B) Parents et demande de réparation.....	58
III.3 Enfant symptôme	61

PARTIE PRATIQUE.....	63
I. Le premier entretien.....	63
I.1 Des parents fragilisés	64
I.2 L'importance de la communication	65
A) Organisation spatiale	66
B) Système perceptif et canaux de communication	67
I.3 La demande lors du premier entretien : aspect objectif et aspect représentationnel	72
I.4 L'objectivation par les tests et l'évolution de la demande initiale	74
I.5 Influence des parents dans la demande de l'enfant lors du premier entretien	76
II. La place des parents	77
II.1 L'exercice libéral.....	77
Les enjeux de la communication et de la relation établie entre l'orthophoniste et les parents sont multiples. Ils influent sur la possibilité pour l'enfant de déployer une demande. Si les parents ne sont pas demandeurs, ou s'ils ne font pas confiance à l'orthophoniste, l'enfant sera limité dans l'investissement de son propre soin. Au cours de la rééducation, l'orthophoniste doit essayer de cerner leurs attentes et demandes en évolution, tout en les guidant et en les accompagnant. Parallèlement, elle met en place avec l'enfant une relation devant permettre à ce dernier d'investir sa rééducation, et d'y inclure une demande articulée à son désir.	82
II.2 En institution, pluralité des demandes.....	82
A) considération de l'enfant au sein de sa famille	82
B) la demande de l'institution	84
III. Demande et désir	85
III.1 Questionnaire et entretien avec des mères	85
A) Cas d'E., 6 ans, CP.....	85
B) étude d'un cas : M.	91
94	
III.2 Pendant les séances : moyens d'entrevoir les demandes	95
A) La médiation : intermédiaire entre thérapeute et patient.....	96
B) cadre et relation	97
C) Le non et les attitudes d'opposition : expression du désir de l'enfant ?.....	98
IV. La demande liée à la scolarité.....	99
IV.1 Bref historique et évolution de la profession d'orthophoniste.....	100

IV.2 Représentations et demandes scolaires	101
A) La demande d'intervention scolaire au cours d'échanges avec les parents	102
B) Orthophonistes/ instituteurs : enrichissements mutuels grâce aux spécificités de chacun.....	102
CONCLUSION.....	103
BIBLIOGRAPHIE.....	105
ANNEXE	107

INTRODUCTION

La première question qui vient à l'esprit lors d'une prise de contact entre un orthophoniste et un futur patient est la suivante : « C'est pour quoi, ou pourquoi ? »

La demande est dès le départ au cœur de la prise en charge, mais aussi de la relation patient-orthophoniste.

Alors, qu'est-ce qu'une demande ? Et de qui peut-elle émaner lors d'une prise en charge orthophonique ?

Nous ciblerons notre recherche sur les rééducations d'enfants, avec pour problématique :

La demande de l'enfant est-elle toujours dépendante de ses parents ?

En effet, dans une grande majorité des cas, les adultes sont à l'origine de la demande orthophonique, qu'ils soient parents, instituteurs ou médecins scolaires.

L'enfant peut-il dans ce cas avoir une demande qui lui est propre ?

Tout au long de cette réflexion, nous aborderons la demande en lien étroit avec le désir.

Ainsi, nous considérerons qu'il y a une demande de la part d'un patient à partir du moment où il investit sa rééducation, y recherche quelque chose, et où nous approchons alors son désir.

La demande est un sujet vaste, empreint de pluralités ; pluralité de demandes liée à la pluralité des demandeurs, mais également pluralité des formes prises par une même demande.

La demande ne peut donc jamais se cerner parfaitement, se laissant seulement entrevoir par parties.

J'ai sélectionné des axes de recherches théoriques, qui m'ont éclairée sur ces formes diverses, avec toujours un intérêt pour la dissociation entre demande parentale et demande de l'enfant.

Dans une première sous-partie théorique, nous définirons la demande de manière générale. En nous appuyant sur des données psychanalytiques, nous expliquerons également son origine.

Ensuite, nous nous pencherons sur l'enfant : quel est son statut dans notre société ? Comment évolue son rapport au désir à différents moments de sa vie ? Quelles sont les possibilités pour lui d'élaborer une demande propre ?

Les parents feront l'objet de la dernière sous-partie théorique. Nous traiterons de leurs attentes concernant la rééducation de leur enfant ; attentes bien souvent en lien avec une demande scolaire sociale.

Ces recherches m'ont apporté un regard précis, à la fois sur l'évolution des demandes au cours du suivi, mais aussi sur ce qui différencie demande parentale et demande de l'enfant.

Dans un deuxième temps, nous lierons ces données théoriques à des situations concrètes. Quatre points fondamentaux seront ainsi développés:

- les enjeux du premier entretien et l'expression des demandes de départ, amenées à évoluer
- la place attribuée aux parents dans différentes structures de soins, cabinet libéral ou institution
- la problématique désir/demande illustrée par un cas pratique
- la demande de type scolaire, de plus en plus présente.

Nous débutons cet écrit par une définition de la demande, incluant des notions générales et une recherche sur l'origine de la demande selon la théorie psychanalytique.

PARTIE THEORIQUE

I. Vers une définition de la demande

I.1 Généralités sur la demande en soin

A) Définition

Quel sens pouvons-nous mettre de manière générale derrière les termes « demande » et « demander » ?

Demander vient du latin *demandare* qui signifie confier. Ce sens évoque d'emblée la notion de confiance, inhérente à toute prise en charge. Lorsque l'on confie quelque chose à quelqu'un, c'est que l'on a confiance en cette personne. Le patient poussant la porte d'un cabinet d'orthophonie a déjà confiance en ce professionnel, en tout cas certainement confiance en la capacité de ce professionnel à l'aider.

La demande c'est l'action de demander, de faire savoir ce que l'on souhaite ou désire. En effet, nous verrons que nous ne pouvons traiter de la demande sans la mettre en lien avec le désir.

On peut faire une demande, mais aussi accorder une demande.

Une demande peut également être une question, une interrogation.

La demande n'attend pas toujours de réponse, elle peut faire savoir une requête ou un souhait.

Ce qui est commun à toutes les demandes, c'est qu'il y a nécessairement une interaction entre au moins deux personnes : une qui sollicite et l'autre qui est sollicitée. Chacun projette ainsi sur l'autre son système de valeurs, son cadre de référence. Nous verrons par la suite en quoi il est utile pour le thérapeute d'adapter sa communication en cernant entre autre le système perceptif ou canal sensoriel privilégié (visuel, auditif...) du patient lors des entretiens préliminaires.

De même que le désir présuppose le manque (nous y reviendrons plus loin), la demande étroitement liée au désir, nécessite elle aussi un manque ou un état insatisfaisant. D'après F. Estienne, ce manque peut se situer au niveau de l'être, de l'avoir, du faire ou du savoir (« je ne suis pas ce que je veux être, je n'ai pas ce que je veux avoir... »¹).

Pour qu'il y ait demande, ce manque ou état insatisfaisant doit faire l'objet d'une plainte, plainte suffisamment perturbante pour créer un problème à l'origine d'une demande d'aide. Cette plainte n'émane pas obligatoirement de la personne qui demande, ou que l'on reçoit en entretien. Comme nous l'abordions précédemment, cette situation est fréquente en orthophonie, où l'enfant que l'on reçoit n'est pas le demandeur premier. Soit qu'il n'ait pas de plainte, soit qu'il n'en formule pas. De même les parents peuvent venir consulter sans plainte, venant par exemple sous conseils de l'institutrice.

La demande est liée à l'adresse. En formulant une demande, nous l'adressons à un autre qui représente alors l'altérité. En cela, nous le sollicitons, ne sachant pas comment il va réagir.

Nous pouvons distinguer la demande et les attentes. La demande introduit la formulation, l'expression. Entre la demande et les attentes il y a donc l'écart creusé par la mise en mots. Il est intéressant de chercher à cerner ce que veut dire la demande, au-delà de ce qui nous est dit. Que se cache-t-il derrière les mots choisis ?

B) La dynamique de la demande

La demande va prendre place, prendre forme et petit à petit se déployer d'abord lors des premiers entretiens, qui ont donc une fonction capitale. La demande est un objet de conversation, elle est en constante transformation. Elle est aussi amenée à évoluer au cours du suivi.

Pour F. Legein, « la relation qui s'inaugure lors du premier rendez-vous, fût-elle brève ou même ponctuelle et celui-ci fût-il unique, s'inscrit dès ses premiers moments dans un discours préalable et réciproque qui anticipe la rencontre. Cette réciprocité et ce préalable c'est ce qui met en jeu et façonne le désir du praticien de se trouver là, au moins autant que ce qui se trame et se déploie dans la demande du sujet. »²

Il y a construction intersubjective. La demande est le fruit de l'interaction entre le patient et le thérapeute, et se construit donc au fil de la rencontre.

¹ Françoise Estienne, « Discours de la méthode », orthomagazine, Dossier, n°41 p.20

²

Pour Huber, il est nécessaire « que le patient puisse se manifester, manifester son être actuel et son être potentiel, ce qui suppose de la part du diagnosticien la capacité de créer cette possibilité, de créer un espace de rencontre authentique, ce qui inclut à son tour qu'il soit capable d'ouverture et de proximité mais aussi d'objectivation et de distance. »³

Selon Daise, Fayasse et Wynen « la demande n'existe pas a priori, mais elle s'élabore et se précise à l'intérieur de la relation famille-professionnel. C'est lors des premiers entretiens que la demande va se construire en fonction, d'une part, de la représentation que la famille se fait du problème et, d'autre part, du cadre que nous pouvons proposer au système familial pour intervenir. »⁴

En effet, les premiers entretiens jouent un rôle capital dans l'élaboration d'une demande et/ou son évolution. Ceci est particulièrement vrai concernant les enfants, qui sont emmenés par leurs parents, sans qu'ils puissent la plupart du temps clairement énoncer une demande personnelle. Le premier rendez-vous peut alors être l'occasion pour eux de se faire des représentations, premier pas vers l'appropriation d'une demande.

Les relations entre l'orthophoniste et la famille sont également indispensables afin de recevoir et de faire évoluer les demandes. Nous y reviendrons dans la partie pratique.

La demande est ainsi partout et nulle part : partout car tout dans le discours du patient est susceptible d'être interprété, et nulle part car la demande est en constante transformation.

C) L'expression de la demande

L'expression de la demande est ce que nous allons recevoir, en premier lieu, spontanément ou en réponse à nos questions.

Ensuite, dans un cadre de soin, comment se présente la demande ?

Toujours selon F. Estienne, la demande peut prendre différentes formes (exprimée par l'adulte, et donc par les parents) :

La forme d'une demande d'informations « combien de temps va durer la rééducation ? »

³ ^{2 3 4} Françoise Estienne, *Orthophonie et efficacité les fondements d'une pratique* p.34

⁴

D'une obligation « ma fille a besoin de leçons d'orthophonie »

D'un mandat « mon médecin m'a prescrit des séances »

D'une exigence « je veux retrouver ma voix d'avant »

Il est intéressant pour le thérapeute d'avoir conscience de ces différents « visages » que peut prendre la demande, afin de pouvoir percevoir, derrière une question posée, un commentaire fait, ce qui est recherché. De plus, la formulation utilisée nous donne des premières informations sur l'état d'esprit du patient, mais aussi ce qui est important pour lui, et donc sur son système de valeur. Cela nous renseigne sur la façon dont nous pouvons lui répondre, en adaptant notre communication afin que le message, les informations soient bien perçus. Par exemple, communiquer plutôt selon un canal préférentiel (visuel, auditif, kinesthésique), ou plutôt sur la modalité de l'action (ou à l'inverse la pensée). Nous reviendrons sur cela plus en détails dans la partie pratique.

D) La trajectoire de la demande

Suivant les situations, la (les) demande(s) prend des trajectoires variées. Nous pouvons rencontrer tous les cas possibles, cas mis en avant dans l'ouvrage de F.Estienne.

Ainsi,

-des personnes peuvent avoir un trouble, mais pas de demande. Soit qu'elles ne se rendent pas compte qu'il y a un trouble, soit qu'elles ne sont pas perturbées

-des personnes qui ont une demande sans trouble

-des personnes qui demandent pour quelqu'un d'autre. Des parents qui demandent pour leur enfant, ou encore un instituteur, médecin scolaire qui demande également pour l'enfant.

On peut aussi se trouver face à « des personnes qu'on force à demander, ou au moins à consulter. La demande se fait par personne interposée. La personne ne sait pas pourquoi elle vient vous voir ni chez qui elle est, ou elle n'a pas de demande pour elle : « c'est X qui m'envoie ». ⁵

Cela correspond également à des situations que nous pouvons rencontrer dans le suivi d'enfants. Il est très rare que l'enfant demande spontanément et d'ailleurs nous remarquons

⁵ Françoise Estienne, « Discours de la méthode », orthomagazine, Dossier, n°41 p.20

que souvent, même une fois le suivi installé, il leur est difficile de répondre à la question « pourquoi viens-tu chez l'orthophoniste ? ». En situation de bilan, fréquemment lorsque la question « pourquoi viens-tu, quel est (sont) ton (tes) problèmes ? » est posée à l'enfant, il se tourne vers son ou ses parents, comme si le parent était le garant de cette fameuse demande.

Toujours selon F.Estienne, il est bon de se rendre compte de **qui demande dans la personne** ou, en d'autres termes, quel est le niveau de la demande ou quelles sont les motivations.

Elle nous dit qu'on peut établir la différence entre :

- une demande sociale
- une demande logique, objective, réaliste
- une demande affective

« • La demande sociale émane des normes sociales, culturelles, un système de valeurs centré sur :

- normal-anormal
- bien-mal
- bon-mauvais

• La demande logique-objective émane d'une analyse de la réalité avec les avantages et les inconvénients du trouble que l'on va objectiver.

• La demande affective émane d'un ressenti émotif, d'un besoin, désir, plaisir de changer, de la tristesse, colère, peur de ne pas être ou avoir ce que l'on veut. »⁶

Nous pouvons considérer la demande logique-objective, comme un aspect de la demande sociale, puisqu'émanant d'une analyse de la réalité analysée en lien avec la société. Voyons alors comment définir la demande sociale.

E) Demande sociale et demande personnelle

Il est intéressant, dans ce travail sur la demande, de différencier la demande sociale de la demande personnelle (ou demande articulée au désir).

⁶ Françoise Estienne, « Discours de la méthode », orthomagazine, Dossier, n°41 p.21

En lien avec la suite de cet écrit, nous allons tenter de différencier et d'apporter des éléments de définition à ces deux types de demande.

Elles correspondent à deux réalités : la réalité sociale et la réalité clinique. Certains troubles (typiquement orthophonique comme les troubles dits « dys ») peuvent être considérés d'abord comme des constructions sociales.

Le patient vient alors consulter en fonction de ces réalités sociales, qui le poussent à venir et sont donc à l'origine de sa demande première.

Mais derrière (ou même parallèlement à) cette demande sociale se trouve une demande d'un autre ordre en lien avec une gêne, une souffrance. Cette demande est la demande personnelle, articulée au désir.

Nous pourrions dire que la demande sociale est une demande en lien avec les attentes de la société. Elle s'inscrit dans la dynamique de l'offre et de la demande, sur laquelle toute société est basée. Ainsi, chaque être humain a une place, un rôle dans la société dans laquelle il vit. C'est ce qui fait que nous avons des attentes, et donc des demandes les uns envers les autres. Nous nous adressons à une personne que nous jugeons apte à nous aider, à répondre à notre demande.

Ainsi, cette « demande sociale » ramenée à l'orthophonie pourrait être une demande de soin dans un souci de « conformisation ». L'enfant que l'on nous demande de soigner doit alors entrer dans une norme sociale. La demande sociale se distingue donc de la demande dite « articulée au désir » puisqu'elle est construite en fonction des autres, dans une recherche de normalisation.

Il est donc important de souligner le fait que l'enfant, quel que soit son âge, n'est pas en mesure d'établir ce type de demande. En effet, elle suppose un certain « recul », et un esprit critique sur les attentes d'autrui. L'enfant n'est pas en mesure d'emblée d'être capable de recevoir et d'analyser ce que l'on attend de lui. La demande sociale est donc une demande parentale, ou relayée par les parents et à l'origine celle d'un tiers.

Selon C. Arbisio « Une des caractéristiques fondamentale des psychothérapies d'enfants est que la demande vient toujours d'un autre et qu'elle passe obligatoirement par les parents. Soit ils sont eux-mêmes les demandeurs ; soit, ce qui est également très fréquent, c'est un tiers,

enseignant, pédiatre, travailleur social, voire une grand-mère qui formule la demande. Mais les parents doivent s'en faire au moins le relais, sinon celle-ci n'aboutit pas. »⁷

Cette remarque s'applique également à l'orthophonie, comme nous l'avons dit précédemment, la demande ne vient que très rarement de l'enfant, et si les parents n'en sont pas à l'origine ils doivent s'en faire relais. Pour la suite du suivi, il est indispensable qu'en plus de s'être fait relais de la demande, les parents puissent l'investir et mettre en place une demande propre. Nous verrons qui si les parents restent « sans demande », le soin de l'enfant se trouve grandement compromis.

La demande personnelle que l'on recherche à définir chez l'enfant est la demande en lien étroit avec son désir, la demande qui ne peut s'exprimer d'emblée mais se déploie au fil des séances. Elle correspond à un « ressenti » de la part de l'enfant, au fait qu'il va venir chercher dans sa rééducation un état nouveau. Finalement, elle est la condition pour qu'une prise en charge soit investie, et donc qu'une rééducation soit « réussie ». Nous aurons l'occasion de revenir sur cette demande personnelle, à multiples reprises.

F) Demande et représentations

Nous avons brièvement abordé les représentations, précédant la première rencontre patient/orthophoniste, ou naissant suite à cette première rencontre. Voyons de quels types peuvent être ces représentations.

A l'origine d'une demande, il y a un demandeur. Ce demandeur a la possibilité d'en être un (d'être en position de demandeur), car face à lui, quelqu'un reçoit sa demande. A partir de ce constat, il paraît évident qu'une demande ne se construit et ne s'exprime qu'en lien étroit avec le thérapeute (la personne à qui la demande est adressée).

Cette personne va recevoir la demande en fonction des multiples représentations qu'elle possède en elle : représentation du trouble, représentation qu'elle se fait de son patient, mais aussi représentation qu'elle a d'elle-même (quel thérapeute suis-je ?). L'interprétation de la demande par le thérapeute dépend donc de ses théories et représentations préalables. Ces

⁷ Christine Arbisio, « Pendant la période de latence », *Enfances & Psy* p.82

représentations sont construites avec l'expérience du thérapeute, mais aussi son propre système de valeurs, comment il perçoit son métier...

Elles sont également liées au lieu où l'on travaille. Notre regard sur l'enfant dépend de toutes ces représentations. Pour preuve, lors du travail en institution (et donc en équipe), les différents professionnels travaillant avec l'enfant le perçoivent parfois de façons différentes, ils ne partagent pas toujours le même avis. Chacun se construit au sein de sa relation avec l'enfant sa propre réalité sur cet enfant. De même, l'interprétation d'un trouble peut être extrêmement variable suivant l'endroit où nous exerçons et la « politique » de ce lieu. Nous sommes donc finalement conditionnés par notre lieu d'exercice, et cela rejoint la problématique de la demande sociale, ce « conditionnement » étant lié à notre vie en société. Ainsi, les attributions causales d'un trouble du langage peuvent être multiples et sont dépendantes des connaissances théoriques de l'orthophoniste, de son lieu d'exercice ou encore de ses expériences passées. Par exemple, comment interpréter un trouble du langage ? Il peut être vu comme un trouble instrumental, comme un trouble de la communication ou de la relation... Plusieurs hypothèses peuvent aussi se côtoyer.

Dépendante du thérapeute, la demande dépend aussi du patient. En effet, la demande est construite par le patient, qui a lui aussi une représentation de son mal. Le patient possède une théorie implicite sur son trouble, ceci avant même de venir consulter. En revanche, le patient et le thérapeute peuvent avoir une attribution causale différente. La culture par exemple, et les croyances y étant liées, sont à l'origine d'interprétations variées. Une personne de culture africaine et une personne de culture française n'auront pas la même interprétation des troubles psychotiques par exemple (liés à la possession, aux démons dans les cultures africaines).

La demande du patient est liée aux représentations qu'il a de son mal, mais aussi aux représentations qu'il a de son interlocuteur (ici l'orthophoniste). En effet, de même, avant de consulter un orthophoniste, le patient, ou les parents du jeune patient, ont une représentation de l'orthophoniste, qui va influencer sur ce qu'ils vont exprimer.

Par exemple, un enfant de 6 ans venu pour un bilan de langage écrit, a demandé à sa maman avant le premier rendez-vous si « l'orthophoniste allait regarder dans sa bouche avec un petit bâton comme le docteur ». Cet enfant n'ayant jamais eu affaire à un orthophoniste a construit

cette image, cette représentation en fonction de quelque chose qu'il connaissait déjà (le docteur).

Ceci se vérifie quotidiennement, nous avons des connaissances, des représentations, qui font que l'on s'adresse à une personne définie pour nous aider, répondre à notre demande dans une situation précise. Les représentations préalables font que la demande est véritablement adressée.

Avant de venir consulter, le patient adulte sait (ou au moins imagine) en quoi le thérapeute peut l'aider, connaît son champ d'action, et sait donc ce qu'il pourra demander ou non. Même si ces connaissances sont parfois imprécises ou biaisées...

I.2 Apports de la psychanalyse

A) Origine de la demande : Besoin, désir, demande

Nous nous intéressons à la problématique de la demande en orthophonie. Afin de tenter de définir plus précisément ce terme « demande », intéressons-nous aux apports de la psychanalyse et remontons à l'origine première de la demande, à savoir comment le nourrisson, dès les premières semaines de vie est amené à demander.

En psychanalyse, la demande est traitée en relation avec le besoin et le désir. Plus précisément, le désir est défini au regard du besoin et de la demande. Il existe donc des liens étroits entre ces trois concepts et nous ne pouvons aborder la question de la demande en psychanalyse sans faire référence aux deux autres. Pour cela, nous nous basons sur un ouvrage de J. Dor, *Introduction à la lecture de Lacan*.

Afin de définir la problématique du désir, il s'est rapporté aux premières expériences de satisfaction de la conception freudienne, et plus précisément à l'examen de la satisfaction alimentaire. Il s'agit de s'intéresser aux processus psychiques mis en œuvre au niveau de ces premières expériences de satisfaction.

Au commencement, il y a la pulsion, qui va déboucher sur le besoin. J. Dor rappelle que « la pulsion ne peut être connue au sujet que dans la stricte mesure où elle trouve une solution d'expression dans l'appareil psychique, à savoir sous la forme d'un représentant »⁸

Le processus pulsionnel se manifeste initialement chez l'enfant par le surgissement d'un déplaisir occasionné par l'état de tension inhérent à la source d'excitation de la pulsion. L'enfant est dans une situation de **besoin qui exige d'être satisfait**.

F. Dolto nous dit « La sensation d'un besoin provoque une excitation, qui déclenche les mouvements propres à en permettre la satisfaction : chez le nourrisson, la bouche s'ouvre et s'oriente en s'étirant, à la recherche du sein. Quoiqu'il trouve de préhensible, le nourrisson le pince entre ses mâchoires et tête. Si du liquide vient, il boit. Cette satisfaction apporte la détente, avec l'expression apparente de bien-être, la mimique de dilatation reposée.»⁹

A ce niveau de l'expérience de première satisfaction, le processus se déploie dans un registre essentiellement organique : l'enfant ne met donc pas en place de représentation psychique de l'objet qui lui est proposé pour la satisfaction. Ainsi « le processus pulsionnel à l'œuvre dans cette première expérience de satisfaction relève à proprement parler d'un **pur besoin puisque la pulsion se voit satisfaite sans médiation psychique.**»¹⁰

La mère qui répond aux cris de son enfant lui apporte à la fois l'objet spécifique concret (le sein) et du symbolique (la relation d'amour).

A la suite de cette première expérience de satisfaction, il existera une trace mnésique au niveau de l'appareil psychique du nourrisson, et c'est cette trace mnésique qui constituera la représentation du processus pulsionnel pour l'enfant. L'enfant aura dorénavant une image correspondant à l'objet qui lui a assuré la satisfaction.

Ainsi lorsque l'état de tension pulsionnel réapparaîtra, la trace mnésique (et donc l'image de l'objet) sera réactivée. Dès lors, après la première expérience de satisfaction, la manifestation pulsionnelle ne peut plus apparaître comme un pur besoin, puisque, comme le dit J. Dor

⁸ Joël Dor, *Introduction à la lecture de Lacan*, Chapitre 20, p.180

⁹

Françoise Dolto, *Au jeu du désir* p21

¹⁰ ¹¹ ¹² Joël Dor, *Introduction à la lecture de Lacan*, p.181-182

« C'est un besoin nécessairement lié à une représentation mnésique de satisfaction ».¹¹

L'enfant a donc maintenant à sa disposition une image en réponse à ses besoins pulsionnels et petit à petit, il va utiliser cette image mnésique pour orienter ses recherches vers l'objet réel de satisfaction.

Ainsi « L'image mnésique fonctionne donc dans l'appareil psychique comme une représentation anticipée de la satisfaction en liaison avec le dynamisme du processus pulsionnel ».¹²

L'image mnésique correspondant à l'apparition de la perception (l'aliment dans l'exemple choisi ici) restera associée avec la trace mémorielle de l'excitation du besoin. Et c'est en ce sens précis qu'on peut parler de « désir » en psychanalyse.

Ainsi pour Freud « le désir naît d'un réinvestissement psychique d'une trace mnésique de satisfaction liée à l'identification d'une excitation pulsionnelle »¹³

Le besoin interne crée une excitation, qui, pour l'enfant après une intervention étrangère (intervention de l'adulte) va déboucher sur l'expérience de la satisfaction. En réactivant au moment de sa pulsion l'image de la satisfaction, l'enfant entre dans le désir...

« Dès que le besoin se représentera, il y aura, grâce à la relation établie, déclenchement d'une motion psychique qui investira à nouveau l'image mnésique de cette perception dans la mémoire et provoquera à nouveau la perception elle-même, c'est-à-dire reconstituera la situation de la première satisfaction. C'est ce mouvement que nous appelons désir : la réapparition de la perception est l'accomplissement du désir et l'investissement total de la perception depuis l'excitation du besoin est le chemin le plus court vers l'accomplissement de désir ».¹⁴

Nous en arrivons donc à la conclusion suivante : il n'existe pas de satisfaction du désir dans la réalité. La dimension du désir n'a d'autre réalité qu'une réalité psychique. C'est la pulsion qui trouve (ou non) un objet de satisfaction dans la réalité et elle le peut précisément en fonction du désir pour lequel Freud insiste à nous dire qu'il mobilise le sujet vers l'objet

11

12

13 14 J.Dor *Introduction à la lecture de Lacan* p.181

14

pulsionnel. Mais, comme tel, le désir n'a pas d'objet dans la réalité. Il ne peut s'épuiser avec les objets de satisfaction qu'on se donne.

C'est ce que confirme F. Dolto « Un objet à sucer, qui convient au besoin réflexe de succion (expression générale à cet âge de la tension libidinale, et qui peut être de désir, donc indépendante du besoin), calme aussi l'enfant. C'est « bon » jusqu'à ce que le non-assouvissement de la faim soit de nouveau, au bout d'un temps, un déplaisir, que le plaisir de suçoter ne satisfait pas quand la succion n'est que sèche. Cependant, une succion de tétine sèche peut tromper un temps la faim. Nous voyons là chez l'être humain la possibilité qu'a le leurre de satisfaire un désir, sans satisfaire le besoin : parfois, quand l'enfant crie, c'est qu'il désire une présence alors qu'il n'a pas faim, qu'il n'a pas sommeil, qu'il n'a pas besoin qu'on le change. »¹⁵

Pour Lacan, la dimension du désir apparaît comme intrinsèquement liée à un manque, qui ne peut être comblé par aucun objet. Ainsi il dit « là où il s'agit du désir, nous trouvons dans son irréductibilité à la demande le ressort même de ce qui empêche aussi bien de le ramener au besoin. »¹⁶

Ces éléments nous amèneront, dans la suite de cet écrit, à considérer le désir comme un processus dynamique, moteur dans la prise en charge. Chez l'enfant, il n'aboutit pas nécessairement à la formulation d'une demande lui étant liée.

Toujours selon Lacan, le désir ne peut naître que dans la relation à l'Autre. L'objet du désir est toujours inconscient, il est articulé au manque.

Revenons à l'exemple de la satisfaction alimentaire. Le nourrisson est soumis à des besoins, des impératifs organiques qui se traduisent entre autres par des états de tensions du corps. Ces manifestations corporelles prennent immédiatement valeur de signes pour l'autre. C'est-à-dire que l'autre leur attribue un sens. Si aucune réponse n'y était donnée, si ces manifestations involontaires de l'enfant n'étaient pas interprétées, l'enfant n'entrerait pas dans l'univers de la communication. En effet, au départ, l'enfant ne mobilise pas son corps de façon

¹⁵ F.Dolto, *Au jeu du désir* p.22

¹⁶ Lacan, *Ecrits*, « Subversion du sujet et dialectique du désir » p.804

intentionnelle, ne cherche pas à envoyer des messages à l'autre (en particulier aux adultes qui s'occupent de lui).

« En revanche, si ces manifestations font immédiatement sens pour l'autre, cela implique que **l'enfant est placé d'emblée dans un univers de communication où l'intervention de l'autre se constitue comme une réponse à quelque chose qui a d'abord été supposé une demande.** »¹⁷

Nous interprétons donc les messages de l'enfant, comme autant de demandes. A l'origine, c'est l'adulte qui prête une demande à l'enfant.

Ainsi la demande supposée de l'enfant peut être interprétée comme étant la projection du désir de l'Autre (nous y mettons le sens que nous voulons y mettre !).

A la suite des réponses offertes à l'enfant à ses supposées demandes (lorsque la mère répond par l'objet du besoin), une nouvelle détente organique de l'enfant est investie de sens par l'Autre, comme un message de reconnaissance. Pour Maud Mannoni « Première relation établie avec la mère, elle est pour lui ce premier Autre dans lequel son propre discours va trouver un sens. »¹⁸

De même, pour F. Dolto, en plus de la dimension corporelle, les cris de l'enfant sont interprétés et investis de sens par l'autre.

« L'enfant sain crie par nécessité, besoin, désir, joie, peine parfois, mais sans crispation. [...] Il faut respecter les cris de l'enfant car, grâce à eux, il nous incite à trouver ce qui lui manque, pour peu que nous fassions confiance à ses expressions et sachions découvrir ce qu'elles veulent signifier. Si nous ne parvenons pas à comprendre la raison des cris d'un enfant, nous ne devons à aucun prix y répondre par nos propres cris, ni exercer une brutalité de gestes pour réprimer chez lui l'expression que nous ne comprenons pas ; il s'agit pour cet enfant d'une manifestation de la vie, que ce soit expression d'une demande ou d'un malaise ; et crier est meilleur pour lui que ne pas crier, même si nous ne comprenons pas ce qui s'y signifie. »¹⁹

Nous voyons ici comment dès les premiers instants de la vie, les relations interpersonnelles sont marquées par l'expression de demandes (conscientes ou non) et les réponses données à

¹⁷ Joël Dor, *Introduction à la lecture de Lacan*, p.186

¹⁸ Maud Mannoni, *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*, p.53

¹⁹ Françoise Dolto, *Au jeu du désir*, p.27

ces demandes. Nous apprenons aussi que la demande est toujours interprétée par l'autre, en lien avec son propre désir. Nous pouvons donc penser que deux thérapeutes auront des façons différentes de recevoir ce qui était à l'origine une même demande, suivant ce à quoi cela fait écho en eux.

L'enfant mobilise de plus en plus intentionnellement une organisation de signes à l'adresse de l'Autre dans l'attente du retour de la satisfaction.

J. Dor nous dit « La mobilisation signifiante des manifestations corporelles de l'enfant se constitue alors **en une véritable demande** à l'endroit de la satisfaction impérativement attendue. [...] **Par cette demande l'enfant témoigne de son entrée dans l'univers du désir, désir qui s'inscrit toujours, selon Lacan, entre la demande et le besoin** ». ²⁰

Il apparaît ici, de manière très précoce, la nécessité qu'un désir naisse afin qu'une demande puisse émaner. Plus exactement, la demande est perçue en psychanalyse comme le témoin de l'entrée dans le désir.

Autrement dit « le désir se déduit de la demande une fois le besoin satisfait » ²¹

De plus, derrière cette demande « première » s'en cache une autre. Il ne s'agit pas pour l'enfant uniquement d'une réponse à ses besoins vitaux.

« **Si la demande est avant tout expression du désir**, elle est immédiatement double. Par-delà la demande de satisfaction du besoin, se profile la demande de l'en plus qui est avant tout une demande d'amour. La demande est donc toujours formulée et adressée à autrui ». ²²

Nous avons là une illustration du lien entre la demande et l'adresse. Pour la psychanalyse, la demande est toujours la demande adressée, elle sollicite l'Autre.

Il est important d'être conscient que derrière ce qui est demandé, il y a bien souvent autre chose.

C'est ainsi que Lacan, dit « Il paraîtra étrange que, s'ouvrant là l'espace démesuré qu'implique toute demande : d'être requête de l'amour, nous n'y laissons pas plus débat à ladite question [...] C'est en effet très simplement [...] comme désir de l'Autre que le désir

²⁰ Joël Dor, *Introduction à la lecture de Lacan* p.186

²¹ Marie-pierre Vidal et Stéphanie Raimond, « Demande-moi des demandes » Orthomagazine, Dossier, n°41 Aout 2002 p.31

²² Joël Dor *Introduction à la lecture de Lacan* p.188

²³ Lacan, *Ecrits*, « Subversion du sujet et dialectique du désir » p.813

²²

de l'homme trouve forme, mais d'abord à ne garder qu'une opacité subjective pour y représenter le besoin. Opacité dont nous allons dire par quel biais, elle fait en quelque sorte la substance du désir. **Le désir s'ébauche dans la marge où la demande se déchire du besoin.** »²³

L'enfant est donc amené à essayer de signifier ce qu'il désire. Or la nomination introduit une inadéquation entre ce qui est désiré fondamentalement et ce qui s'en fait entendre dans la demande.

Nous cernons là toute la problématique de la demande et de son expression. Exprimer sous forme d'une demande ce qui est désiré, revient à créer d'emblée un décalage, à la fois entre ce qui est profondément désiré et ce qui est exprimé, mais aussi entre ce qui est exprimé et ce qui est entendu et/ou compris par l'autre (double décalage...).

Cela nous amène à être vigilant, lorsqu'un patient nous présente une demande, et à avoir toujours à l'esprit qu'une demande n'est jamais à prendre « telle quelle », qu'elle n'est pas le désir, qu'elle est amenée à évoluer et que derrière, il y a des choses qui ne se disent pas. La demande reste donc toujours interprétable.

Nous nous sommes intéressée à l'origine de la demande et à son sens en psychanalyse. Nous allons à présent tenter d'éclaircir la problématique de la demande et plus précisément demande de soin chez l'enfant. Pour ce faire, intéressons-nous aux débuts de la psychanalyse d'enfants avec les débats que cela a soulevés.

B) La demande et place des parents en cure psychanalytique d'enfants

Le courant psychanalytique fut divisé sur cette question de la psychanalyse d'enfants, et sur la place à donner aux parents lors de la cure d'enfants. Le travail est-il possible avec l'enfant seul ? En quoi l'enfant est-il dépendant de ses parents ?

Voyons les différentes conceptions qui ont cohabité au début et jusqu'au milieu du XXIème siècle, à l'origine de nombreux désaccords.

A. Freud, l'une des fondatrices de la psychanalyse d'enfants, s'est beaucoup intéressée au travail avec les familles.

Au commencement de son expérience de cure auprès d'enfants, elle estime que l'analyste doit s'approprier la place d'autorité qui était dévolue jusque là aux parents. Cette façon de faire créera des hostilités, à la fois chez les autres psychanalystes de l'époque et chez les parents des jeunes patients. Ces différends l'amèneront à adoucir sa pratique, et à procéder différemment. Elle propose alors de coopérer avec les parents, voire de les aider face aux changements de l'enfant.

A. Freud considère qu'il existe une intense dépendance psychique de l'enfant envers ses parents et son milieu. En découle pour l'analyste, tantôt de doubler éducativement les parents, tantôt de les ménager, tantôt de chercher leur collaboration. Elle lie la conduite de son travail à l'évolution des rapports familiaux. Pour elle, l'enfant ne peut remplir les conditions de l'analyse parce **qu'il est un être foncièrement dépendant**. Elle refuse alors de considérer comme transfert ce qui se joue entre l'enfant et l'analyste. Pour elle l'analyste ne peut être en prise directe avec l'inconscient de l'enfant tant que le travail de refoulement œdipien n'est pas achevé. De plus, elle pense que l'enfant ne peut établir de transfert qu'avec ses parents.

M. Klein, quant à elle, réfute cette théorie. Les deux auteurs divergent sur leur conception de l'être psychique d'un enfant. L'enfant kleinien est dominé par ses exigences internes, tandis que l'enfant anna-freudien est dépendant d'instances surmoïques extérieures. **Klein, à l'opposé, ne veut s'interroger sur l'attente des parents qu'au travers du seul fait qu'ils lui ont amené l'enfant : « s'ils me le confient, pense-t-elle, c'est qu'ils me font confiance et cela me suffit. »**

A l'inverse d'A. Freud, elle est convaincue de la possibilité de transfert chez l'enfant.

C. Arbisio, psychanalyste, nous dit que selon M. Klein: « Même si l'enfant est dépendant dans la réalité de ses parents, c'est la relation aux imagos parentales qui est le substrat du transfert, et non le lien aux parents de la réalité. »²⁴

Les rapports parents/enfant/psychanalyste ne sont donc pas simples, et dans les faits, les parents sont souvent dans une position ambivalente par rapport à l'analyse de leur enfant. L'hostilité et la jalousie font régulièrement surface, et les parents ne peuvent être évincés totalement de la cure de l'enfant. M. Klein tente alors toutefois d'obtenir une collaboration

²⁴ Christine Arbisio *Pendant la période de latence, Enfances et psy* n°12 p.82

passive avec leur inconscient, elle leur parle du sens et des effets de l'analyse, sans toutefois leur livrer de détails. Elle considère que le transfert existe de manière spontanée (avec l'enfant) étant lié surtout à l'angoisse qu'éprouve l'enfant.

Winnicott, élève de M. Klein, prendra une position très différente et ira jusqu'à créer avec certains parents une alliance thérapeutique.

Il parle de « relation de confiance » dans le premier contact avec l'enfant.

Son point de vue concernant la demande est le suivant: « Si la possibilité lui en est offerte de manière adéquate et professionnelle, puis dans le cadre limité du contact professionnel, le client apportera et révélera (d'abord avec quelque hésitation) son problème du moment, son conflit affectif ou encore le schéma de tension qui est le sien à cette période de sa vie ».²⁵

Selon lui, **le premier signe de demande** chez l'enfant, c'est bien l'utilisation qu'il fait de la possibilité de parler à lui offerte, l'utilisation de l'analyste, le premier transfert qui se noue sur l'analyse et l'analyste. Winnicott n'établit pas avec les parents de travail analytique, réservant cette écoute à l'enfant, mais il fait explicitement des parents des « cothérapeutes maison » et leur montre sa confiance comme tels.

De son côté, **S. Lebovici** ne prend pas parti dans la controverse opposant A. Freud et M. Klein. Il privilégie ce que Winnicott a appelé « les consultations thérapeutiques », consultations espacées et moins fréquentes, regroupant parents et enfant. Cela présente l'intérêt de rapprocher dans le travail « parents » et « enfants » et alors « Les parents parlent à l'enfant et ne parlent plus de leur enfant ». Ceci les conduit moins difficilement à s'impliquer, à parler d'eux, à évoquer devant l'enfant leurs conflits, leur enfance et leur histoire : « l'enfant entend son histoire et apprend souvent pour la première fois ses racines. »²⁶ Et S. Lebovici insiste sur l'importance de ne pas mettre dans ces consultations les parents en accusation.

La question de la place des parents traverse toute l'histoire de la psychanalyse d'enfants, et avec Jacques Lacan elle va venir prendre un tout autre sens. Dans une note qu'il adresse en 1969 à Jenny Aubry, Lacan écrit : « Le symptôme de l'enfant se trouve en place de répondre à ce qu'il y a de symptomatique dans la structure familiale. Le symptôme, c'est là

²⁵ Xavier Renders *Le jeu de la demande* p.226

²⁶ Xavier Renders *Le jeu de la demande* p.231

le fait fondamental de l'expérience analytique, se définit dans ce contexte comme représentant de la vérité ».

Il précise également dans cette même note qu'il peut exister un autre cas de figure, et dit « L'articulation se réduit de beaucoup quand le symptôme qui vient à dominer ressortit à la subjectivité de la mère. Ici, c'est directement comme corrélatif d'un fantasme que l'enfant est intéressé »²⁷

L'enfant peut donc être en prise avec la réalité du couple parental, ou avec sa mère. Nous reviendrons dans une prochaine sous-partie sur cette notion d'enfant symptôme.

C. Arbisio nous précise qu'à partir de là, il ne sera plus possible de recevoir les parents uniquement pour recueillir l'anamnèse ou pour s'assurer que leur hostilité ne met pas en péril la poursuite de l'analyse. « Il s'agit ici de déchiffrer le symptôme comme une question qui est prise dans le discours familial. Cela va donner une pratique de la psychanalyse d'enfants tout à fait différente, mise en œuvre par exemple par Françoise Dolto ou Maud Mannoni. »²⁸

F. Dolto tenait l'écoute des parents pour centrale et avant tout engagement d'un traitement pour l'enfant (elle se refusait à poursuivre le travail si le père n'était pas d'accord). Pour elle, la situation psychanalytique diffère dans le cas d'un enfant, mais elle affirme que les principes demeurent les mêmes qu'avec l'adulte, et que la méthode est équivalente.

Elle insiste beaucoup sur les entretiens préliminaires avec les parents, pendant lesquels elle situe le sens de la démarche, reprend l'histoire singulière de l'enfant, mais aussi la dynamique familiale et transgénérationnelle, comme nous le précise C. Arbisio. Ainsi, elle pose toujours la question du rapport des parents à leurs propres parents, c'est-à-dire, de leur propre histoire œdipienne.

M. Mannoni, contemporaine de F. Dolto, défend l'importance d'écouter la mère là où on écoute l'enfant. C. Arbisio nous dit à ce sujet, que pour elle : « [...] Ce qui compte, c'est ce qui se passe dans le discours, c'est-à-dire le lieu d'où le sujet parle, à qui il parle et pour qui. Il faut dégager dans l'analyse la place de la parole de la mère dans les fantasmes de l'enfant, ainsi que la place du père dans la parole de la mère. Pour reprendre l'expression de Dolto, l'analyste qui reçoit les parents joue le rôle « *d'éponge à angoisses* » ». Le sujet attend de

²⁷ J. Lacan « Note sur l'enfant » *Autres écrits* p.373

²⁸ Christine Arbisio « Pendant la période de latence » *Enfances et psy* n°12 p.83

l'Autre de recevoir ce qui manque à sa parole : dans la cure, c'est du lieu de l'analyste que le sujet va articuler son discours. »²⁹

Ainsi, selon elle « L'enfant que l'on amène est situé dans une famille, il porte le poids de l'histoire de chacun de ses parents. Que nous le voulions ou non, nous sommes inscrits dans un système de parenté. La venue d'un enfant pose une question à l'un et l'autre parent : ainsi, avant même sa naissance, un certain destin se dessine pour lui. »³⁰

Que ce soit pour le psychanalyste ou tout autre thérapeute, la prise en charge d'un enfant pose la question du lien que l'on va établir et garder avec les parents. La meilleure solution consiste à s'adapter au cas par cas, en fonction de l'âge de l'enfant, de sa pathologie...Quoi qu'il en soit, la mise en place de la thérapie se révèle déterminante. Certains affirment qu'il est suffisant pour engager un travail de recevoir la demande d'un seul des deux parents, d'autres insisteront pour que les deux parents donnent leur accord.

L'écoute et l'accueil des parents vont entraîner une ouverture de la demande, qui ne se limite plus à la formulation brute de départ. Dans certains cas, les parents comprennent que ce qui pose problème chez leur enfant est lié à la cellule familiale, inadaptée à l'enfant en question. En tout cas, l'analyste joue ici dans certaines prises de conscience de la part des parents. Nous avons aussi ce rôle en orthophonie, étant parfois amenés à pointer avec les parents ce qui ne « convient » pas à l'enfant. Ces nouvelles considérations ne se font pas du jour au lendemain, et c'est pourquoi la demande peut évoluer tout au long d'un suivi.

C. Arbisio, nous dit que la demande de psychothérapie à la période de latence (nous aborderons la période de latence dans une prochaine sous-partie) est à l'origine d'une situation paradoxale : les parents amènent l'enfant chez l'analyste, pour que celui-ci le leur « arrange » mais surtout sans toucher à l'équilibre familial. Or, la prise en compte de la famille est à la fois un des points les plus délicats de l'approche psychanalytique avec l'enfant, et en même temps un des principaux leviers de ce travail. D'ailleurs, nous précise-t-elle, « la psychanalyse d'enfants est marquée dès ses débuts par l'importance des parents. Le

²⁹ Christine Arbisio « Pendant la période de latence » *Enfances et psy* n°12 p.83

³⁰ Maud Mannoni, *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste* p.53

seul enfant qui ait été traité par Freud, le petit Hans, l'a été par l'intermédiaire de son père, Freud n'ayant vu l'enfant qu'une seule fois. »³¹

Que cela soit volontaire ou non, le soin d'un enfant vient fréquemment toucher à l'équilibre familial. Là encore, cela illustre les positionnements divers que peuvent prendre les parents durant la cure de leur enfant : demandeurs de changements mais ne pouvant pas toujours les accepter dans tout ce qu'ils impliquent.

La place des parents lors de la cure psychanalytique d'enfants est, nous l'avons vu, un sujet qui ne peut mettre tout le monde d'accord. Nous l'observons également en orthophonie, elle est très dépendante du thérapeute, qui adopte une ligne de conduite suivant ce qu'il perçoit de la situation (familiale en particulier), et de l'enfant. Quoi qu'il en soit, nous pouvons tirer de ces bases théoriques certaines « règles » stables. Tout d'abord, l'enfant est lié à ses parents, et ces derniers seront d'une façon ou d'une autre pris en compte ; soit ils participeront aux séances, soit un travail hors consultation (à la maison) sera entrepris avec eux, soit le psychanalyste s'attachera chez l'enfant à ce qui peut être de l'ordre du symptôme familial.

Nous ne pouvons donc pas entamer de traitement sans les parents, sans qu'il y ait demande de leur part, alors que la demande n'est pas « indispensable » chez l'enfant, du moins pas au départ ...

En orthophonie, nous pouvons nuancer l'action du thérapeute, qui n'est pas identique à celle du psychanalyste. Malgré cela, le transfert est également présent entre un orthophoniste et son patient.

L'enfant, quant à lui, doit être en attente, pas nécessairement en souffrance. Cette attente peut être abordée dans les échanges qu'il a avec ses parents. Que se disent-ils entre eux, de la demande, ou de ce qui n'est pas demandé ? Les parents peuvent alors accompagner l'enfant dans l'élaboration d'une demande. Ils sont, lors du soin de leur enfant, présents dans divers lieux et jouent un rôle évident concernant la demande de leur enfant (ils l'influencent, mais peuvent aussi l'accompagner).

³¹ Christine Arbisio « Pendant la période de latence » *Enfances et psy* n°12 p.82

I.3 Le déploiement de la demande en psychanalyse

Pour X. Renders, psychanalyste, la demande est un processus dynamique, comme nous l'avons vu dans l'introduction de notre écrit. Elle est donc amenée à se déployer, au fil des consultations.

Ainsi, il nous dit :

« On pourrait dire qu'il existe deux temps dans la rencontre du sujet avec l'analyste, deux temps dans le transfert, deux temps de demande. Deux temps, qui, au fond, traduisent ce qui s'appellerait le rythme de fermeture et d'ouverture du désir inconscient, sorte de pulsation comparable à celle du cœur (siège mythique du désir).

Ces deux temps ne sont pas véritablement à prendre dans un sens chronologique ou linéaire, car ils se répondent l'un à l'autre, ne sont pas imaginables l'un sans l'autre.

Premier temps : le temps de la demande consciente. Le patient vient trouver l'analyste avec une demande d'aide au départ d'une souffrance. Souffrance presque toujours en rapport avec un ou des symptômes, pensés comme « empêchements ». Cette demande d'aide est une demande qui cherche l'objet de sa satisfaction et croit le trouver en l'analyste : suppression du symptôme, réconfort, conseils, explication, savoir. [...]

Si cette première demande était...réussie, elle serait...ratage du processus car **c'est l'échec de la demande consciente**, répétition des échecs précédents, qui permet la poursuite du processus.

Apparaît en effet presque simultanément un deuxième temps de la demande : le temps de la demande inconsciente. En cette situation où il lui est offert de demander en paroles et devant la non-réponse de l'analyste, c'est-à-dire devant l'échec de la première demande, le sujet, avons-nous vu, se met à réarticuler des demandes plus anciennes. Cortège des questions demeurées non reconnues qui forment le fil de son histoire.

Dans la mesure où cette demande demeure ouverte, elle est mise en œuvre du désir inconscient. Ce deuxième temps de la demande nous avons choisi de le nommer demande de demander, dans le sens où le sujet y cherche une possibilité incessante d'y poursuivre sa quête, et par là, de redonner vie à son désir. »³²

³² Xavier Renders, *Le jeu de la demande* p.59/60

Une fois encore, j'insiste sur le fait que cette analyse de la demande est propre à une situation psychanalytique, et non orthophonique spécifiquement. Mais l'auteur nous apporte là des éléments de réponses quant à la question de la demande et du désir, chez l'enfant ou chez l'adulte. En effet, ce qui semble primordial dans tout processus de soin auprès d'enfants, est d'être en prise avec le désir de l'enfant. Appliqué aux suivis orthophoniques, cela n'entraîne pas nécessairement une réarticulation de demandes anciennes destinée à créer une continuité dans l'histoire du sujet. En tant qu'orthophoniste, nous ne pouvons recevoir comme l'analyste ce « cortège de questions ». Malgré tout, nous sommes dans un contexte de soin, et, comme lors de la situation analytique, il y a un transfert, nécessaire au déploiement de la demande.

Pour revenir à la question du désir, tentons de préciser le sens que nous pouvons lui attribuer au sein d'une rééducation orthophonique. Nous considérerons le désir de l'enfant comme un processus dynamique, lui permettant d'investir sa rééducation car il y trouve des éléments, des réponses qui font écho en lui. Tout ceci n'est pas nécessairement conscient. En effet, comme nous l'avons dit précédemment, il y a toujours une part inconsciente dans la demande, l'objet du désir étant inconscient.

Peut-être approchons-nous le désir de l'enfant lorsque celui-ci trouve dans sa rééducation ce qu'il n'était pas venu chercher initialement, en tout cas pas consciemment ?

Alors, en effet, si la demande peut être « divisée » en demande consciente et demande inconsciente, nous comprenons tout d'abord qu'il faut un certain temps avant qu'un enfant puisse « amener » des éléments plus profonds dans sa rééducation. La demande consciente est celle qui s'observe d'emblée, et peut être en accord ou en tout cas en lien avec la demande de ses parents. Elle n'est pas en lien avec le désir de l'enfant.

La demande inconsciente, nous l'avons compris, sera beaucoup plus enfouie et personnelle. Elle est le moteur du désir. Elle représente la demande articulée au désir.

II. L'enfant

II.1 L'enfant et ses rapports à l'adulte

A) Les statuts de l'enfant

Se poser la question de la place de la demande parentale dans une prise en charge d'enfant, c'est aussi s'interroger sur les spécificités de l'enfant, ces dernières n'étant pas les mêmes selon la façon dont on considère l'enfant.

L'enfant peut être considéré d'un point de vue politique ou encore d'un point de vue anthropologique. Suivant l'angle duquel on se place, le statut de l'enfant est considéré différemment et donc nous n'avons pas les mêmes interprétations concernant sa demande.

La question « Qu'est-ce qu'enfant ? » fait toujours débat. D'ailleurs les désaccords concernant la psychanalyse auprès d'enfants témoignent bien du fait que l'enfant n'est pas tout à fait un sujet comme les autres...

Nous nous appuyerons dans cette partie, sur les apports de la théorie de la médiation, de Jean Gagnepain, et sur les écrits de J-C Quentel. L'objectif de cette sous-partie est d'apporter un éclairage sur les différentes façons dont nous pouvons percevoir et définir l'enfant. L'élaboration d'une demande est en effet en lien avec cette question du statut de l'enfant. Qui est-il aux yeux de la société ? Quels rapports entretient-il avec ses parents ?

- Le statut politique : il s'agit de la place qu'une société confère à l'enfant à travers la vision qu'elle veut en avoir. C'est ce statut qui permet de définir ce que l'on considère que l'enfant peut (dans le sens du droit, et pas des capacités) faire ou non.

Il est donc dépendant d'une société donnée, et suivant les cultures l'enfant n'aura pas la même réalité politique.

Nous avons d'abord de l'enfant une représentation sociale, qui répond aux usages en vigueur dans une société donnée. Le premier statut de l'enfant est donc politique.

- Le statut anthropologique : il s'agit des caractéristiques spécifiques à l'homme. Le désir est considéré d'un point de vue anthropologique, ainsi que l'inconscient. Du point de vue du désir, de l'inconscient, l'enfant fonctionne comme un adulte.

Le statut anthropologique considère donc les processus existant ou non chez l'individu, en dehors de tout positionnement social. Par exemple, l'enfant n'est pas autonome de ce point de vu là car il en est « incapable » et non par parce que la société ne le lui permet pas.

Concernant le désir de l'enfant J-C Quentel nous dit,

« Et, entre autres, du point de vue de ce que les psychanalystes appellent le « désir » et des processus qu'il implique, il (l'enfant) n'est aucunement en reste par rapport à l'adulte, d'où sa totale réceptivité à l'interprétation psychanalytique, au même titre que l'adulte. »³³

« L'enfant doit faire avec l'interdit, fondateur du désir de l'homme, et avec la perte qui lui est corrélative. Il a donc son monde de fantasmes, différent, certes, quant au contenu, de celui de l'adulte, mais tout aussi complexe. »³⁴

Ces processus communs autour du fonctionnement psychique se retrouvent donc à la fois chez l'enfant et chez l'adulte. Le désir est considéré au sein du statut anthropologique de l'enfant.

Les deux statuts abordés sont donc deux manières de parler de l'enfant, de le considérer. Mais ils sont malgré tout liés, le statut anthropologique s'inscrivant de toute façon dans le statut politique.

En effet, les capacités anthropologiques vont se déployer dans un contexte social précis, puisque tout individu est considéré d'abord dans la réalité sociale.

Pour s'intéresser plus précisément à la demande de l'enfant, il est donc nécessaire de la mettre en lien avec le statut de ce dernier. D'un point de vue anthropologique, l'enfant peut avoir une demande de soin liée à un désir, puisque comme tout être humain l'enfant désire (à la différence de l'animal, uniquement dans le besoin). L'enfant tout comme l'adulte peut être gêné, souffrir, et il peut donc désirer un soin. Mais, comme nous l'avons vu, cette demande articulée au désir sera malgré tout parfois en lien avec les parents, ou plutôt avec l'histoire familiale.

D'un point de vue politique, l'enfant ne peut établir de demande. En effet, il est alors considéré suivant les représentations au sein d'une société donnée, répondant aux normes sociales.

³³ Jean-Claude Quentel, *Le parent* p.59

³⁴ Jean-Claude Quentel « L'enfant dans son rapport à l'altérité » p.7

En revanche, la demande parentale, comme nous le verrons plus tard, est fréquemment (pour une part...) demande sociale. Et l'enfant s'inscrit alors dans la demande de type social de ses parents, sans que cette demande lui soit propre.

B) L'enfant et ses parents : une histoire commune

L'enfant, avant même sa naissance, est inscrit dans une histoire familiale. Il est parlé, comme « enfant imaginaire », et sa venue au monde va l'ancrer dans une famille à laquelle il va apporter un sens nouveau. Il est porteur du désir que ses parents ont eu pour lui et du discours familial qui l'a façonné. Il est donc important en psychanalyse que les parents puissent parler de l'enfant, mais aussi de leur histoire et de comment ils vivent la parentalité.

A ce sujet, J-C Quentel nous dit :

« L'enfant a la charge de réaliser ce dont il se trouve d'emblée nanti par son entourage. Il participe des espoirs les plus intimes, comme de ses impasses les plus dissimulées et il vient même les incarner. [...] Il s'y révèle la façon dont l'enfant porte quelque chose qui le dépasse, dont il fait finalement marque pour sa famille. Il reflète notamment l'inconscient de ses parents ; il en est l'écho. »³⁵

L'enfant a une place « à part » et il est toujours lié à ses parents. Ses parents projettent sur lui des éléments de leur inconscient, ils ont des attentes inconscientes par rapport à lui. L'enfant ne peut donc être foncièrement autonome, dans la mesure où sa construction et sa réalité psychique se trouve entremêlées à tout ce qu'il apporte à ses parents. Il place ses parents en position de parents, et est donc amené à « assumer » cette position.

Dès que l'on s'intéresse à l'inconscient nous nous plaçons dans ce qui ne peut se présenter à nous, soignants, de manière directe. A partir du moment où des processus inconscients sont en jeu, la demande sera également pour partie inconsciente, ou, suivant la façon de la considérer, il y aura présence à la fois d'une demande consciente et d'une demande inconsciente.

Comme nous l'avons dit, la demande ne peut donc jamais se saisir pleinement.

Toujours selon J-C Quentel,

³⁵ Jean-Claude Quentel « L'enfant dans son rapport à l'altérité » p.7

« L'enfant renvoie, aussi bien à la psychanalyse qu'à la psychologie génétique, à l'illusion de représenter l'origine. L'enfant est ainsi pour l'adulte ce qu'il y avait au commencement de chaque individu. Ainsi, l'enfant devient à la fois notre modèle, tout en cherchant en nous (adulte) les repères identificatoires pour se construire. »³⁶

Les intrications dans les rapports parents/enfants sont donc fortes, et lorsque nous recevons un enfant, il est intéressant d'avoir conscience de ce statut de l'enfant, et de ce qu'il peut représenter pour ses parents, et plus généralement pour l'adulte.

D'après J-C Quentel, « L'enfant qui s'incarne dans le petit n'est précisément enfant que d'être porté par l'adulte, c'est-à-dire inscrit dans son histoire [...]. L'enfant, ce n'est jamais tel enfant ; il est tout autant celui qu'on porte en nous que celui que nous avons ou nous allons avoir ; il représente celui que nous avons été pour nos parents, mais également celui qu'eux-mêmes ont été pour leurs propres parents. [...] **L'enfant ne se définit jamais que dans son rapport à l'adulte [...] Ou bien il est dans l'adulte et il fait alors sans cesse surface dans la cure, ou bien l'adulte est en lui et l'inscrivant dans son histoire, lui confère finalement sa propre enfance** ». ³⁷

Nous voyons donc encore une fois comme la position de l'enfant, la façon dont il est perçu par l'adulte, et par ses thérapeutes est influencée par le regard de l'adulte, et le lien aux parents. L'enfant que nous suivons en rééducation est donc imprégné de l'histoire et des attentes de ses parents. Encore une fois cela nous conforte dans la nécessité de considérer l'enfant **et** ses parents.

Ces théories nous apportent des éléments de réponses au sujet de situations que nous rencontrons parfois en orthophonie. Il arrive que l'on perçoive l'enfant comme voulant « faire plaisir » à ses parents, avec une grande difficulté pour nous à entrevoir son désir propre. Son désir nous semble enchevêtré dans sa relation avec ses parents.

Alors, comment en tant que thérapeute, aborder l'enfant, lui donner une place à part entière ? Qu'est ce qui fait qu'un enfant va pouvoir investir une rééducation « pour lui », et créer avec

³⁶ Jean-Claude Quentel « L'enfant dans son rapport à l'altérité »

³⁷ Jean-Claude Quentel « L'enfant dans son rapport à l'altérité » p.8

son thérapeute (qu'il soit psychanalyste ou orthophoniste) une relation spéciale, au sein de laquelle même si les parents apparaissent en fond, il pourra se livrer.

C) L'enfant et le thérapeute

Quel lien l'enfant entretient-il avec son thérapeute, son orthophoniste ? Quelles sont les attentes, les projections de l'enfant face à celui-ci ?

Et pour le thérapeute, que se joue-t-il dans une rééducation auprès d'un enfant ?

Ainsi que nous l'avons déjà évoqué, la demande que l'enfant va pouvoir déployer lors des séances d'orthophonie est en lien avec les représentations qu'il peut avoir de l'orthophonie et de l'orthophoniste, avant même qu'il franchisse le seuil du cabinet pour la première fois. Ces représentations vont dès lors être sujettes à des modifications, selon « l'accueil » fait à l'enfant, à sa demande, à ce qu'il va nous présenter comme son « symptôme ». Nous avons donc un rôle évident et prépondérant à jouer, pour recevoir cette demande première et permettre son déploiement.

• La reconnaissance du symptôme et le temps nécessaire à l'émergence de la demande

Tout d'abord, nous l'avons vu, l'enfant ne présente que très rarement une demande, spontanément. Notre tout premier rôle est donc de lui poser directement la question : « qu'est-ce qui te gêne ? Pourquoi viens-tu me voir ? ». Cette démarche ne peut se faire que si l'on est dans la reconnaissance de l'enfant en tant que sujet. Nous le reconnaissons comme sujet désirant d'abord, même s'il reste inscrit dans l'histoire de ses parents.

C'est ce que nous dit G. Dubois,

« Cette reconnaissance apparaît d'abord dans la priorité qui est accordée à l'enfant : un temps, un espace, lui sont consacrés. Il est le point central de la rencontre entre ses parents et nous, et si son symptôme est l'objet du discours, lui, l'enfant est écouté ».³⁸

C'est ensuite tout un travail d'accompagnement qui nous attend, puisque l'enfant a besoin de temps, d'écoute et d'accompagnement pour s'installer dans cette position de « sujet » et être amené à élaborer sa demande

³⁸

Geneviève Dubois, *L'enfant et son thérapeute du langage* p.67

Pour G. Dubois, la demande de l'enfant dans un premier temps est souvent conformiste. Cette demande est alors conforme à celle des parents, ou de l'école. Parfois, au contraire elle s'exprime en totale opposition.

Mais qu'elle soit conformiste ou marquée de l'opposition de l'enfant, cette première expression de la demande n'est qu'une demande superficielle, non authentique (c'est-à-dire non liée au désir de l'enfant).

« Mais ce qu'il y a de merveilleux, quand nous savons attendre, réserver d'abord profondément en nous, une véritable reconnaissance de l'autre, c'est que, peu à peu, ou brutalement, la demande émerge, authentique ». ³⁹

Derrière les demandes premières (que nous pouvons considérer comme demandes sociales), se cachent et sont amenées à se déployer des demandes plus profondes, articulées au désir. Ces demandes peuvent être en lien avec la structure familiale, être liées à des conflits œdipiens... Il s'agit donc d'être patient, ouvert et disponible. Ne pas prendre à la lettre la demande première en attaquant de plein fouet le symptôme, mais être attentif à ce qui est latent, et qui sera au cœur de la rééducation et des possibilités d'évolution. Offrir à l'enfant une place, un statut de sujet, et lui donner les moyens de déployer sa demande : un espace non « fermé », une écoute...

« Cette prise en compte de la demande constitue un cheminement dans les conceptions actuelles de la rééducation, qu'implique la reconnaissance de la notion de symptôme : mais sa généralisation se heurte à des difficultés d'ordre théorique et pratique : elle nécessite en effet une formation personnelle dont on ne peut faire l'économie. Cette forme « d'attente active » de la part du thérapeute ne s'improvise pas. Elle n'est ni passivité, ni démission : elle est au contraire présente 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. Elle ne prend son sens que lorsque le rééducateur, ayant fortement investi sa technique, est en mesure d'y renoncer tout le temps nécessaire à l'éclosion et la maturation de la demande de l'enfant. » ⁴⁰

³⁹ Geneviève Dubois, *L'enfant et son thérapeute du langage* p.67

⁴⁰ Geneviève Dubois, *L'enfant et son thérapeute du langage* p.68

Nous nous retrouvons une fois de plus, face à l'importance à donner au désir de l'enfant. Ce n'est qu'en offrant une place et un lieu d'expression au désir de l'enfant, que nous pourrions offrir une place à sa demande, et par la suite lui venir en aide. La reconnaissance du symptôme et la façon dont nous allons accueillir l'enfant au départ sont des éléments entrant en jeu dans la reconnaissance de ce désir. Parfois, il faut aller « chercher » le désir, en tout cas chercher à le faire émerger, et cela nécessite que nous nous détachions de notre but premier, c'est-à-dire rééduquer un trouble, que nous nous détachions de notre mission « *ortho* »...

• La relation et l'espace

Toute prise en charge est marquée par l'instauration d'un cadre thérapeutique, dont la relation thérapeutique et l'espace font partie. Ce cadre définit ce qui est possible et ce qui n'est pas possible de faire, de dire, au sein de la séance.

L'établissement du cadre a des nombreuses fonctions, et c'est à l'intérieur de celui-ci que vont venir se poser les demandes.

Toujours selon G. Dubois « Le rééducateur, centré prioritairement sur la liberté d'expression de l'enfant, lui offrira la possibilité d'exprimer verbalement ce qu'il aura besoin de dire, en étant d'abord à l'écoute de cet enfant et en respectant ses formulations encore maladroitement. L'enfant qui par ailleurs est rendu très conscient de son défaut de langage par un entourage anxieux, parfois coercitif, sera heureux de trouver chez le rééducateur une attitude différente : le rééducateur, dont la fonction est pourtant de normaliser le langage, donnera à l'enfant une pleine latitude d'expression verbale : il ne sera pas à l'affût de ses difficultés, il ne pratiquera pas une politique de harcèlement, mais d'accueil. »⁴¹

La demande « authentique » ne peut émerger au sein d'une relation basée sur des recherches de normalisation. Il est important pour le thérapeute d'aller au-delà de ce rôle qui lui est attribué par le regard et les attentes de l'extérieur (y compris des parents), nous y reviendrons.

C'est en se sentant libre de s'exprimer sans contraintes, en sentant qu'il n'est pas jugé et que l'on ne cherche pas à le faire entrer dans une « normalité », que l'enfant va pouvoir apporter

⁴¹ Geneviève Dubois, *L'enfant et son thérapeute du langage* p.45

ce qui lui pose réellement problème et exprimer éventuellement ce qu'il voudrait changer, ce qui peut finalement, le faire souffrir.

Pour G. Dubois, l'enfant et son thérapeute sont dans une relation duelle, au sein de laquelle le langage est le médiateur. Elle nous dit :

« Nous entrons dans cette relation avec l'enfant, d'abord chacun avec ce que nous sommes, avec ce que nous y cherchons. Mais nous y entrons chargés dans les fantasmes de l'enfant, d'un rôle, peut-être d'une auréole, mais aussi d'une incertitude :

-rôle de celui qui sait

-rôle de celui qui va aider

-auréole de celui qui ne juge pas, ne condamne pas

-mais aussi porteurs d'une incertitude : ce rééducateur ne serait-il pas encore un adulte qui ?... »⁴²

La relation entre l'enfant et le soignant va être définie dès le départ par les représentations que l'enfant a de l'orthophoniste (qu'est-ce qu'un orthophoniste ?). Cela rejoint ce qui est considéré comme le « supposé savoir » de l'enfant, c'est-à-dire pour la psychanalyse le contre-transfert établi par l'enfant avant même la rencontre avec le thérapeute.

Pour que la relation puisse s'établir, il est important que le thérapeute soit en accord avec ces représentations, ou en tout cas que son comportement permette à l'enfant d'établir ce type de projections. C'est également vrai pour les parents, qui ont leurs propres projections et attentes vis-à-vis de l'orthophonie.

Le rééducateur remplit le rôle de « celui qui va aider », il est présenté ainsi. Mais, comme le précise G. Dubois, « *L'enfant a-t-il toujours tellement envie d'être aidé ?* ».

Ce n'est pas parce que l'enfant accepte la rééducation, qu'il a profondément envie d'être aidé, ou envie de changer, de se débarrasser de son « trouble ».

Elle nous précise que l'enfant, quand il dit « oui » à la rééducation, dit peut être d'abord oui au rééducateur qui a su le séduire.

Voici encore une illustration de la complexité de la demande. On pourrait (voudrait ?) croire que l'enfant qui accepte, investit la rééducation, le fait parce que cela est en accord avec un

⁴² Geneviève Dubois, *L'enfant et son thérapeute du langage* p.54

changement souhaité, éventuellement avec une situation de gêne ou de souffrance, même s'il n'y a pas de demande énoncée clairement. Or nous sommes aussi en rééducation, dans un champ de relation. L'enfant, nous l'avons vu, se positionne dans sa rééducation souvent en lien avec ses parents, mais cela peut être vrai également (pour d'autres raisons) avec son rééducateur. Une fois que la relation est instaurée, la rééducation peut être basée sur cette relation à laquelle l'enfant (et peut-être le thérapeute ?) sont attachés, sans être motivée par un désir (ou une demande) de changement. Nous en oublions alors le but premier de la prise en charge, favorisant la bonne relation, sachant de toute façon, que, comme nous l'avons vu, c'est au sein de ce type de relation que le désir et la demande pourront se développer.

Pour qu'un enfant puisse exprimer une demande, il faut qu'une individuation soit présente. Et cela rejoint toute la complexité du lien avec les parents, de quelle position donner à l'enfant, afin qu'il puisse se positionner en tant que sujet et donc s'individualiser (c'est-à-dire être une personne pensant et parlante à part entière).

Nous venons de mettre en avant les enjeux de la relation dans le soin d'un enfant, et de montrer en quoi cette relation est un préalable à l'émergence d'une demande.

Cette bonne relation, indispensable, s'établit dans un espace et un temps privilégiés.

Etre à l'écoute des désirs de l'enfant, en le laissant se positionner comme il le souhaite, choisir du matériel, nous apporter ce qui vient de lui, c'est aussi lui donner l'opportunité de nous apporter sa demande. Nous l'avons vu, les liens sont étroits entre désir, demande, besoin, mais il est important de différencier les trois. L'enfant peut avoir un désir sans formuler de demande, ou à l'inverse nous présenter une demande conformiste non reliée à son désir.

L'investissement de l'espace (pièce de rééducation) par l'enfant, ainsi que l'investissement du thérapeute (trouver la bonne distance physique avec le thérapeute entre autre), aboutit généralement au travail orthophonique technique à proprement parler. Par exemple, nous pouvons observer la façon dont l'enfant investit le bureau : arrive-t-il « à reculons », utilise-t-il de lui-même le matériel présent ? Tout ceci est en lien avec le cadre défini par l'orthophoniste, et qui inclut ce que l'enfant a le droit ou non de faire. Ainsi au cours du suivi nous observons que des routines se mettent en place : l'enfant prend sa place (en face ou à

côté de l'orthophoniste), il peut par exemple spontanément ouvrir son cahier lorsque ce support est utilisé...Des accords, actions implicites se mettent en place, l'espace est investi.

Nous pouvons percevoir, saisir comme autant de signes de demandes tout ces signes non-verbaux, qui touchent à la relation, et sont souvent révélateurs du désir de l'enfant.

« Quand l'enfant a pu se libérer en actes ou en paroles (et exprimer ses fantasmes), il demande le plus souvent, ou accepte, des exercices de langage, car il sait bien pourquoi il vient chez son rééducateur. »⁴³

Du point de vue du thérapeute, le travail auprès de patients joue un rôle sur le plan narcissique. En effet, certaines rééducations dont les effets se font ressentir viennent « flatter » le thérapeute sur le plan narcissique. Il est venu en aide à une personne, des remarques positives lui sont renvoyées...A l'inverse, les situations de mise en difficultés, d'échec, d'abandon sont blessantes et viennent heurter le thérapeute.

Ceci soulève une nouvelle question ; qu'en est-il de la demande du thérapeute ?

Nous ne nous y pencherons pas dans cet écrit, mais il est nécessaire de souligner la présence de cette demande. Dans la relation de soin qui s'instaure, nous pensons qu'il y a circulation et échanges des demandes, très souvent de manière inconsciente. Le thérapeute participe à cette dynamique, en proposant dans une rééducation, quelque chose de lui...

II.2 Complexe d'Œdipe et période de latence

...à la période de latence

Nous nous intéressons à cette période afin de préciser quelles pourraient être les spécificités de la demande à ce moment là. En effet, nous allons le voir, l'enfant connaît alors des changements dans son rapport au monde, à l'autre. La relation aux parents est modifiée (et même à la famille plus largement), ainsi que le rapport aux apprentissages. L'enfant se positionne donc différemment, et entretient un rapport nouveau avec son désir. La question de sa « demande » prend donc une dimension nouvelle.

⁴³ Geneviève Dubois, *L'enfant et son thérapeute du langage* p.44

La notion de période de latence apparaît pour la première fois chez Freud, en 1905, dans les *trois essais sur la théorie sexuelle*. Freud précisera ensuite que cette période débute autour de 5 ans révolus pour se conclure avec la puberté. Il a recours à cette conception d'une période de latence pour rendre compte de cette suspension, qui correspond à une phase de répression de la sexualité. Il s'agit donc pour Freud d'une phase de latence sexuelle, pendant laquelle il se produit une « mise en sommeil » de la sexualité. La sexualité infantile est alors frappée par le refoulement.

C. Arbisio, précise qu'à l'âge de latence, derrière les demandes familiales de psychothérapies, se cachent des demandes sociales. L'enfant doit réussir à l'école, correspondre à un modèle idéal, qui consiste à préparer sa future réussite sociale. L'enfant qui n'obéit pas à cela, qui n'est pas conforme, est un exclu. Ce terme nous semble fort, nous pouvons nuancer en disant qu'en tout cas il est inadapté au système scolaire.

La psychothérapie vient alors, pour les parents ou les enseignants, comme une réponse « orthopédique », chargée de réparer l'enfant non conforme. De plus, l'enfant est tenu de satisfaire les désirs narcissiques de ses parents, et par-delà de tout l'imaginaire social. Plus que jamais, l'enfant est tenu de réussir socialement, il « [...] est le seul objet de jouissance supposée au grand Autre social, familial, politique [...], le seul objet qui répond à la demande du grand Autre. Pas de sacrifice qui soit assez grand pour l'enfant ; rien sur quoi puissent mieux se fonder des espérances »⁴⁴

A) L'enfant et les apprentissages

C'est en raison de l'impossibilité de réaliser ses désirs incestueux du fait de son immaturité fonctionnelle **que l'enfant renonce à la satisfaction de ses désirs et se tourne vers le monde de la connaissance. L'enfant de la latence, quand il va bien, est curieux, intéressé par tout ce qu'on lui propose, il a envie d'apprendre et de découvrir. Cela concerne le domaine intellectuel, mais aussi ce que l'on peut désigner du terme large de créativité.** Certains enfants sont capables d'investir avec beaucoup de bonheur les disciplines artistiques : musique, dessin, danse...auxquelles ils sont initiés. Sans oublier la lecture, domaine qui participe de l'intellectuel et de l'artistique : les premiers apprentissages accomplis, c'est pendant la latence que l'enfant, quand il en a le goût, découvre

⁴⁴ Christine Arbisio « Pendant la période de latence » *Enfances et psy* p.85

l'enchantement que peut représenter le plaisir de lire. L'entrée dans l'écrit, nous ne pouvons l'ignorer, ne peut se faire sans désir de la part de l'enfant (désir en lien avec une recherche de réponses concernant les questions de type existentiel particulièrement).

Ainsi, C. Arbisio précise que les demandes de psychothérapies sont très nombreuses durant la période de latence alors que la symptomatologie est très discrète. Ces demandes sont en grande partie des demandes liées à la scolarité, se départageant entre les problèmes liés à l'adaptation à l'école et les difficultés touchant les apprentissages. Toujours selon elle, les désirs œdipiens amoureux et meurtriers sont à ce moment-là sous le coup de l'interdit : les forces pulsionnelles qui les animaient sont, pour une part, refoulées, ce qui entraîne une levée massive de mécanismes de défense destinés à protéger de leur retour éventuel. Ainsi, il est banal de constater que le fonctionnement psychique de l'enfant de cet âge s'obsessionnalise : il se montre précautionneux, met en place de nombreux rituels, devient collectionneur...

Freud lie la période de latence à la « sublimation », comme si les deux notions étaient inséparables. En réalité, le concept de sublimation reste flou et mal défini dans la doctrine freudienne, et le statut de celle-ci à la latence n'a rien de si limpide, bien au contraire.

La sublimation peut être définie comme : « un processus psychique inconscient qui rend compte pour Freud de l'aptitude de la pulsion sexuelle à remplacer un objet sexuel par un objet non sexuel (connoté de certaines valeurs et idéaux sociaux) et à échanger son but sexuel initial contre un autre but, non sexuel, sans perdre notablement en intensité. »⁴⁵

Ainsi, les pulsions, tant sexuelles qu'agressives, ne pouvant trouver de satisfaction directe, se déplacent vers d'autres buts, socialement valorisés. C'est ainsi que comme nous l'avons dit, l'enfant se tourne naturellement vers le monde de la connaissance, ou encore de la créativité.

Pour P. Denis, la latence correspond à une perte narcissique fondamentale, due à plusieurs raisons :

« L'obligation de désinvestir les parents des sentiments oedipiens, la blessure narcissique provoquée par l'Œdipe et le sentiment de sa propre insuffisance. Cela est à l'origine du remaniement narcissique considérable de la latence, qui s'étale de la fin de l'Œdipe à la

⁴⁵ Christine Arbisio, *L'enfant de la période de latence* p.233

puberté, et dont une des modalités est le contre-investissement narcissique. L'enfant, contraint par l'interdit oedipien à renoncer à la satisfaction sexuelle directe avec les parents, ramène une grande partie de ses investissements sur lui-même »⁴⁶

D'après F. Dolto, c'est durant cette période particulière que l'orientation dans le temps et dans l'espace se précise et s'acquière. Elle note que les jeux changent de style.

« L'enfant recherche la difficulté et s'initie à des techniques industrielles ou artistiques qu'il cherche à maîtriser, en tout cela, c'est moins le plaisir pris que la communauté de points de vue éthiques ou esthétiques avec des camarades de son âge qui tient la place consciente. »⁴⁷

De plus, selon C. Arbisio, l'enfant développerait pendant cette période des modèles de socialisation.

« De ce point de vue, la période de latence apparaît comme un moment fondamental pour l'inscription de l'enfant dans la culture et le monde social. C'est vraiment le passage du petit enfant pulsionnel à l'être doué de raison, mais marqué par les interdits et le malaise dans la civilisation. »⁴⁸

D'ailleurs, nous en profitons pour faire remarquer qu'il est usuel dans la vie courante de parler pour un enfant âgé de 7 ans, « d'âge de raison »...

L'école joue un rôle important autour de ces remaniements, ces évolutions propres à la période de latence. En effet, l'enfant qui entre à l'école primaire, va continuer son autonomisation, non plus au sein de sa famille, mais par rapport à sa famille. Cela est possible grâce au rôle joué par l'école, qui sera un des pivots de cette automatiser. L'école primaire va stimuler la fonction symbolisante de l'enfant en le confrontant à la nécessité d'abstraction. On attend de l'enfant qu'il restreigne au maximum sa motricité et qu'il apprenne à se passer de la perception (rester assis sur sa chaise !) L'enfant doit donc apprendre à ne se déplacer qu'à l'intérieur de lui-même...

⁴⁶ Christine Arbisio, *L'enfant de la période de latence* p.113

⁴⁷ Françoise Dolto, *Au jeu du désir* p.233

⁴⁸ Christine Arbisio « Pendant la période de latence » *Enfances et psy* n°12 p.85

F. Dolto partage le même avis que les auteurs cités précédemment « L'enfant qui a bien résolu le complexe d'Œdipe est sans angoisse, il n'est plus pressé de devenir grand, ses préoccupations sont centrées sur sa vie sociale présente, sur ses contacts avec les enfants de son âge. Grâce à l'ordre inconscient et conscient que l'interdit clair et accepté de l'inceste instaure dans la libido apaisée de l'enfant, s'éveillent des intérêts électifs pour les enfants de sa classe d'âge, ainsi que pour les adultes qui concourent à son développement en respectant sa personne : maîtres, éducateur, professeurs, aînés qui l'initient à des techniques sportives ou culturelles. Nous ne dirons jamais assez que c'est de la connaissance claire de la loi de l'inceste que découle la puissance ordonnée des pulsions. C'est cette connaissance claire qui va donner à l'enfant le sens de sa promotion de plein droit comme citoyen, et qui permettra à toutes ses énergies de muer à la recherche de l'expression symbolique : travail, acquisitions de toutes sortes, manuelles, intellectuelles, activités ludiques ou sportives dans une recherche d'échanges avec des camarades du même âge ou de personnes de l'entourage toutes marquées, comme l'enfant, par l'interdit de l'inceste et ainsi valorisées »⁴⁹

De même, c'est au cours de la période de latence que se font certaines découvertes sur le plan langagier. L'enfant à la période de latence va découvrir qu'il a inventé les règles du langage en parlant. Au départ, l'enfant baigne dans un bain de langage, dans lequel il apprend les règles, sans savoir qu'elles sont les règles du langage, il les utilise et a l'impression de les créer lui-même. Il connaît et utilise les règles de manière implicite, spontanée, sans même savoir qu'elles existent. C'est ce que les recherches en psychologie du développement nomment « conscience grammaticale, ou conscience syntaxique ». Lors de la période de latence il découvre qu'il y avait des règles, des règles qui préexistaient. Cette découverte, entre autres, est une re-saisie dans le temps d'avant, du rapport de l'enfant à son langage.

Nous nous sommes intéressée à la période de latence car elle correspond à l'âge de nombreux enfants que nous rencontrons en orthophonie. Effectivement, les théories sur la latence nous montrent les enjeux existant sur le plan du langage ou des apprentissages. Voyons maintenant les modifications affectant la famille.

B) L'évolution des rapports enfant/parents

⁴⁹ Françoise Dolto, *Au jeu du désir* p.233

Nous l'avons dit, à cette période l'enfant vit une blessure narcissique suite au complexe d'Œdipe, et tout un travail est en cours sur le plan narcissique, l'image de soi.

P. Denis traduit cela dans la réalité par la nécessité pour l'enfant d'une fierté réciproque entre ses parents et lui, et d'un partage avec eux. L'enfant a besoin de pouvoir partager avec des adultes le plaisir du fonctionnement du moi, et le plaisir de penser. L'enfant de cet âge a besoin d'un narcissisme suffisamment heureux, et Denis y insiste : « Au contraire toutes les blessures narcissiques entravent l'installation de la latence. »⁵⁰

C. Arbisio nous précise que « Les enfants très blessés eux-mêmes sur le plan narcissique, qui ne se sentent pas à la hauteur des demandes des parents, risquent de se trouver en difficulté à ce moment là. Cela donne une nouvelle dimension aux parents : d'objets sexuels, ceux-ci deviennent en quelque sorte objets de transferts pour l'enfant. Ils deviennent le support transférentiel d'une relation dont ils étaient eux-mêmes, il y a peu, les objets, ce qui suppose toute une élaboration psychique. »⁵¹

Nous rejoignons ici la question des rapports et liens parents/enfants. Ainsi, il est intéressant de noter que lors de l'entrée dans les apprentissages, la nature de ces liens se modifie, avec la résolution de l'Œdipe. L'enfant et ses parents n'entretiennent plus exactement les mêmes liens, ce qui amènera les parents à modifier leur place dans la prise en charge de leur enfant.

« Durant cette période, l'enfant oscille entre des positions contrastées : celle qui porte la marque du stage phallique avec la toute-puissance mégalomane de la pensée et l'égoïsme intellectuel décrit par Piaget (1966), celle à l'inverse qui le renvoie à des sentiments d'incapacité et d'impuissance qui lui font douter d'être capable d'apprendre à la grande école (et que nous abordions plus haut). Il apparaît que tous les enfants qui entrent au cours préparatoire sont la proie d'un double mouvement contradictoire :

-avoir envie d'apprendre et d'entrer dans le monde sérieux des adultes

-avoir peur de se révéler incapable et souhaiter du coup rester dans le monde familial des petits enfants et des bébés, dans l'abri maternel. »⁵²

⁵⁰ Christine Arbisio, *L'enfant de la période de latence* p.114

⁵¹ Christine Arbisio, *L'enfant de la période de latence* p.113

⁵² Rosine Debray, *L'examen psychologique de l'enfant de la période de latence* p.50

La peur d'échouer pousse l'enfant à camper sur des positions caractérielles où dire « non » c'est-à-dire « je ne veux pas » protège en réalité de la confrontation narcissiquement intolérable avec « je ne peux pas ». Nous reviendrons dans la partie pratique sur le « non » de l'enfant, et quel sens lui donner, par rapport à la question du désir et de la demande.

La demande est dynamique. Or, considérant que l'enfant est à cette période en plein remaniement du point de vue de son fonctionnement psychique, il peut être particulièrement difficile « d'attraper » sa demande. D'autant plus que les parents sont considérés différemment par l'enfant (perdant leur position d'objets sexuels).

« Cet accès, même bref et discontinu, à une position où l'enfant supporte de ne pas savoir, s'avère indispensable pour que les informations pertinentes puissent pénétrer à l'intérieur de sa psyché et être ensuite retenues à l'intérieur de son appareil cognitif. Un pas décisif est franchi lorsque l'enfant réalise qu'il est capable d'apprendre. Pour cela, l'enfant a besoin de valorisations positives, qui limiteront ses angoisses. »⁵³

Le surmoi de l'enfant, à l'orée de la latence, se construit sur un principe général et des particularités familiales. La latence va produire un travail de « départicularisation du surmoi. »

Voyons ce qui se cache derrière cette notion.

Chaque enfant arrive dans un groupe avec ses propres règles internes. Pour constituer les règles de groupes, les enfants vont devoir mettre en commun ces règles internes. Il va y avoir dans l'organisation des groupes d'enfants latents, tout un travail de transactions pour la mise au point de règles communes. Les groupes d'enfants latents commencent à inventer leurs règles de groupes, ce que ne font pas les enfants avant la latence. Donc, ce qui va se passer à ce moment là, c'est que l'enfant qui n'a connu surtout que les règles de sa famille, va découvrir qu'il y a d'autres familles, et que dans ces autres familles, il y a aussi des règles qui sont en partie semblables et en partie différentes. Il va donc devoir passer aux concepts, pour se détacher du collage de sa famille, c'est-à-dire remettre en cause les règles (pour lui universelles) auxquelles il était soumis jusque là.

⁵³ ⁵³ Rosine Debray *L'examen psychologique de l'enfant de la période de latence* p.51

Au sujet de cette idée de « collage » avec sa famille dont l'enfant se détache, F. Dolto nous dit :

« Il est rare que le renoncement au désir incestueux soit clair à la conscience d'un enfant de six, sept ans, mais cela peut se voir : il s'agit alors d'un enfant plein de vitalité, et, en quelques semaines, il mûrit. Il aime ses parents bien-sûr... Ses parents l'aiment aussi, bien-sûr... **Mais entre la vie des parents et celle de l'enfant, un trait est tiré.** »⁵⁴

L'enfant se met donc à percevoir le monde, et également sa famille d'une façon nouvelle. Les relations interfamiliales sont petit à petit modifiées. Ces changements qui prennent naissance à la période de latence vont perdurer et se solidifier lors de l'adolescence, autre période charnière.

« [...] Pour la plupart des enfants, du fait qu'ils restent dans le milieu familial, il y a une période de refoulement des pulsions sexuelles génitales. Ce refoulement s'accompagne d'une prise de distance vis-à-vis de la fratrie : jusque-là, ils trouvaient en leurs frères et sœurs des compagnons de jeu d'élection. Il y a maintenant vis-à-vis du parent de sexe opposé une façon de le battre en froid en même temps qu'une valorisation inconditionnelle un peu abstraite des dires et faires du père en société. Le père paraît de droit maître au foyer. L'enfant sent, même s'il ne veut pas le reconnaître consciemment, que le père est le promoteur de la vie à la maison ; et surtout le père est valorisé socialement comme maître du nom, organisateur de la famille. »⁵⁵

Suite à l'interdit de l'inceste, une période fructueuse et calme se met en place, période pendant laquelle l'enfant est attentionné à l'égard du parent de sexe complémentaire, il ne veut pas le décevoir.

Les liens familiaux prennent dès lors tout leur sens pour l'enfant, qui commence à s'y intéresser et à questionner pour se les faire préciser. De manière plus générale, l'enfant se tourne et aborde différemment les adultes de son entourage : maîtres, éducateurs...

De la même façon, comme nous l'abordions auparavant, ses relations avec ses camarades évoluent, et sont à l'origine de nombreuses découvertes.

⁵⁴ Françoise Dolto *Au jeu du désir* p.231

⁵⁵ Françoise Dolto *Au jeu du désir* p. 231

55

D'après F. Dolto « Les satisfactions solitaires narcissiques ont désormais moins de valeur reconnue pour l'enfant que celles qu'il éprouve en compagnie, avec des camarades choisis par lui, dans des activités langagières, ludiques et culturelles.

La période de latence se termine avec la poussée pubertaire, poussée physiologique, transformation physique du jeune garçon ou de la jeune fille qui va faire resurgir les problèmes de la crise oedipienne. »⁵⁶

On assiste alors avec l'entrée dans l'adolescence, à l'émergence de la personne.

La période de latence est abordée ici autour d'une recherche d'éléments de réponses à la question de la demande de l'enfant. L'enfant en période de latence, peut-il avoir et exprimer une demande articulée au désir ?

Nous avons vu que cette période est propice à des remaniements d'ordres divers ; un intérêt pour les connaissances apparaît, les apprentissages sont investis, l'enfant perçoit et vit ses relations familiales différemment. Il est fréquent pour les orthophonistes de recevoir en bilan des enfants de CP, CE1, c'est-à-dire âgés de 6 ou 7 ans, amenés par leurs parents pour des difficultés à entrer dans la lecture ou l'écriture. Souvent, nous remarquons qu'il est difficile pour l'enfant d'investir les apprentissages de manière plus générale, d'entrer dans le symbolisme (indispensable à la lecture). De même, cette difficulté à investir les apprentissages peut être liée à un manque de maturité plus générale de l'enfant. Notre premier travail consiste alors à amener l'enfant à grandir, et parallèlement à amener les parents à laisser grandir leur enfant !

Les informations apportées nous éclairent sur le fonctionnement de l'enfant, sur le plan du langage, des apprentissages, mais aussi dans sa relation aux parents. Nous l'avons dit, l'enfant, selon les psychanalystes, établit un transfert avec ses parents. De plus, l'enfant peut alors entrer dans une recherche de filiations, se questionnant sur sa famille et sur les liens familiaux.

Ces données sont des indications sur la manière d'aborder l'enfant, de conduire la prise en charge. De même, ces apports théoriques peuvent permettre de mieux cerner comment la demande va s'exprimer, et où. En effet, si les enfants jeunes (avant l'entrée au cours préparatoire) sont majoritairement « collés » à la demande des parents, dans les années qui

⁵⁶ Françoise Dolto *Au jeu du désir* p.234

suivent nous pouvons remarquer qu'il arrive que l'enfant se positionne différemment de ses parents, et exprime des souhaits allant à l'encontre de ce que les parents « demandent » quant à la prise en charge.

La discussion semble alors ouverte, possible autour du soin, entre l'enfant et ses parents. Même s'il est bien évidemment toujours dépendant de ses parents, l'enfant peut alors tenter de « négocier » sa prise en charge, et exprimer plus fermement son point de vue. Nous y reviendrons dans la partie pratique, avec l'exemple d'un jeune garçon de 8 ans.

II.3 La demande de l'enfant

Nous en revenons à la question principale de cet écrit : l'enfant peut-il avoir une demande, et dans quelle mesure.

X. Renders nous précise que pour Hug-Hellgmuth (psychanalyste du début du XXème siècle) « Les enfants dont la rapide approbation, imagine-t-on, donnerait le droit de se réjouir appartiennent au type le plus difficile à traiter ; ce sont des enfants bien dressés, qui disent oui mais pensent non et agissent en conséquence. »⁵⁷

Propos peu éloignés de celui de F. Dolto qui dira, quarante à cinquante ans plus tard, que **ce qui est important pour apprécier la demande d'un enfant, ce n'est pas son oui, qui est souvent celui de ses parents ou d'un adulte, mais son non, bien plus porteur de son désir propre.**

Nous approchons ici la question de la forme prise par la demande, et de l'écoute du désir. Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, entre ce qui est exprimé et le désir propre, il peut y avoir un décalage, voire même une totale opposition.

La recherche d'un garant est ce qui caractérise l'enfant à quelque âge qu'on le prenne. Il est incontestable que la place de l'Autre est toujours pour lui occupée et que l'adulte détient à ses yeux en fin de compte la clé de tous les problèmes qu'il ne parvient pas à résoudre.

En 1956, S. Lebovici présente des positions fort restrictives sur la souffrance et la demande de cure chez l'enfant, assez voisines, comme il le souligne lui-même, de celles d'Anna Freud. Selon lui, l'enfant ne souffrirait pas de ses troubles.

Voici ce qu'en pense X. Renders « En s'exprimant ainsi, Lebovici place la souffrance du patient dans un registre qu'on pourrait appeler d'auto-observation consciente et objective. Et avec Reich, il estime alors que la demande d'analyse n'est possible qu'à partir d'une telle position. Or, s'il est vrai que les enfants mesurent mal la gravité de leurs troubles, ils ne les

⁵⁷ Xavier Renders *Le jeu de la demande* p.71

considèrent pas pour autant comme des traits de caractère. Bien des enfants, pensons-nous, souffrent et se posent des questions sur eux-mêmes. »⁵⁸

Il s'agit ici de traiter la question de la demande en lien avec la souffrance. Faut-il nécessairement qu'il y ait souffrance pour qu'il y ait demande ? La réponse est oui si l'on admet que la souffrance est liée au manque constitutif du désir humain. La souffrance serait alors une souffrance d'insatisfaction. Et de cette insatisfaction peut naître le désir, et donc indirectement la demande.

Sans aller jusqu'à la souffrance, F. Estienne nous dit que le patient, pour demander, doit ressentir une gêne. Cette gêne aboutit à la formulation d'une plainte, qui est bien souvent peu ou pas exprimée par l'enfant.

Quand la gêne est ressentie et exprimée (sous forme d'une plainte), nous sommes alors dans le cas de démarches conscientes, où le patient vient chercher volontairement une solution à son problème.

Or l'enfant ne peut entrer dans ce type de demande. D'après X. Renders, il n'échappe pas à la souffrance, ni au questionnement sur lui-même. Nous partageons cet avis, mais il ne semble pas être le point de départ de la demande de l'enfant. En effet, il est rare que l'enfant demande à ses parents de l'emmener consulter tel ou tel soignant, alors qu'il peut être gêné, voire même souffrir. C'est lorsque le soin se met en place et qu'une relation de confiance et de qualité s'instaure, que l'enfant, nous semble-t-il, pourra amener (et peut-être élaborer) sa demande, en lien avec une souffrance, une gêne...L'enfant en quelque sorte, utilisera l'outil qui lui est proposé, ce qui est mis à sa disposition, en étant conscient que le soignant peut l'aider. Mais il ne peut être à l'origine de la demande de départ, qui nécessite une objectivation du problème, et une recherche de solution. Ce travail de la demande naissante nous semble finalement plutôt en lien avec la demande sociale, elle nécessite un certain positionnement au sein de la société, des connaissances spécifiques (représentations entre autres), qui ne nous paraissent pas accessibles à l'enfant. Dans un premier temps, la conscience que quelque chose le fait souffrir peut n'être que partielle. Ensuite, l'enfant ne dispose pas de toutes les représentations qui lui permettraient de savoir qu'il existe des solutions à ce qui l'embête ! Au-delà d'une demande sociale, la demande personnelle ne voit

⁵⁸

Xavier Renders , *Le jeu de la demande* p.246

pas forcément le jour « spontanément », alors qu'il peut exister un manque, un état insatisfaisant chez l'enfant.

R. Diatkine nous apporte des éléments de réponses suivant l'âge de l'enfant.

« Le désir de changement du sujet lui-même, moteur de la cure pour Freud, ne peut au début être conscient, ni a fortiori s'exprimer, s'il s'agit d'un enfant. Dans les premières années de sa vie, la toute-puissance prêtée aux parents lui fait faire l'économie d'un tel projet. A la période de latence, l'enfant remet à un avenir infiniment éloigné la réalisation de ses désirs, tant dans leur dimension objectale que narcissique. Dans une psychothérapie ou dans une psychanalyse réussie, l'enfant peut découvrir qu'il y a quelque chose à désirer, accessible par sa propre activité psychique, en même temps qu'il se découvre une histoire fantasmatique ayant un sens. »⁵⁹

Voici comment X. Renders résume ce positionnement : « Diatkine ne nie pas qu'il y ait souffrance chez l'enfant. Il nous dit, **qu'au départ en tout cas, l'enfant ne peut rien attendre et rien demander d'une cure.** Pour les jeunes enfants, les parents sont ceux qui peuvent tout ; pour ceux d'âge de latence, la solution à leurs difficultés est pour plus tard. »⁶⁰

La technique qui consisterait à rendre l'enfant plus conscient de sa maladie ne lui semble d'aucune utilité.

Les termes « demandes » ou « alliance thérapeutique » sont pour ces auteurs critiquables (surtout en début de cure) car ils impliquent une compréhension de la finalité du traitement.

Ici, nous voyons que les auteurs, et les thérapeutes, ne partagent pas le même avis sur ce qui peut être à l'origine d'une demande.

Au-delà de la souffrance, la connaissance des troubles est-elle indispensable pour qu'il y ait présence d'une demande de soin chez l'enfant, et surtout d'un désir de soin ? Et dans ce cas, effectivement, comment considérer les enfants qui, bien souvent, n'ont qu'une connaissance approximative de leur trouble... ?

⁵⁹ Xavier Renders *Le jeu de la demande* p.261

⁶⁰ Xavier Renders *Le jeu de la demande* p.261

Chez l'enfant, nous l'avons entrevu, le désir de soin, comme la demande de soin ne se mettent pas en place de la même façon que chez l'adulte. L'enfant jeune est le plus souvent dans une position de toute-puissance accordée à ses parents, et participe à sa rééducation (exemple en orthophonie d'un retard de parole) sans chercher à apaiser une souffrance (car il n'en souffre pas forcément), ni à « correspondre à la norme », mais réellement dans la demande de ses parents (« je fais ce que mes parents me demandent »). Ainsi, en orthophonie, les enfants suivis pour des retards de parole ou de langage, peuvent prendre plaisir à venir en rééducation, mais ils ne seront jamais à la recherche d'une normalisation de leur trouble. D'ailleurs considèrent-ils avoir un trouble ? Sont-ils comme le dit Françoise Estienne « *troublés par leurs troubles ?* »

On peut donc supposer que ces enfants n'ont pas de demande sociale, et que leur demande personnelle, est très en lien avec leurs parents. Ainsi, le fait qu'une demande émane de la part de leurs parents peut suffire à ce qu'ils engagent une rééducation, avec un certain investissement.

Ceci n'exclut pas que l'enfant puisse présenter des attitudes de refus ou d'opposition durant les séances face à la contrainte, et exprimer malgré tout un désir, qui n'est pas forcément en lien avec son trouble (« je n'ai pas envie de faire tel exercice »). En grandissant, lors de l'étape du « complexe d'Œdipe », d'après Diatkine, l'enfant reporte ses désirs à plus tard. Cela signifierait donc que l'enfant est à cette période dans une position particulière vis-à-vis de son désir, et que finalement, il aurait une certaine difficulté à investir d'un point de vue du désir sa rééducation au présent. Toujours selon Diatkine, il trouve cependant un plaisir et une satisfaction dans les échanges avec le thérapeute (psychanalyste ici), ce dernier lui permettant de se construire une histoire fantasmatique ayant un sens, et de s'assurer une cohérence interne. C'est à la suite de cela que l'enfant pourra progressivement entrer dans le désir.

Les bienfaits du soin ne sont alors pas nécessairement dus à la réponse que le thérapeute apporte à une souffrance. Comme nous l'avons dit dans la sous-partie « l'enfant et son thérapeute », la qualité de la relation et les transferts y étant liés peuvent créer une satisfaction et un plaisir chez le patient.

En conclusion, les auteurs semblent d'accord sur la possibilité qu'un désir soit présent dans un travail psychothérapeutique. Mais ce désir ne serait pas lié nécessairement à un état de souffrance, de gêne, et donc de volonté de changement.

Nous pouvons retenir que la demande prend de multiples formes, et a des origines diverses. C'est en créant avec l'enfant un cadre, une relation spécifique, que nous pourrions faire émerger une demande, au fil du temps. Qu'elle soit finalement, ou pas, en lien avec un désir de soin...

III. Les parents

III.1 Définition préalable : qu'est ce qu'un parent

Si nous reprenons la théorie de la médiation de J. Gagnepain et les écrits de J-C. Quentel, nous retrouvons, de la même façon que nous avons défini l'enfant, une définition du parent, cette fois en lien avec « l'enfant qu'il a été ».

Les parents que nous recevons, avec qui nous travaillons (indirectement le plus souvent) ont délégué leur responsabilité. C'est-à-dire que le parent s'adresse au professionnel pour réaliser quelque chose que lui ne peut pas faire, et qu'il reconnaît ainsi.

La délégation est un processus complexe, puisqu'elle nécessite de la part des parents une reconnaissance de leur « incompétence » (c'est-à-dire le fait qu'ils ne peuvent résoudre le problème par eux-mêmes) par rapport à leur enfant, dans un champ précis. En effet, le parent qui sollicite un professionnel, admet qu'il ne peut le faire seul. Cela peut être la sollicitation d'un soignant, mais plus banalement, le parent qui fait garder son enfant délègue, et donc admet par là son incapacité à garder son enfant lui-même à ce moment là.

Nous comprenons alors pourquoi les rapports parents/professionnels ne sont pas toujours évidents ; le parent et le professionnel sont inévitablement dans des positions asymétriques.

Du point de vue du droit, les parents exercent pour l'enfant mineur des droits et libertés dont ils sont de fait titulaires.

D'après J-C. Quentel : « Le parent est véritablement présent dans l'enfant. Ce dernier se soutient constamment de lui. »⁶¹

⁶¹ Jean-claude Quentel *Le parent* p.55

Il nous dit « En d'autres termes, si c'est au petit X que j'ai affaire [...] à tel moment et dans telle situation, si ce petit x est bien là, devant moi, je ne peux justement pas m'en tenir à ce que je vois. Ce serait alors comme si j'amputais cet enfant d'une partie de lui-même. L'enfant est toujours « l'enfant **DE** quelqu'un », ce « de » signe ici la relation d'appartenance, plus exactement l'inscription dans un lignage. L'enfant ne peut se saisir que dans le rapport à l'adulte qui le porte. L'enfant se trouve totalement pris dans l'histoire de cet autre.

Mais l'enfant demeure aussi dans le parent »⁶²

Le parent va par conséquent éduquer l'enfant en tentant de faire revivre, dans celui dont il a la charge, sa propre enfance à lui, même si tout ceci reste parfaitement inconscient.

L'enfant est alors un lieu de projections :

« Surtout porté par l'adulte, l'enfant est un lieu de projection incomparable et traduit, à ce titre, les aspirations les plus diverses. En lui se réalise véritablement, le narcissisme de ses parents. L'adulte s'y retrouve littéralement : non seulement il s'y contemple, mais il le construit, il l'élabore proprement à son image. »⁶³

La projection est en lien avec l'atteinte narcissique ressentie par les parents lorsque l'enfant présente un trouble. En effet, cette projection se trouve alors mise à mal, remise en questions...

Nous allons aborder à nouveau cette question du narcissisme dans la suite de cet écrit.

⁶² Jean-claude Quentel *Le parent* p.56

⁶³ Jean-Claude Quentel « L'enfant dans son rapport à l'altérité » p.7

⁶³

III.2 Parents face à un trouble de l'enfant

A) *Le narcissisme heurté*

Devenir parent vient soutenir, flatter le narcissisme des parents.

« L'amour des parents, si touchant et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste ne pas s'y tromper son ancienne nature »⁶⁴

Avant même la naissance de l'enfant, les parents se construisent déjà une image de lui, une représentation. L'enfant à venir viendra soutenir leur narcissisme, il réussira là où ils ont échoué...Il s'agit de l'enfant imaginaire, c'est-à-dire celui que les parents conçoivent inconsciemment, intérieurement. Cet enfant peut tout accomplir, réparer, tout combler.

Lorsque tout enfant naît, l'enfant réel vient heurter l'enfant imaginaire. Les deux champs s'opposent, et les parents ont alors à faire des deuils. Leur enfant n'est pas tout à fait celui qu'ils avaient imaginé...et il faudra faire avec !

Cette situation de rupture est d'autant plus difficile lorsque l'enfant naît avec un trouble, qui se traduira par un handicap. Les parents sont alors atteints pleinement dans leur narcissisme, et le travail de deuil de l'enfant imaginaire est amplifié.

J-C. Quentel, nous dit :

« Dans la mesure où l'enfant, que le parent a pour mission d'éduquer renvoie nécessairement à une dimension plus ou moins enfouie en lui, celle-là même à partir de laquelle il peut imaginativement se projeter dans sa progéniture et y trouver par ailleurs des satisfactions, cette dimension va se trouver mise en question et affectée par les difficultés de l'enfant. Cet enfant se ramenant à une part de lui-même (bien qu'il ne s'y réduise pas non plus), le parent assume alors l'atteinte en lui-même, d'abord et avant tout. Tout se passe comme ci c'était lui qui n'allait pas bien et qui se trouvait en cause. »

« [...] En fait, l'enfant réel s'oppose ici radicalement-trop radicalement- à cet enfant merveilleux que le parent garde en lui ; il le heurte très profondément et se scinde en quelque sorte de lui. »⁶⁵

⁶⁴ Freud *La vie sexuelle* « Pour introduire le narcissisme » p.96

⁶⁵ Jean-Claude Quentel *Le parent* p.64/65

Quand nous recevons des parents, venus pour un bilan avec leur enfant présentant un trouble du langage quel qu'il soit, nous nous devons d'avoir à l'esprit cette dimension de la «parentalité ». Les parents venant consulter pour et avec leur enfant sont touchés dans leur narcissisme. Ils sont blessés. Une part d'eux-mêmes est mise à mal. Ecouter et recevoir leur demande, c'est aussi reconnaître leur atteinte.

L'acceptation du (ou des) trouble(s) de leur enfant leur demande un travail de deuil, nous devons prendre garde aux mots que nous utilisons et avoir conscience que tout ne peut être entendu dès le début (il ne faut pas hésiter à reformuler, redire les choses en cours de rééducation).

De même, on peut l'imaginer, la demande sera en lien avec cette « agression ». Leur enfant n'apprend pas à lire ? Faites en sorte qu'il sache lire, qu'il soit « comme les autres », et « comme nous voulons qu'il soit ». Les parents ont inévitablement de nombreux projets pour leur enfant, qui s'inscrivent dans des sphères différentes (projets en lien avec notre société, projets en lien avec leur affectif...) et leur demande de départ s'établit en fonction de ce qu'ils ont projeté. Il est indispensable que nous soyons en tant que thérapeute avertis de cela, c'est-à-dire que bien souvent la demande des parents prendra la forme d'une demande de réparation, ou de normalisation. Alors, à travers leur enfant, c'est eux que nous sommes aussi amenés à « réparer ».

B) Parents et demande de réparation

Pour Hug-Hellgmuth « L'enfant vient en traitement à la demande de ses parents, au contraire du malade adulte qui y vient de son propre gré »⁶⁶

Elle semble penser que la souffrance des parents est surtout celle d'avoir commis des fautes éducatives qui ont amené l'enfant à devenir ce qu'il est. Leur demande est celle d'une « cure-miracle » qui doit supprimer en quelques jours ce qui a échoué pendant des années. » **La demande des parents est une demande de réparation.** Pour elle tout le lien entre le symptôme de l'enfant et les parents est de conséquence éducative.

Cette position me semble très restrictive, la demande de réparation de l'enfant n'est pas toujours en lien avec une culpabilité parentale.

⁶⁶ Xavier Renders *Le jeu de la demande* p.71

En revanche, nous pouvons constater qu'il arrive fréquemment que les parents aient envers nous (soignants) des attentes de l'ordre d'une normalisation.

Cela s'observe dans la prise en charge d'enfants présentant un trouble à l'origine d'un handicap (le handicap est la conséquence sociale). En tant qu'orthophoniste nous sommes très fréquemment confrontés à cette fameuse question : « Mon enfant va-t-il parler ? »...Et combien de temps cela prendra t'il ?

Quand cela n'est pas sous la forme d'une interrogation, c'est parfois une injonction, « Faites-le/la parler », qui est d'ailleurs le titre d'un article écrit par une orthophoniste travaillant auprès d'enfants sourds.

Nous percevons alors dans la demande des parents, dans leurs attentes, une quête de l'ordre d'une réparation. En « réparant » leur enfant, nous venons parallèlement réparer leur blessure narcissique.

La demande parentale peut donc ainsi venir comme une demande vers l'effacement du handicap de l'enfant. C'est ce que nous dit A. Riesler, orthophoniste dans un service de soutien à l'intégration des enfants sourds, dans un article intitulé *Faites-la parler*.

« Pour les parents de telle enfant sourde, le faites-la parler s'accompagne d'un faites-la entendre, faites-la être comme les autres enfants. »⁶⁷

Puis elle nous précise que, toujours pour ces parents, « La demande verse plus dans le paraître que dans l'être parlant ».

Nous rejoignons ici un aspect de la demande, déjà abordé. Il s'agit du lieu et niveau de situation de la demande. Pour les parents de l'enfant sourd, dans ce cas-là, leur demande ne se situe pas au niveau de « l'être » (être de leur enfant) mais au niveau du « faire ». Ce qui ressort de leur demande est que leur enfant sache faire, sache parler, c'est-à-dire puisse articuler, oraliser...Ils demandent à l'orthophoniste de faire en sorte que la surdité ne se voie pas, ne s'entende pas. Effacer ce qui blesse. Ceci est mis en avant plus que l'être de l'enfant, c'est-à-dire son épanouissement, sa capacité à s'approprier un système symbolique quel qu'il soit pour entrer en communication...En écho à cela, il est demandé à l'orthophoniste de « faire de l'orthophonie » et non pas « d'être orthophoniste ».

« Ce n'est pas la personne qui est sollicitée, mais sa technique ».

⁶⁷ Annie Riesler , « Faites-la parler » Orthomagazine, Rebonds

Comment l'enfant peut-il alors se positionner, par rapport à cette demande de réparation émanant de ses parents ?

A. Riesler nous cite le cas fort intéressant de Sophie. Cette petite fille est âgée de 3 ans et demi, et sourde profonde. Les parents ont bâti depuis la découverte de la surdité, un projet très oraliste, cherchant réparation du handicap dans les diverses prises en charge (« faites-la parler madame l'orthophoniste, faites-la entendre madame la technicienne... »)

Sur le plan de l'orthophonie, la demande adressée est très forte au niveau de l'articulation. Mais, face à ces différentes sollicitations, Sophie ne répond pas. Elle ne parle pas, détourne la tête lorsqu'on s'adresse à elle, refuse les activités vocales. En refusant, cet enfant laisse place à son désir. Par ailleurs, elle a développé une communication sur le mode mimo-gestuel, et se construit ainsi son propre système symbolique, l'enrichissant de tous les éléments visuels qu'elle peut rencontrer.

La (très) jeune Sophie se positionne donc en opposition, rejet de la demande maternelle, et refuse le mode de communication « oraliste » choisi pour elle. Elle exprime pleinement son désir, en s'appropriant son mode de communication, qu'elle a choisi.

Nous voyons comment l'enfant, même très jeune, peut dans certains cas se positionner à l'encontre de la demande parentale. Le travail est alors complexe, puisque le thérapeute se retrouve confronté à des demandes qui s'opposent, ne pouvant en laisser une totalement de côté.

L'auteur de l'article nous précise que dans de nombreux cas, cela se passe différemment. Elle nous dit « De nombreux enfant sourds intégrés se retrouvent piégés par ces modèles rééducatifs, dans une conduite de répétition sans appropriation. Collant aux désirs des parents, ce ne sont finalement que de petits perroquets qui reproduisent plus ou moins bien, mais démunis de toute volonté d'expression, du moins par la parole articulée ou écrite ».⁶⁸

Cela nous illustre très clairement les biais rencontrés lorsque l'enfant colle à la demande parentale, en « oubliant » son désir.

Il s'agit alors pour nous, thérapeutes, d'amener l'enfant à renouer avec son propre désir qui sera moteur dans son développement, tout en répondant à la demande des parents. Et cela est un travail bien difficile...

⁶⁸ Annie Riesler « faites-la parler » Orthomagazine, Rebonds

III.3 Enfant symptôme

La situation « d'enfant symptôme » est plus habituellement observée lors de psychothérapies, l'orthophoniste y étant confronté moins directement. Malgré tout, cette notion est importante et peut être présente dans toute relation de soin, c'est pourquoi j'ai quand même choisi de l'aborder ici. De plus, elle illustre des mécanismes en place dans la relation parents/enfants, et elle au cœur de la question de la demande ; l'enfant porte en lui un symptôme lié à sa structure familiale. La demande des parents se situe autour de ce symptôme (supprimez ce symptôme), et ce symptôme peut à son tour être interprété comme une demande inconsciente de l'enfant...(la voie que cet enfant a choisie pour exprimer son malaise)

Qu'appelle-t-on alors « enfant symptôme » ?

Dans l'article intitulé *L'enfant et son rapport à l'altérité*, J-C. Quentel nous dit :

« On constate régulièrement que l'enfant peut être le symptôme de quelque chose qui se joue au-delà de sa réalité physiologique. Pris dans les difficultés de parcours de ses ascendants, il incarne par son symptôme le malaise de ses parents ou plus particulièrement de l'un d'entre eux. Les manifestations anormales auxquelles il nous confronte prennent en fait valeur de réponse à une question restée en suspens chez l'adulte responsable de lui. [...]. Porté par ses parents, l'enfant peut être le réceptacle, voire la caisse de résonance de leurs propres difficultés psychologiques, mais également l'élément déclenchant d'un malaise familial qui retentira sur eux. »⁶⁹

Nous voyons donc à quel point les parents et plus généralement l'entourage familial de l'enfant, font partie intégrante de ce que l'enfant vit, et de sa construction psychique. De manière inconsciente, l'enfant va, dans les cas où quelque chose dysfonctionne, « trouver » un moyen d'expression de son mal être, qui sera renvoyé aux parents et les poussera à consulter, afin de résoudre ce problème. Les intrications sont donc très fortes entre les demandes, demande des parents et demande de l'enfant.

De même, l'enfant peut être à l'origine d'un malaise familial, perturber l'équilibre familial. Nous voyons donc comment les éléments se répondent, avec des réactions de l'enfant, réactions de la famille, sans que l'on puisse nécessairement remonter à l'origine du problème.

⁶⁹ Jean-Claude Quentel « L'enfant dans son rapport à l'altérité » p.7

En orthophonie, sans que l'on puisse dégager clairement ce qu'on nommerait « symptôme » d'ordre familial, nous sommes parfois confrontés à des situations au sein desquelles une intrication est présente entre le trouble de l'enfant et l'organisation familiale. Il est donc important de pouvoir faire la part des choses, et lors des rencontres et entretiens avec les parents, s'attarder sur la structure familiale, ce qui se passe bien, ou non, au sein de la famille. L'enfant présentant un retard de parole ou de langage, ou encore, cas bien fréquent d'enfant qui bégaie, peut avoir choisi cette voie d'expression pour dire que quelque chose dysfonctionne. Le bégaiement, par exemple, peut être comme une sonnette d'alarme utilisée par l'enfant, qui vient dire sa souffrance, son mal-être (rythme trop important, pas assez de place donnée à l'enfant...).

M. Mannoni, dans *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*, nous indique que de nombreuses consultations sont motivées par des troubles « d'ordre scolaire ». Pour elle, c'est en ne prenant pas à la lettre la demande des parents, que le psychanalyste permettra que la porte s'entr'ouvre sur le champ de la névrose familiale, jusque là masquée, figée dans le symptôme dont l'enfant devient le support. Elle ajoute « *Chaque fois, la même question s'impose à moi : qu'y a-t-il donc de non communicable en mots, qui se fige dans un symptôme ?* »⁷⁰

Le symptôme peut déjà être considéré comme une demande, qui ne passerait pas par les mots...

⁷⁰

Maud Mannoni *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste* p.56

PARTIE PRATIQUE

I. Le premier entretien

Le bilan orthophonique, première rencontre entre l'orthophoniste et son futur patient, est le point de départ de toute rééducation. C'est un temps important, durant lequel des éléments de la future rééducation se mettent en place. Il est d'ailleurs fréquent que les professionnels expriment sortir épuisés d'un bilan, ce temps de rencontre étant très éprouvant physiquement et psychologiquement tant l'attention y est grande.

Lors de la prise de rendez-vous (le plus souvent par les parents de l'enfant), par téléphone ou directement au cabinet, il est intéressant de noter de qui émane la demande : parents, enfant, institutrice, médecin... Cette information constitue déjà nos premiers éléments d'approche de la demande. Ainsi lors d'un premier contact téléphonique par exemple, cela fait partie des quelques questions posées le plus souvent par l'orthophoniste (de qui émane la demande, sur quoi porte-elle ?).

En tant que thérapeute, nous devons avoir conscience que les parents franchissent la porte du cabinet avec un certain nombre d'attentes, liées entre autres aux représentations qu'ils ont de l'orthophonie, comme nous l'avons déjà dit auparavant. La demande est corrélée à ces attentes et projections, puisque pour établir une demande il faut déjà « se faire une idée sur ... »

Parallèlement à la conscience de ces attentes parentales, l'attitude du thérapeute doit également permettre à la demande de se déployer : l'empathie et l'écoute sont deux notions primordiales du bilan (et du reste de la prise en charge). Ceci est d'autant plus vrai que les parents que nous recevons arrivent dans notre cabinet blessés narcissiquement, et souvent inquiets. L'orthophoniste se doit alors d'être rassurant, par son attitude mais aussi en prêtant attention aux mots utilisés.

I.1 Des parents fragilisés

Nous avons abordé dans la partie théorique l'atteinte narcissique vécue par les parents lorsque leur enfant présente un trouble. Les parents que nous recevons en bilan sont fragilisés, leur enfant est « pointé du doigt ». Cela atteint l'enfant imaginaire, qui contraste alors avec l'enfant réel, et c'est pourquoi notre rôle d'accueil et d'écoute est primordial lors de la première rencontre. Très souvent, les parents ont besoin d'être rassurés et de se sentir en confiance avec ce professionnel à qui ils vont « déléguer ».

L'écoute peut être définie comme « l'accueil de la parole des parents ». Elle nécessite pour le thérapeute une réceptivité totale. Notre partie théorique n'a fait que l'attester, tout ce que nous disent les parents, au sujet de l'enfant, de la famille, ou encore des demandes, nous est utile afin d'orienter la rééducation.

« L'ensemble des questions posées par l'orthophoniste lors de cette première rencontre sont intégrées à un véritable dialogue où il se met à l'écoute, reformule, offre aux parents la possibilité d'exprimer leurs doutes, leurs craintes, leurs espoirs, leur tristesse ou leur colère... Il les invite à préciser leur demande, à poser les questions qui les tracassent ».⁷¹

La première rencontre est d'ailleurs facilitée si le médecin prescripteur a pu préparer les parents en amont. En effet, en répondant aux premières interrogations des parents, en leur apportant quelques éclaircissements concernant l'orthophonie, il contribuera à diminuer leur angoisse. De ce fait, les parents arriveront plus sereins le jour du rendez-vous, et donc plus aptes à communiquer et exprimer ce qui les soucie.

De la même façon, les parents jouent un rôle en préparant leur enfant à ce premier rendez-vous. Que lui disent-ils de l'orthophonie, de leurs inquiétudes et de leurs attentes ?

L'orthophoniste va, lors de ce premier rendez-vous, recevoir les demandes initiales, des parents et de l'enfant.

Nous allons donc voir comment il peut centrer l'entretien de façon efficace sur la demande, en particulier en adaptant sa communication.

⁷¹ Paulette Antheunis, Françoise Ercolani-Bertrand, Stéphanie Roy « Le bilan orthophonique : quelle place donner aux parents ? », *Rééducation orthophonique* n°231, p.38

I.2 L'importance de la communication

« Dès le départ le praticien doit avoir le projet de réussir l'entretien en le faisant aboutir à une prise de conscience profonde de la demande et à une proposition de solutions. »⁷²

L'entretien est une situation de communication, mettant en jeu les deux parties de la demande : le demandeur et le « demandé ».

La demande est d'ailleurs le sujet autour duquel va se construire l'entretien, elle est le fil conducteur.

Nous allons définir la communication de manière succincte, afin d'introduire le propos de cette sous-partie.

Communiquer c'est mettre en commun, en relation. Double aspect de la communication : mise en commun des pensées, des normes, des actions et des points de vue et mise en relation de ceux-ci.

D'après Weaver et Shannon, la communication est basée sur les quatre systèmes suivants :

- la distance entre les interactants
- le système corporel (le non-verbal)
- le système paraverbal (ton, rythme, débit), qui accompagne la vocalisation
- le système langagier⁷³

L'être humain est un être de communication. Nous ne pouvons pas ne pas communiquer, même si nous ne parlons pas. La communication est partout, dans le verbal, le non verbal, les émotions qui transparaissent...C'est pourquoi nous devons être attentifs aux divers paramètres de la communication, à la fois chez notre interlocuteur dans ce que l'on peut observer, mais aussi chez nous, afin que nos messages soient le plus précis et adaptés.

⁷² Françoise Estienne *Orthophonie et efficacité, les fondements d'une pratique*

⁷³ Weaver et Shannon, *The mathematical theory of communication*

La qualité de notre communication avec les parents et l'enfant va conditionner nos futures relations. Les mots utilisés, la façon de formuler les questions doivent être réfléchis car ils ont un poids non négligeable. Nous devons veiller à notre discours, qui ne doit pas être trop directif afin de permettre au patient de faire ces propres choix, d'exprimer ses envies. De plus, comme nous l'avons dit plus haut, nous recevons des patients fragilisés, et il est important d'en tenir compte afin de ne pas les blesser.

En adaptant au mieux notre communication à notre (nos) interlocuteur(s), les messages seront plus aisément perçus. Là encore, les possibilités d'expression de la demande initiale, et nos possibilités de réception en tant que thérapeutes seront dépendantes de la qualité de cette communication.

Je me baserai dans la suite de cette sous-partie sur l'analyse d'un bilan auquel j'ai eu l'occasion d'assister. Je ferai des liens entre mes observations pratiques et les apports théoriques concernant la communication et ses paramètres (ou systèmes). Ces bases théoriques dans le domaine de communication m'ont servi d'outils indispensables à l'analyse de cette situation de « premier rendez-vous ».

Le bilan concerne T., garçon de 11 ans, qui vient consulter auprès d'une orthophoniste en libéral. Ce garçon a déjà été suivi il y a quelques années par la même orthophoniste pour retard de parole et de langage et revient aujourd'hui consulter accompagné de sa mère et de son petit frère.

A) Organisation spatiale

Tout d'abord intéressons-nous à la disposition spatiale, préalable à l'instauration de la communication et de la relation.

Il s'agit d'un des premiers éléments qui s'offre à nous en tant qu'observateur. Il inclut la « distance entre les interactants », paramètre de la communication dont j'ai parlé précédemment.

Ainsi, lors de ce bilan, la disposition au sein du bureau (pièce) était la suivante ;

- l'orthophoniste était assise d'un côté du bureau, face au jeune adolescent et à sa mère.
- en tant que stagiaire, j'étais placée en retrait, derrière et sur le côté.

Le petit frère, âgé d'un an, était exceptionnellement présent, n'ayant pas pu être gardé. L'orthophoniste lui propose des jeux, à l'écart du bureau, sur un tapis, afin qu'il perturbe le moins possible le temps d'échange.

De plus, nous notons qu'une place est vacante, celle du père. De façon symbolique il est important de signaler à l'enfant qu'une place est prévue pour son père, qui s'inscrit également dans la prise en charge même s'il n'est pas présent lors du bilan.

La place attribuée à chacun permet la construction d'un espace privilégié regroupant les trois protagonistes principaux (l'enfant, sa mère et l'orthophoniste). Cela rejoint la théorie de l'objet transitionnel décrite par Winnicott et reprise en sciences de la communication sous le terme « d'espace transitionnel d'illusion ». C'est au cœur de cet espace que va se construire la relation patient /thérapeute et s'exprimer la demande. Chacun a ainsi sa propre « aire de jeu » et peut alors aller à la rencontre de l'autre, tout en restant malgré tout « protégé ».

Nous pouvons souligner que dans ce cas précis, le jeune frère, à l'écart sur le plan spatial, joue malgré tout un rôle lors du bilan. Il est une occasion d'échanges, et sa présence amène les questions autour de la famille, comme la question de la rivalité entre frères et sœurs par exemple. Chaque personne présente dans la pièce va finalement prendre part à cette situation de communication, directement ou indirectement.

B) Système perceptif et canaux de communication

La PNL (programmation neurolinguistique) s'intéresse entre autre à la modélisation de la communication. Elle a mis en exergue l'utilisation d'un canal perceptif privilégié. Ces canaux perceptifs sont les suivants : voir, sentir, goûter, entendre.

Ainsi le système VAKOG (Visuel Auditif Kinesthésique Olfactif Gustatif) étudie les mouvements des yeux. D'après la PNL, nos mouvements oculaires seraient liés aux processus neurologiques par lesquels nous accédons à toute information interne visuelle, auditive ou kinesthésique (corporelle). Ces processus existent chez tous les individus, avec des préférences.

De même le système de représentation sensorielle utilisé par la personne (à un moment donné) peut être mis en évidence par les prédicats utilisés (verbes, adverbes, adjectifs, noms).

Ainsi les mots utilisés par la personne qui parle sont le reflet des processus internes qu'elle utilise pour construire son expérience présente. Les prédicats sont des mots qui reposent sur une base sensorielle.

« je vois parfaitement ce que vous voulez dire ». Le prédicat « vois » indique que le système sensoriel utilisé à ce moment-là est le visuel.

« je ne sens pas ce texte », nous sommes dans du kinesthésique (lié aux émotions, au ressenti).

« je me dis que... », il est question d'auditif.

Au niveau des paramètres vocaux, il existerait également des caractéristiques propres à chaque type de préférence sensorielle. Ainsi, le fonctionnement visuel serait associé à un débit rapide et saccadé, avec une voix plutôt aigue. Au contraire, en kinesthésique le débit serait lent, la voix plus grave.

F. Estienne nous précise qu'en orthophonie, l'intérêt est majeur soit pour identifier dans quel canal perceptif la personne se trouve, soit pour l'inviter à s'y mettre.

« Si une personne dit : 'je vois exactement ce que vous me dites' on la branchera dans le canal visuel en l'invitant à exprimer ce qu'elle voit. Ce sont des indicateurs précieux qui permettent à l'interlocuteur de se mettre sur la même longueur d'ondes. »⁷⁴

De même, les études en communication mettent en évidence le canal « pensée-action-émotion ». La personne a-t-elle besoin de comprendre (pensée), d'agir (action), de dire son vécu émotionnel (émotion).

« L'objectif étant de ne pas se cantonner avec elle dans un canal mais d'être attentif à lui faire découvrir les autres.

- Si elle est dans le canal de la pensée, elle a besoin de comprendre. Elle posera des questions 'c'est quoi exactement la dyslexie', 'expliquez-moi je veux comprendre'.

⁷⁴ Françoise Estienne *Orthophonie et efficacité les fondements d'une pratique* p.55

- Si la personne est dans le canal action, elle a d'abord besoin d'agir. Elle dira ‘alors, qu'est-ce que nous allons faire ?’
- Dans le canal émotion, la personne a besoin de parler de son vécu émotionnel, d'elle-même. »⁷⁵

Avoir connaissance des ces diverses analyses en communication peut être bénéfique dans le domaine du soin et particulièrement de l'orthophonie, aussi bien lors du bilan que par la suite lors de la rééducation. Nous nous ajustons au plus près à la demande prise par la personne, suivant la forme prise par cette demande.

En communiquant efficacement avec notre patient, en étant au plus près de son système perceptif, nous multiplions les chances « d'attraper » sa demande. En tout cas nous lui offrons la possibilité de l'amener. Le patient se sentira davantage compris, écouté si notre façon de communiquer fait écho en lui.

De plus, nous apprenons déjà à connaître notre futur patient, sa manière de fonctionner, ce qui sera bénéfique pour la suite du travail.

Ces apports théoriques sont des outils, s'ajoutant à l'écoute plus générale du patient. Nous n'oublions pas que nous sommes face à un être humain dans toute sa singularité. L'intérêt est d'avoir en main des clés afin de comprendre au mieux nos patients.

Nous venons de voir brièvement les apports que nous pouvons tirer des sciences de la communication.

L'analyse de cette situation de communication peut aussi se faire en s'intéressant à la manière dont se déroulent les échanges, sous forme de questions/réponses. Comment se construisent les interactions verbales ? Comment et quand la demande est-elle abordée ?

Durant l'entretien, les questions (aux parents) peuvent être de trois grands types :

- questions ouvertes du type « Que pensez-vous du langage de votre enfant ? ».
- questions fermées « A-t-il des frères et sœurs ? »
- questions ciblées « Comment faites-vous pour l'aider à se faire comprendre ? »

⁷⁵ ⁷⁵ Françoise Estienne *Orthophonie et efficacité les fondements d'une pratique* p.55

Lors du bilan de T., l'orthophoniste commence par établir le contact en posant des questions de type fermé à l'enfant, qui lui permettent de recréer un lien avec ce patient auparavant connu et de ne pas entrer directement dans le vif du sujet.

Voici une retranscription du dialogue.

Orthophoniste: « Alors c'est quoi maintenant ton adresse ? »

T : « je sais pas »

O : « ton numéro de téléphone ? »

[...]

O : « Ca fait 3 ans qu'on s'est pas vu. Tu en as profité pour grandir. *Regarde la maman* ..il est grand non ? Alors comment ça se fait que tu reviens, qu'est-ce qu'il t'arrive ? »

T : « le CM2 me stresse. Je n'ai plus confiance en moi. »

O : « t'as une explication. Qu'est-ce qui te stresse ? »

T : « j'ai peur de pas aller en 6^{ième} ». »

O : « qu'est ce qui te fait peur dans la 6^{ième} ? Qu'est ce qui va changer ? »

T : « je sais pas »

O : « tu connais des grands de 6^{ième} ? »

T : « non »

Nous voyons ici comment le questionnement autour de la demande finit par se faire, après une transition portant sur le patient, « tu en as profité pour grandir ».

L'enfant est ainsi placé en position de sujet, ce qui, nous l'avons vu au préalable, est important pour la suite du travail. L'orthophoniste s'adresse d'abord à lui, et crée d'emblée une relation chaleureuse.

La question autour de la demande est une question ouverte « qu'est-ce qui t'amène ? » tout en étant ciblée. L'orthophoniste attend malgré tout une réponse en lien avec une gêne, un état insatisfaisant, un changement souhaité. Elle s'attend de même à ce que la demande formulée soit en lien avec son domaine de compétences (un trouble du langage, de la communication, des apprentissages...).

Dans ce cas, l'enfant formule une crainte, et nous remarquons que l'orthophoniste cherche alors à cibler plus précisément cette crainte en posant davantage de questions, en cherchant des précisions. Elle rassure dès lors le patient.

O : « qui a eu l'idée de revenir me voir ? »

T : *regarde sa mère* « maman »

O : « et toi, qu'en penses tu ? »

T : « c'est bien » *toujours regard vers la mère*

Nous abordons ici un autre aspect de la demande, qui ne touche plus les attentes ou la gêne, mais l'origine de la démarche. Cet entretien illustre encore une fois le rôle des parents, T. se tournant systématiquement vers sa mère, à l'origine de la demande. Il semble exprimer une demande qui n'émanait pas de lui au départ, et qui ne fait pas écho en lui.

Alors dans ce cas, l'école, l'instituteur s'inscrivent-ils dans cette demande ?

O : « que dit la maîtresse de toi ? »

T : « que je dois avoir confiance en moi, pas être si stressé. »

Nous remarquons que les termes « avoir confiance en moi », qui sont rapportés comme les dires de la maîtresse, sont aussi les termes utilisés par l'enfant à la première question autour de « ce qui l'amène... ». Nous notons donc une redondance de cette formulation, autour de la demande d'être rassuré, demande de confiance qui se situe au niveau de « l'être » pour reprendre les analyses de Françoise Estienne (le manque se situe au niveau de l'être, du savoir, de l'avoir, du faire).

Nous pouvons donc penser que dans ce cas précis, même si la maîtresse n'a pas indiqué d'orthophonie, sa relation avec l'enfant et ce qu'elle peut dire, penser de lui, vont influencer sur la formulation de sa demande.

En situation de bilan, la communication s'établit entre (au minimum) trois personnes : le(s) parent(s), l'enfant et l'orthophoniste. Il s'agit pour l'orthophoniste qui mène l'entretien de s'adresser suivant les moments à l'enfant, aux parents, ou aux deux simultanément (ce qui est plus rare). Ses questions sont donc dirigées à l'un ou l'autre en fonction de l'information qu'il souhaite obtenir. La réaction ou réponse de l'enfant face à la question qui lui est adressée nous donne des indices sur sa demande. Par exemple, lorsqu'à la question « pourquoi

viens-tu me voir ? » l'enfant regarde sa mère, sans répondre d'emblée, nous pouvons déjà percevoir le flou de sa demande. La demande de la mère et celle de l'enfant sont intriquées.

Les regards échangés sont ainsi également un paramètre de communication importants à considérer durant l'entretien : communication entre l'orthophoniste et les parents, l'orthophoniste et l'enfant mais aussi communication au sein de la triade ou dyade père/mère/enfant. L'ensemble de ces échanges, verbaux et para-verbaux sont autant de piste qui nous aideront à identifier le plus précisément possible des facteurs inhérents à la prise en charge : la relation parent/enfant (par exemple, les parents laissent-ils une place à leur enfant durant l'entretien, ou répondent-ils d'emblée à sa place ?), la formulation, l'origine et l'évolution de la demande... Les parents et l'enfant ont-ils des demandes collées, proches ou distinctes ? Quel est le type de demande exposé par l'enfant ?

L'entretien est donc une situation de communication active entre les différents protagonistes, mais également une occasion pour l'orthophoniste d'observer la communication parents/enfants.

Afin de poursuivre notre analyse, nous allons maintenant traiter des différents aspects de la demande lors de cet entretien.

I.3 La demande lors du premier entretien : aspect objectif et aspect représentationnel

« Pour Daise, Fayasse et Wynen, l'analyse de la demande doit se réaliser au travers de deux aspects qui la composent : **l'aspect objectif** et **l'aspect représentationnel**.

• L'aspect objectif :

Cet aspect reprend les éléments concrets de la demande. Il s'agit d'éléments tangibles de la réalité sur lesquels une emprise concrète peut s'envisager. Ces éléments sont parfaitement objectivables. Ils s'observent dans les comportements, les interactions, les objets...ils appartiennent au monde du réel.

Quelles sont les compétences et les capacités de l'enfant ? Quelles sont les difficultés de l'enfant ? Quels sont ses points forts ? Quelle est sa déficience ?

• L'aspect représentationnel :

Cet aspect de la demande ne se constitue pas d'un réel en tant que tel, mais il s'exprime dans la représentation que les personnes se font de la situation. Il s'agit du vécu, des interprétations, du ressenti... Ces éléments sont la propriété des personnes et sont, par conséquent, singuliers. Ils font partie du psychisme ». ⁷⁶

Voyons ce qu'il en est de ces deux aspects de la demande dans le cas de T.

Ce qui est exprimé en premier par T. touche plutôt à l'aspect représentationnel de la demande. Il s'agit d'une angoisse, en lien avec un ressenti, avec son image personnelle qu'il se construit. Cette demande est inhérente à l'être psychique de l'enfant, à sa construction psychique. Il est difficile d'objectiver l'ampleur de cette gêne, qui n'est pas quantifiable. Le plus important est de prendre la mesure de cette demande, peu importe le lieu où elle s'exprime (ici cabinet d'orthophonie), et de travailler à apporter une réponse à l'enfant. Cette réponse ne sera pas obligatoirement la réponse attendue par le patient, c'est-à-dire une prise en charge en orthophonie dans ce cas. Notre rôle est aussi éventuellement d'orienter l'enfant et sa famille vers d'autres thérapeutes que nous considérons plus aptes à intervenir dans ce cas là.

A partir du moment où une demande est exprimée, où l'enfant vient en bilan, nous nous devons de recevoir cette demande, de quelque façon que ce soit.

Quant à l'aspect objectif de la demande, il s'observe également toujours lors du bilan orthophonique. En effet, le temps d'entretien est suivi par un temps de « bilan » plus formel (à l'aide de tests étalonnés).

Le matériel utilisé permet de situer l'enfant dans sa classe d'âge et ainsi d'approcher ses difficultés de manière objective. Nous ne sommes plus dans le ressenti, mais bien dans une situation permettant d'objectiver les troubles et de relever un écart à la norme, avec des perspectives d'interventions concrètes. De même, les dires des parents ou de l'enfant peuvent révéler des difficultés quotidiennes (liées au comportement, aux relations sociales...) qui sont ancrées dans la réalité.

⁷⁶

Françoise Estienne *Orthophonie et efficacité les fondements d'une pratique* p. 34

Ces deux « types » de demandes sont différenciés, mais j'insiste sur le fait qu'elles sont extrêmement intriquées et dépendantes l'une de l'autre. En effet, il s'agit bien de deux manières d'aborder la demande. Ce qui est ressenti, vécu, et parallèlement ce que l'on peut approcher de l'extérieur. Il est souvent rassurant pour l'orthophoniste de disposer d'éléments objectifs, qui permettent plus facilement de se fixer des objectifs concrets, entrant alors dans un plan de rééducation (et d'évaluer l'évolution de l'enfant au fur et à mesure). Mais parallèlement à cela, l'orthophoniste doit aussi être conscient qu'il ne travaille pas avec une machine proprement rodée, mais bien avec un être humain, dans toute sa complexité et singularité. L'approche directe, traitant les symptômes objectivés, ne doit se faire qu'en gardant toujours en tête l'objectif d'aider le patient de manière plus globale, et donc de tenter de répondre à l'aspect représentationnel de sa demande.

I.4 L'objectivation par les tests et l'évolution de la demande initiale

Petit à petit, lors du premier rendez-vous, la demande se précise, suivant les interventions et les réactions de l'orthophoniste. De plus, à la fin du bilan, une première proposition (ou des propositions) sera faite, et permettra là encore à la demande de s'affiner.

Pour T., la mère précisera en cours d'entretien, qu'un rendez-vous est prévu avec un pédopsychiatre.

O : *à la maman* « Vous avez rencontré la maîtresse ? »

M : « elle trouve que T. a des difficultés, et qu'il n'a pas confiance en lui. Elle nous a conseillé de consulter un pédopsychiatre. Nous avons rendez-vous au mois d'avril. »

Puis la maman parle des évaluations de CM2

M : « par rapport à ce que j'ai pu lire, voir...j'ai préféré avoir l'avis d'un orthophoniste avant l'entrée au collège. »

Nous constatons que même si la demande, dans son aspect objectif porte sur les difficultés scolaires, elle est également par le biais de l'institutrice une demande de prise en charge plutôt psychologique.

L'orthophoniste peut-elle alors répondre à ces demandes diverses ?

Durant l'entretien, à plusieurs reprises, l'orthophoniste a abordé le sujet de l'autonomie.

En effet, l'entrée en sixième, qui angoisse T., représente une prise d'autonomie accrue par rapport à l'école élémentaire. Le fait que cette famille soit connue depuis plusieurs années par l'orthophoniste facilite peut-être l'abord de ce sujet, puisqu'elle connaît l'histoire de cette famille, et donc la relation mère/enfant.

A la suite des tests, il ne ressort pas de difficultés importantes objectivables sur le plan langagier. En lien avec ce qui s'est dit durant l'entretien, l'orthophoniste ne propose pas de prise en charge orthophonique d'emblée.

Elle suggère plutôt d'attendre le rendez-vous avec le pédopsychiatre et de refaire le point ensuite. Peut-être l'orthophoniste considère-t-elle que son domaine de compétences n'est pas réellement ici sollicité ... ? Malgré tout, elle propose une action avec des éventuelles séances de relaxation et insiste sur l'entrée en sixième. A ce moment-là, il sera peut-être utile de travailler avec l'enfant en orthophonie, et elle propose à la maman d'intervenir dès le début de l'année scolaire, en informant les futurs professeurs et éventuellement en mettant en place des adaptations spécifiques pour T.

L'orthophoniste reste donc toujours à l'écoute, disponible et reçoit cette demande. Cette demande est amenée à évoluer probablement, ne serait-ce qu'à la suite du proche rendez-vous avec le pédopsychiatre.

En ne répondant pas directement à la demande, l'orthophoniste contribue à son évolution.

En effet, on peut penser qu'en sortant de ce rendez-vous, l'enfant va cheminer et peut-être envisager une aide ailleurs (chez le pédopsychiatre par exemple). Peut-être cette rencontre l'aura-t-elle rassuré, un professionnel ayant attesté le fait que ses difficultés dans le domaine du langage semblent mineures ?

I.5 Influence des parents dans la demande de l'enfant lors du premier entretien

Le rôle de la mère prend également dans cet exemple tout son sens. En effet, T. a été reçu d'abord avec sa mère, puis il est resté seul avec l'orthophoniste pour les tests. A la fin, la maman est à nouveau reçue, afin de discuter des résultats des tests, et de prendre des décisions communes pour la suite.

L'orthophoniste demande alors à T. ce que lui souhaite (bénéficier d'une prise en charge ou non ?).

Il dit qu'il aimerait reprendre le travail, tout en se tournant vers sa mère, nous donnant l'impression qu'il parle pour elle.

L'orthophoniste interroge alors la maman, qui dit en avoir parlé avec lui. Elle a le sentiment que si son fils souhaite reprendre le travail en orthophonie, c'est avant tout pour lui faire plaisir.

Il était d'accord pour venir, mais c'est elle qui lui a proposé.

La demande n'est donc ici pas une demande articulée au désir de l'enfant, comme nous l'avons considérée dans la partie théorique. Elle est en lien avec les inquiétudes de la mère, les remarques de l'institutrice, que T. a entendues.

L'enfant est malgré tout angoissé par rapport à son passage au collège, mais il n'est pas forcément demandeur d'un travail orthophonique.

Cela est d'autant plus intéressant qu'il s'agit d'un enfant très lié à sa mère, (sans grande autonomie), fils unique jusqu'à peu. Sa maman reconnaît avoir eu du mal à le laisser voler de ses propres ailes, même si elle souligne le fait qu'elle a fait des efforts depuis quelque temps afin de le laisser plus autonome.

Nous voyons donc comment les troubles exprimés lors de ce bilan peuvent être en lien avec l'organisation familiale. Ici l'enfant a probablement besoin de s'autonomiser et de prendre confiance en lui, et ceci se joue également avec sa mère. Le travail consiste donc en partie à accompagner cette maman sur le chemin de l'autonomie pour son fils.

Voici donc un cas pratique, cas singulier parmi d'autres (tous différents), qui illustre la demande sous ses différentes formes, avec les problématiques suivantes :

- La demande de l'enfant, celle des parents. Où se situe le désir de l'enfant, et comment extraire une demande propre articulée à **son** désir ?
- La demande de soin, qui finalement ne relève pas forcément de l'orthophonie et renferme une demande plus générale de soutien (ici nécessité d'être rassurés, à la fois pour la mère et l'enfant).
- L'évolution de la demande dans le temps, au fil des rencontres et des constats : dans ce cas les tests se veulent plutôt rassurants et la démarche de cette famille s'inscrit dans une dynamique plus complète, avec d'autres rendez-vous (médicaux) dans le futur. Il y a nécessité d'une prise de conscience profonde de la demande.
- L'importance de discerner demande objectivale et représentationnelle, avec présence simultanée des ces deux types de demandes lors du même entretien.
- Le rôle de la projection dans le futur, du projet thérapeutique dans l'évolution d'une demande de soin.

II. La place des parents

La dernière année d'études offre l'occasion de diversifier les lieux de stages et ainsi d'assister à des façons de travailler variées. Je me pencherai au cours de cette sous-partie sur l'importance des relations avec les familles dans tout travail orthophonique, en insistant sur la diversité des pratiques.

Je prendrai comme support deux modes d'exercice distincts :

- l'exercice libéral (auprès de deux orthophonistes différentes)
- le travail en institution

II.1 L'exercice libéral

De la salle d'attente à la salle d'attentes...

La salle d'attente des cabinets d'orthophonie est souvent le lieu où se rencontrent l'orthophoniste et les parents. Lieu d'échanges non formel, recevant les remarques furtives concernant la prise en charge et son évolution. C'est aussi un lieu « d'attentes » pour les parents, dans les différents sens du terme...

Nous allons définir les attentes au regard de la demande, afin de les différencier.

Pour moi, « la demande » et « les attentes » ne sont pas des synonymes, même s'ils sont sémantiquement proches.

Les attentes des parents vont être à l'origine de la formulation d'une demande. Mais à partir du moment où la demande est exprimée, elle ne correspond plus parfaitement aux attentes.

La formulation des attentes, son interprétation par l'orthophoniste, vont inévitablement créer un décalage entre les attentes profondes (attentes des parents pouvant être liées à leur ressenti) et cette demande exprimée.

Nous ne pouvons accéder totalement aux attentes d'autrui, d'autant plus qu'il est possible que certaines de ces attentes ne soient pas conscientes pour le patient lui-même (phénomènes de déni...).

Les attentes sont plutôt en lien avec le désir et difficiles à saisir directement.

Par exemple il arrive fréquemment que des parents emmènent leur enfant chez l'orthophoniste, avec pour demande d'aider l'enfant à bien parler, ou à bien lire. Mais derrière cette demande, dans certains cas, les parents souhaitent malgré tout (inconsciemment bien souvent) garder leur enfant petit, sous leur dépendance, et acceptent mal de le laisser grandir. Cela illustre bien le décalage entre les demandes, propres à la conscience, et les attentes relevant parfois de l'inconscient.

Dans de nombreux cas, c'est à la fin de la séance qu'un contact a lieu entre les orthophonistes et les parents, dans la salle d'attente le plus souvent (et parfois au sein du bureau). C'est alors l'occasion pour ces-derniers de questionner l'orthophoniste avec des formulations du type : « Alors, ça s'est bien passé ? ». Cette question qui permet d'entamer une discussion, de créer un contact, illustre également la volonté de la part des parents de s'investir, de suivre la rééducation. Nous nous devons alors de répondre à leurs questions, de (tenter) de cerner leurs attentes. Au cours de ces échanges de fin de séances, les demandes des parents portent fréquemment sur une recherche d'informations concernant l'évolution de l'enfant. Plus généralement, les parents peuvent aussi chercher à être rassurés.

L'expérience des stages m'a permis de constater que bien évidemment, chaque professionnel agit différemment lors de ces temps d'échanges, et offre alors une place particulière aux

parents. C'est au cœur de cette variabilité que vont se construire les relations orthophonistes/parents, et dont les demandes vont dépendre.

Ainsi, je citerai l'exemple d'une orthophoniste travaillant en libéral. Cette professionnelle est très disponible, prend le temps d'échanger avec les parents à chaque séance, et n'hésite pas à parler avec eux du déroulement de la séance (qu'est-ce qui a été fait, sur quoi elle a travaillé avec l'enfant...).

Les parents, au fur à mesure de la prise en charge, vont alors parfois avoir des demandes plus ponctuelles de travail sur tel ou tel point (en particulier liées à la demande scolaire, que je développerai plus tard).

Bien évidemment, on peut considérer que les parents qui expriment une demande en lien avec la scolarité de leur enfant ont au préalable des attentes sur le plan scolaire. Ce qui est intéressant est de constater qu'ils peuvent formuler et exprimer leurs attentes sous forme d'une demande, adressée à l'orthophoniste. Cette demande voit le jour car leurs représentations de l'orthophoniste et la relation qu'ils ont établie avec ce thérapeute le permet. C'est donc en fonction des relations, des échanges qu'ils vont entretenir avec l'orthophoniste que les parents vont également ancrer et faire évoluer leur(s) demande(s).

J'en viens à aborder un autre aspect de la place des parents lors de la prise en charge en libéral. Mes stages m'ont également fourni l'opportunité d'assister à des séances lors desquelles la mère de l'enfant est présente (possibilité aussi offerte aux pères, mais ces derniers se font beaucoup plus rares au sein des cabinets d'orthophonie...).

Ces prises en charge concernent principalement des enfants jeunes, suivis pour retard de parole et de langage ou problèmes d'apprentissage de la lecture. Il est majoritairement question d'enfants de maternelle, éventuellement C.P.

Les objectifs de ce type de travail aux conditions particulières sont multiples. L'orthophoniste propose à la mère d'assister à chaque séance. Au cours du suivi, il arrive que plus tard l'enfant soit reçu seul par l'orthophoniste.

Tout d'abord, cette situation permet de fournir des modèles aux parents, de manière non-directive. L'orthophoniste poursuit alors le même but que lorsqu'il donne des conseils aux parents, mais dans ce contexte particulier les conseils sont plutôt implicites. Ils vont être

donnés naturellement, au cours de la séance et s'appuyer sur une situation précise. Cela a l'avantage d'être associé à une situation de communication « en direct » (entre l'orthophoniste et l'enfant, ou l'enfant et son parent), pouvant ainsi plus aisément être assimilée au quotidien de l'enfant et ses parents. Bien entendu, cela nécessite que l'orthophoniste trouve une juste place, laissant les parents dans leur rôle de parents et intervenant sans jugement.

Attirer l'attention des parents sur ce dont est capable l'enfant est un deuxième avantage lié à cette façon de travailler. Comme tout être humain, l'enfant se comporte différemment suivant le milieu, le contexte dans lequel il est. Lors de sa séance d'orthophonie, il n'est pas le même qu'à la maison ou qu'à l'école. Les parents sont donc lors de ces séances témoins de comportements (langagiers ou plus généraux) qu'ils ne connaissent pas à la maison : ils voient leur enfant différemment.

Prenons un exemple. Une maman dont l'enfant est suivi pour retard de parole et de langage fut un jour surprise d'entendre son enfant prononcer le son [r]. Elle ne l'avait auparavant jamais entendu et pensait donc que cela relevait du domaine de l'incapacité (« mon fils ne peut pas »).

Ayant été témoin que son enfant a la possibilité de réaliser ce phonème (l'enfant est capable de produire ce son-là en le contrôlant, mais cela n'est pas automatisé dans son discours spontané), elle pourra agir différemment dans ses échanges avec son enfant, à l'extérieur du contexte orthophonique. Elle est à présent en mesure d'accompagner son fils, ce qu'elle ne faisait pas auparavant, pensant que c'était vain.

Le troisième intérêt porte sur la clarification des attentes, afin qu'un ajustement entre les attentes parentales et l'action du professionnel ait lieu.

En effet, les parents assistant aux séances sont confrontés directement à la réalité, qui ne correspond pas nécessairement à leurs attentes et projections de la rééducation de leur enfant.

L'orthophoniste travaille d'abord avec l'enfant ; il va donc dans un premier temps laisser émerger les désirs de l'enfant, ne répondant pas de manière directe à la demande parentale.

Ce temps peut être source de doutes, d'interrogations pour les parents puisque leur demande ne semble pas prise en considération. Ainsi, c'est le cas d'une maman qui au cours d'une séance de rééducation s'adresse à l'orthophoniste, lui demandant : « vous ne travaillez pas l'articulation ? ».

C'est donc pour les parents l'occasion d'exprimer à nouveau leurs attentes. Pour l'orthophoniste, il s'agit alors de repréciser avec eux le contrat thérapeutique établi. Il est important que les parents nous fassent confiance, quelles que soient nos méthodes. Cette confiance est essentielle dans l'établissement de la relation thérapeutique, plus que leurs opinions sur notre façon de travailler. Dans cet exemple, l'orthophoniste peut expliquer aux parents les intérêts de créer une relation avec l'enfant, les amener à considérer cette prise en charge dans la durée (le trouble ne se résorbera pas en un jour).

La place des parents, leur investissement dans la rééducation est dépendante de l'orthophoniste, sa façon de travailler, l'importance qu'elle accorde au travail relationnel avec eux, ses orientations théoriques... Ainsi, certains orthophonistes estiment que le travail entre eux et l'enfant n'a pas lieu de sortir du bureau et que les parents n'ont pas nécessairement à être au courant de ce qui a été fait durant la séance.

Ainsi que nous l'avons écrit, dans la théorie comme dans la pratique, il existe autant de manières d'agir que de professionnels. L'adaptation au cas par cas, en trouvant un juste milieu, reste sûrement la meilleure façon de faire.

Il est nécessaire de fournir aux parents des éléments de réponses quant à leurs attentes, c'est-à-dire au moins répondre à leur demande « brute » (les rassurer, répondre à leur curiosité..). Ceci est important pour les aider à sortir de la spirale de l'échec et relancer une dynamique positive entre l'enfant et ses parents. Mais ce qui est dit, et ce qui est tu, doit être pensé auparavant et précautionneusement choisi par l'orthophoniste. La communication fait partie intégrante de la rééducation, utilisée par l'orthophoniste elle remplit des objectifs précis.

J'ai également constaté sur mes terrains de stage la nécessité de la communication avec les parents, dans un but de participation, de changements à la maison. Nous en revenons à la question de la place des parents dans une cure d'enfants.

Comme le pensait Winnicott, les parents pourraient-ils être des « cothérapeutes maison » ? En effet, notre rôle consiste également à amener les parents à modifier certaines de leurs habitudes, à percevoir leur enfant différemment. Par exemple, la question de l'autonomie est une question qui revient régulièrement et à laquelle j'ai été confronté sur mes différents lieux de stage (aussi bien en institution qu'en libéral).

Amener l'enfant à grandir pour lui permettre d'investir l'écrit par exemple, ou de s'exprimer « comme un grand ». Ce travail d'autonomisation s'inscrit dans le temps et ne peut se faire sans l'appui des parents. En tout cas, il faut déjà que les parents en prennent conscience pour espérer des modifications. Nous avons dans ce cas comme dans nombres autres un rôle à jouer, en accompagnant les parents pour qu'après eux-mêmes accompagnent leur enfant. C'est lorsque nous les croisons en début ou fin de séances que ces messages peuvent être transmis. Directement ou implicitement, les parents seront la plupart du temps réceptifs à ce qu'a dit le professionnel. Les messages transmis, parfois même juste évoqués, ont un retentissement réel à l'extérieur, sur ce qui a lieu à la maison.

Les enjeux de la communication et de la relation établie entre l'orthophoniste et les parents sont multiples. Ils influent sur la possibilité pour l'enfant de déployer une demande. Si les parents ne sont pas demandeurs, ou s'ils ne font pas confiance à l'orthophoniste, l'enfant sera limité dans l'investissement de son propre soin. Au cours de la rééducation, l'orthophoniste doit essayer de cerner leurs attentes et demandes en évolution, tout en les guidant et en les accompagnant. Parallèlement, elle met en place avec l'enfant une relation devant permettre à ce dernier d'investir sa rééducation, et d'y inclure une demande articulée à son désir.

II.2 En institution, pluralité des demandes

A) considération de l'enfant au sein de sa famille

Nous l'avons vu dans la partie théorique, l'enfant est inscrit dans une constellation familiale.

Les parents sont responsables de leur enfant, et participent à son développement. Ainsi, lorsqu'un enfant est perturbé dans son développement, nos premiers interlocuteurs (après l'enfant !) sont ses parents.

En institution comme en libéral, le travail orthophonique est rarement réalisé uniquement avec l'enfant. Les parents font toujours à un moment ou à un autre partie du soin. Cela est d'autant plus prégnant lors du travail au sein de certaines structures de type CMP, où l'enfant est bien souvent considéré dans sa réalité familiale (on s'intéresse à l'enfant, mais aussi à l'enfant **dans** sa famille).

Dans certaines situations, les difficultés de l'enfant sont considérées comme un symptôme.⁷⁷

Dans ce cas, comme l'écrit J.Lacan « le symptôme de l'enfant se trouve en place de répondre à ce qu'il y a de symptomatique dans la structure familiale ».⁷⁸

Les relations et le travail avec les parents font alors partie intégrante de la prise en charge. L'objectif est d'amener les parents à une prise de conscience des difficultés de leur enfant, et de les accompagner afin qu'ils s'ajustent à leur enfant.

L'ajustement peut être défini par « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu. »⁷⁹

Pour cela, nous devons (adultes, parents et professionnels) reconnaître l'enfant dans ses besoins et tenter d'y répondre.

La netteté de la demande parentale semble alors influencer sur la possibilité d'investissement d'une demande par l'enfant. En effet, lors du soin institutionnel comme en exercice libéral, les parents ne sont pas nécessairement demandeurs pour eux-mêmes (ils peuvent venir adressés par l'école, un médecin).

Ainsi, j'ai constaté au sein de stages en institution que les enfants ont une idée plus précise de leur prise en charge (pourquoi ils viennent) lorsque les parents sont demandeurs et investissent ce qui est proposé. Au-delà de cela, si la demande parentale est absente, ou qu'elle n'est pas en adéquation avec l'action proposée, nous serons vite limités dans le suivi de l'enfant.

La prise en considération de l'environnement familial de l'enfant nécessite un accordage parents/professionnels qui est parfois difficile à obtenir. En effet, nous pouvons nous heurter à des résistances de la part des parents, et il arrive que notre accompagnement mette en jeu l'organisation familiale et sa stabilité.

⁷⁷ Cf la sous-partie intitulée l'enfant symptôme

⁷⁸ Lacan « Note sur l'enfant » *Autres Ecrits* p.373

⁷⁹ Lazarus et Folkman, *Stress, appraisal, and coping*

Cette intrication entre l'enfant, sa famille et l'action de l'institution engendre une pluralité des demandes, parfois complexes à accorder. En effet, les parents peuvent être demandeurs de soins pour leur enfant tout en n'étant pas prêts à établir de changements touchant l'organisation familiale.

B) la demande de l'institution

L'institution peut ne pas être en accord avec ce que nous pouvons proposer ou ce à quoi nous attachons de l'importance en tant qu'orthophoniste. Par exemple, pour l'orthophoniste, l'évolution de l'enfant n'est pas nécessairement marquée (au départ du moins) par des progrès scolaires. Le développement plus général de l'enfant, son rapport au langage oral ou écrit, son investissement, la relation qu'il crée avec son thérapeute sont des points essentiels de sa prise en charge, avant des progrès scolaires objectivés.

Nous sommes donc amenés à nous positionner et à faire des choix au sein de demandes souvent plurielles, et auxquelles nous ne pouvons répondre simultanément. Que cela soit en lien avec les attentes de l'institution, des parents ou de l'école, notre positionnement doit avant tout se faire dans l'intérêt de l'enfant. Cela n'exclut pas d'être réceptifs à ces diverses demandes. Finalement, en priorisant un type de demande, nous pouvons répondre parallèlement à un autre type de demande. Ainsi, il n'est pas rare qu'au cours d'un suivi (orthophonique ou autre), l'enfant s'ouvre, grandisse et progresse dans divers domaines, les progrès étant rarement isolés.

A la différence des prises en charge en libéral, l'institution est caractérisée par un fonctionnement qui lui est propre, et les demandes peuvent alors être reçues selon différents niveaux. En effet, comme nous le mentionnons ci-dessus, il est nécessaire de distinguer le professionnel de l'institution au sein de laquelle il exerce. Ainsi, un type de demande pourra être une priorité pour l'institution, alors qu'elle ne le sera pas pour l'orthophoniste et inversement.

III. Demande et désir

III.1 Questionnaire et entretien avec des mères

Afin de cerner avec plus de précision la question de la demande je me suis entretenue avec certaines mères d'enfants (suivis en libéral).

J'ai eu l'occasion d'échanger avec elles autour de mon thème de mémoire, et de leur poser diverses questions concernant la rééducation de leur enfant.

Nous avons pu établir un contact par l'intermédiaire de l'orthophoniste, profitant du temps de séance de l'enfant pour nous entretenir.

J'ai élaboré pour cela un questionnaire court, portant sur les aspects conscients des demandes.

Voici les objectifs recherchés :

- Apprécier la conscience que les parents peuvent avoir de la demande de leur enfant (pensent-ils que leur enfant a une demande, si oui laquelle ?)
- Retracer l'évolution de la demande en cours de prise en charge
- Mettre en évidence des facteurs à l'origine de la demande de l'enfant et/ou des parents et pouvant influencer la nature de la demande.

Ce questionnaire m'a servi de point d'ancrage lors de ces entretiens, mais n'a en aucun cas été utilisé de manière formelle. En effet, au fil de l'entretien j'ai pu ajouter des questions, en affiner d'autres, en ôter certaines, rebondir sur ce qui m'était dit.

L'objectif était d'établir un temps d'échanges sur cette question de la demande, de recueillir le point de vue de parents (et pas de faire des statistiques).

A) Cas d'E., 6 ans, CP.

Date de naissance : garçon né le 14.09.03

Le bilan est réalisé en janvier 2010.

Fratrie et situation familiale : Une grande sœur (8 ans et demi), parents séparés

Voyons tout d'abord les attentes, demandes et projections de la maman d'E.

- Origine de la demande

La mère d'E. est à l'origine de la demande de bilan. Elle s'est inquiétée depuis la grande section, trouvant que les enfants n'étaient pas assez bien préparés dans cette classe.

En décembre de cette année, elle trouve que son fils a du retard en CP, comparativement à sa grande sœur. Elle s'inquiète, malgré le fait que l'institutrice n'évoque pas de difficultés particulières et n'alerte pas les parents.

Plus précisément, ce qui « alarme » la maman sont les temps de devoirs qu'elle considère anormalement longs. Elle trouve également qu'E. a des difficultés de concentration.

Nous voyons ici comment la demande « naît ». Comme souvent, elle est en lien avec la scolarité. Le CP est un moment crucial, puisqu'il marque l'entrée dans l'écrit. Cette étape est souvent source d'angoisses pour les parents, d'autant plus si leur enfant n'apprend pas « comme les autres ». Ainsi, dans ce cas, la demande a pris naissance dès la grande section d'E., pour aboutir à une prise en charge un an plus tard. Cette demande est avant tout celle de la mère, qui cherche un soutien en dehors de l'école dont elle dit être déçue.

Lorsque je l'interroge sur ses attentes par rapport à la rééducation d'E., elle dit souhaiter : « Qu'E. aime l'école, que ses devoirs se passent bien, qu'il puisse passer dans la classe supérieure l'année prochaine ».

Il est intéressant de voir que l'institutrice n'intervient pas ici (directement) dans le processus de demande. La mère l'exprime d'ailleurs ainsi, elle a fait les démarches seule et a pris seule la décision. Plus tard (lors de l'entretien) elle dira ne pas avoir confiance en l'école. Pour elle, le système scolaire exclut les enfants qui ne fonctionnent pas comme les autres. Elle dit « Il faut être dans une norme, si l'enfant ne suit pas, c'est son problème ».

Nous pouvons donc constater que la demande en orthophonie trouve parfois sa place suite à une insatisfaction, à un manque de confiance. Ici, c'est aussi parce qu'elle doute de l'école, parce qu'elle n'est pas satisfaite du système scolaire que cette maman vient consulter pour son fils.

Elle se sent dépassée et vient chercher un soutien, une aide avec cette prise en charge.

Pour elle, les solutions aux difficultés d'E. seront apportées par une aide personnalisée, individuelle où le rythme de l'enfant sera respecté.

Quelle est alors sa représentation de l'orthophonie pour qu'elle y demande ce que le système scolaire ne lui apporte pas ?

- Les représentations

Un des points du questionnaire porte sur les expériences et donc connaissances que peut avoir la famille de l'orthophonie. Comme je l'ai déjà abordé, je considère que la demande se construit partiellement en fonction des représentations préalables dont disposent les patients. C'est pourquoi il est intéressant de discuter avec les parents de leur histoire par rapport à l'orthophonie, d'éventuelles expériences passées.

La maman d'E. a eu un suivi orthophonique étant enfant. Elle était suivie pour retard de parole et de langage. Le sujet est sensible, sa rééducation ayant eu lieu à une période douloureuse durant laquelle cette maman avait des problèmes de communication avec son propre père.

Elle garde le souvenir de la honte qu'elle ressentait vis-à-vis de son entourage à aller chez une orthophoniste.

Malgré ces souvenirs douloureux attachés à la rééducation orthophonique, elle fait le choix de consulter pour son propre fils, car elle dit « savoir au fond d'elle qu'une orthophoniste pourra l'aider ». Elle a donc fait abstraction des sentiments négatifs du passé favorisant le fait que son fils a besoin d'aide.

Finalement, ses propres souvenirs ne paraissent pas heureux, mais cela n'empêche qu'elle a pu garder en tête le rôle d'une orthophoniste et qu'elle est prête à accorder sa confiance.

La mère d'E. se place d'emblée en opposition assez marquée avec l'école, est réticente quant à la prise de contact et les échanges entre l'école et l'orthophoniste. Elle exprime son absence de confiance en verbalisant « J'ai peur que l'école enfonce mon fils ».

Nous allons voir comme ceci prend part dans les différents aspects de la demande.

- Aspects objectival et représentationnel :

Du point de vue représentationnel la demande est en corrélation avec l'inquiétude de la mère. Elle cherche à être rassurée et aidée. Elle exprime son ressenti sur deux points

principaux. D'une part elle ressent son fils en échec et s'en inquiète, elle a peur qu'il en souffre. D'autre part elle semble dépassée, n'a pas confiance en l'école et cherche un soutien autre, à l'extérieur. D'ailleurs le prédicat qu'elle utilise « j'ai **senti** que quelque chose n'allait pas » nous indique qu'à ce moment elle communique sur le canal de l'émotion, en kinesthésique.

Du point de vue objectif, il ressort qu'E. est en difficulté à l'école. En décembre de CP, alors que de nombreux enfants commencent à acquérir la lecture, E. en est loin. Il a donc du retard par rapport à une norme.

Sa mère le compare à sa grande sœur, qui probablement savait lire à la même période de l'année. Ces éléments touchent le concret, ce qui est tangible (un écart par rapport à la norme, aux autres enfants du même âge) et donc de l'objectivable.

La demande est donc, comme nous l'avons vu plus haut, double. Une de ses facettes est liée au représentationnel constitué par le ressenti de la mère : inquiétude, perte de confiance, peur qu'E. soit en souffrance.

D'un autre point de vue, elle est également « objectivable ». E. est en retard par rapport à sa classe d'âge, il n'entre pas dans la lecture en milieu de CP : ces éléments motivent également la demande de bilan et vont être mis en évidence par la partie « tests » du bilan.

La première partie de l'entretien m'a permis de recueillir ces informations liées à la demande de la mère. Nous allons maintenant nous intéresser à la demande d'E., toujours selon ce que sa mère a pu comprendre, observer.

A la question « Pensez-vous que votre enfant a une demande personnelle, une volonté de régler ce problème ? » la maman d'E. me répond qu'il n'a pas exprimé de souffrance, de plainte par rapport à l'école et aux difficultés rencontrées.

E. aurait dit à son institutrice qu'il allait voir une orthophoniste plus tôt dans l'année, avant que cela ne soit réellement le cas. La maman souligne que plusieurs de ses camarades de classe sont suivis en orthophonie, et que cela peut expliquer qu'E. ait fourni cette réponse (peut-être souhaitait-il aller chez un orthophoniste comme ses camarades ?)

Quoi qu'il en soit, dans l'imaginaire de l'enfant, il y avait déjà une représentation de l'orthophonie.

Nous parlons donc avec la mère d'E de l'image, des représentations qu'E. avait de l'orthophoniste avant de venir.

Il est intéressant de voir comme ces représentations peuvent être éloignées de la réalité. En effet, la maman rapporte qu'E. était stressé avant le premier rendez-vous. Il lui a demandé si l'orthophoniste allait regarder dans sa bouche, avec un « petit bâton comme le docteur ».

Cette question, ces inquiétudes illustrent comme l'imaginaire d'un enfant dans l'ignorance peut être en décalage avec la réalité, d'où l'absolue nécessité de préparer le premier rendez-vous.

C'est d'ailleurs ce qu'a fait la maman d'E. , lorsqu'elle a abordé avec son fils pour la première fois le bilan orthophonique. Elle lui a dit : « Maman et papa trouvent que tu as du mal. On va aller voir une personne pour t'aider à comprendre les lettres et à devenir grand. »

Cette phrase est primordiale, puisqu'elle permet à l'enfant, avant la première rencontre, d'investir sa future rééducation, de s'y préparer. Elle est ainsi la première étape nécessaire pour que l'enfant puisse mettre en place une demande personnelle.

La demande personnelle rejoint la question du désir que nous allons traiter maintenant.

• La question du désir

Par quels moyens pouvons-nous percevoir, entrevoir le désir de l'enfant ? J'ai choisi pour répondre à cette question, de m'appuyer sur différents points :

- ce que dit l'enfant de sa rééducation, à l'extérieur.
- l'investissement du lieu, du travail réalisé en orthophonie et ce avant, pendant et après la séance (transposition)
- les demandes adressées à l'orthophoniste lors des séances.

D'après sa maman, E. apprécie venir aux séances d'orthophonie. Il en parle spontanément, à sa sœur ou à son papa.

E. ne « fait pas la tête » le matin lorsqu'il faut venir, il prend lui-même son matériel.

Il investit donc la rééducation, prend du plaisir à ce qu'il apprend lors des séance

De plus, il lui arrive de parler de l'orthophonie ou de l'orthophoniste à la maison, et il est réceptif et attentif aux conseils donnés par l'orthophoniste. Par exemple, l'orthophoniste l'accompagne pour qu'il grandisse, s'autonomise. Elle travaille ce sujet aussi bien avec sa maman (qui participe aux séances) qu'avec lui. Petit à petit, elle l'aide à une prise de conscience, appuyant sur certaines choses du quotidien qui pourraient être différentes (s'habiller tout seul le matin...)

L'orthophonie est alors transposée d'un lieu à un autre (du cabinet à la maison), d'un temps à un autre. Ceci me paraît être intéressant comme témoin de l'investissement de la rééducation par l'enfant. Et dès lors qu'un investissement est présent, nous touchons nécessairement un certain désir de l'enfant par rapport à cette rééducation.

La mère, lors de l'entretien, exprime d'ailleurs que des changements ont eu lieu depuis le début du travail. Elle me précise qu'elle et le papa d'E. ont modifié leur façon de surnommer l'enfant, laissant de côté les sobriquets infantilisant du type « mon bébé ».

E. revendique aujourd'hui son statut de petit garçon, il est en train de grandir et son rapport aux adultes s'en trouve modifié. Ce travail d'individuation est indispensable afin de lui permettre d'investir des apprentissages, extérieurs à la cellule familiale (et donc d'entrer dans la lecture...)

Nous approchons là le désir de l'enfant. Nous pouvons penser que cette manière d'investir le travail qui lui est proposé est liée à un désir de changement, désir de grandir. Même si cette demande n'émane pas de lui au départ, E. sait petit à petit exprimer son propre désir et l'inscrire dans ce cadre précis de prise en charge qui lui est proposée.

B) étude d'un cas : M.

M., CE1, dans l'année de ses huit ans

Dernier d'une fratrie de trois (deux sœurs)

Suivi depuis avril 2009

Date de l'entretien : mars 2010

Suivi par le Rased

• L'origine de la demande :

Le bilan est réalisé à la demande de l'institutrice. La maman de M. rapporte que cette dernière ne lui a pas parlé directement d'orthophonie, mais a dit que M. avait des difficultés, et pourrait redoubler si cela continuait ainsi.

M. quant à lui n'exprime aucune difficulté concernant l'école. Ses parents ne le perçoivent pas non plus en échec, ils ne sont pas inquiets. Le « pointage » vient donc au départ uniquement de l'institutrice.

Les parents sont surpris de cette intervention de la maîtresse, n'estimant pas leur fils en difficulté. La maman me dit qu'avec le recul, elle pense aujourd'hui que M. compensait, et c'est pour cette raison qu'ils ignoraient cette situation.

• Représentations familiales de l'orthophonie

Cette famille a dans le passé déjà eu affaire à l'orthophonie, pour une des sœurs aînées de M. (suivie pour confusions de sons)

Elle avait été suivie par cette même orthophoniste. La maman précise qu'ils sont revenus naturellement, car la sœur aînée avait « beaucoup aimé cette orthophoniste ». Nous pouvons souligner ici la participation affective prenant part dans la demande.

Avant cette fille, la maman n'avait qu'une idée vague de l'orthophonie, n'y ayant pas été confronté dans le passé.

- L'orthophonie et M.

M., quant à lui, assimile sa prise en charge en orthophonie à du soutien. D'ailleurs il le verbalise ainsi en disant « je vais au soutien le mercredi après-midi », ou en parlant de sa « réinscription en orthophonie ». Il n'emploie pas le terme « orthophonie ». Pour lui, il est sûrement préférable d'en parler avec ces termes-là. En effet, d'après sa mère, il cherche à cacher sa prise en charge orthophonique. En tout cas, il ne souhaite pas l'exposer, et fait les gros yeux lorsque sa mère en parle à des amis ou de la famille. Cette prise en charge est alors peut-être sujet de honte pour l'enfant, qui vit mal le pointage de ses difficultés.

Après un an de prise en charge, M. a aujourd'hui une idée précise de ce pour quoi il est suivi. Il me dit « Je viens pour mieux écrire et pour mieux apprendre, apprendre à écrire les sons et les lettres, comment il faut les faire. » (en réponse à la question : « Sais-tu pourquoi tu viens » cf questionnaire en annexe).

Il me fournit la même réponse quand je lui demande si sa prise en charge l'aide, et en quoi : « Je forme mieux mes lettres maintenant ».

Il est intéressant de constater que son image, son idée de son suivi est très ciblée, avec une correspondance entre la gêne et l'objectif de soin, tout en étant réduite. Au-delà du graphisme, c'est tout un travail d'élaboration du langage qui est fait avec lui, lors de productions de textes écrits par exemple.

- La préparation en amont

Afin d'amener sa future prise en charge, d'aborder le sujet du bilan, la maman de M. lui dit : « La maîtresse trouve que tu as des difficultés et nous allons aller voir quelqu'un pour t'aider à apprendre à lire. »

La maman me précise qu'elle trouve son fils stressé et « penaud » du fait que la maîtresse pointe ses difficultés.

• La question du désir : M, un exemple de division

Lors de l'échange que j'ai avec lui, M. me dit « je sais qu'il faut que je vienne, et j'ai envie de venir. Mais j'ai aussi envie de rester jouer dehors ».

Cet exemple dans le cas de M. illustre la présence d'une division, cette division étant la marque de l'inconscient.

Le désir ne peut se superposer au besoin, et certains patients nous témoignent de cette ambivalence.

Revenons sur la question du désir, qui est particulièrement intéressante dans le cas de M.

En effet, sa prise en charge orthophonique est marquée par de nombreux épisodes de refus, volonté d'arrêter la prise en charge, « négociations ».

M. a beaucoup investi sa rééducation au départ (d'après sa mère, elle le sentait « motivé, content de venir »). D'ailleurs, ses parents ont remarqué des progrès importants assez rapidement à la suite de sa prise en charge. La mère dit « c'est comme si il avait tout emmagasiné mais qu'il y avait un blocage. L'orthophonie l'a débloqué ».

Au bout de quelques mois de rééducation (au moment des vacances d'été), il commence à évoquer la volonté de stopper, de ne plus venir aux séances d'orthophonie. Sa mère m'explique qu'il est souvent occupé le mercredi après-midi au moment de sa séance (il joue avec sa voisine), et qu'il refuse de stopper cette activité.

A la rentrée, en septembre, M. insiste à nouveau auprès de ses parents pour ne pas reprendre l'orthophonie. Mais sa mère pense qu'il est préférable qu'il continue et l'institutrice partage cet avis. C'est ce qui est dit à M. Sa mère lui précise qu'il a besoin d'aide, et que « c'est soit l'orthophonie, soit le soutien ».

M. exprime et verbalise de plus en plus son désir de ne pas venir, au moment de la séance (au moment de partir). Il dit « j'ai pas envie d'aller voir L. » (nom de l'orthophoniste).

Petit à petit cette situation devient source d'oppositions. Sa mère dit qu'il « veut prendre le dessus ». La mère et le fils sont en désaccord, et d'après la mère « ils se fâchent ».

Un compromis est à ce moment-là nécessaire, afin de pouvoir poursuivre le travail.

M. est très demandeur d'un contrat temporel. Il tente de négocier afin d'arrêter sa prise en charge aux prochaines vacances par exemple. La mère repousse sans cesse.

Ils finissent par se mettre d'accord en lien avec les résultats scolaires de M.

Sa mère lui dit qu'il continuera l'orthophonie tant qu'il aura des points « non acquis » à l'école.

La mère me dit qu'elle se sent responsable. Une part d'elle est tentée de « céder » au désir de son fils, et d'arrêter la prise en charge. Malgré tout, elle estime que ce travail est nécessaire et important et a peur d'arrêter prématurément. Elle me dit qu'en tant que parent, ils sont responsables, M. lui « ne peut pas savoir ». Elle pense alors que c'est à elle, en accord avec l'orthophoniste et l'institutrice de décider de quand pourra s'arrêter la rééducation.

Nous en revenons à la question du statut de l'enfant dans nos sociétés. La mère de M. évoque d'elle-même cette question de la responsabilité. L'enfant, d'un point de vue anthropologique n'est pas responsable de lui-même, ses parents sont responsables pour lui. Donc, finalement, sa demande et son désir ne peuvent être entendus pleinement (ils sont limités), puisque les décisions ne dépendent pas de lui.

La demande de la mère exprimée ainsi est en lien avec son rôle de parent, et les responsabilités qui en découlent.

D'ailleurs cette mère évoquera plus tard un sentiment de culpabilité à l'égard de son fils. Elle regrette de ne pas avoir été plus disponible dans le passé, et pense que certaines attitudes provocatrices de M. étaient des moyens d'attirer l'attention sur lui.

Elle me dit que son activité professionnelle prenante, cela ajouté au fait que M. soit le « petit dernier », peut être à l'origine chez M. de ce sentiment d'avoir été délaissé.

Le suivi orthophonique a été bénéfique de ce point de vue là, selon elle M. est moins dans la provocation.

III.2 Pendant les séances : moyens d'entrevoir les demandes

Nous parlons depuis le début de cet écrit du désir de l'enfant, de sa demande éventuelle.

Mais alors, comment pouvons-nous cerner le désir ?

Nous avons entrevu en quoi l'attitude du thérapeute, le cadre et nombreux autres paramètres permettent l'expression du désir et de la demande du sujet.

Mais qu'est-ce qui, dans le comportement de l'enfant, peut nous indiquer que nous touchons là son désir profond ?

Par exemple, l'envie de venir aux séances, l'investissement des activités proposées sont-ils autant de signes que l'enfant a une demande de soin, et que son désir est « sollicité » ?

Une demande peut être caduque, alors même que l'enfant se présente régulièrement aux séances...D'ailleurs, la venue de l'enfant aux séances ne suffit pas pour conclure qu'il y a une demande ou désir de soin.

Dans le cas de M., nous sommes facilement égarés par des attitudes qui semblent contradictoires.

Ainsi, comme je l'écrivais au-dessus, M. a clairement exprimé, et de manière récurrente, sa volonté d'arrêter la rééducation. Il s'est opposé à venir, a fait des colères au moment de sa séance.

Il a tenté de négocier la fin de sa prise en charge à maintes reprises.

Pourtant, lorsque je l'ai rencontré en cours de rééducation, il m'a paru être un enfant volontaire, et investir le travail proposé.

D'après l'entretien avec sa maman, M. est un enfant supportant difficilement les contraintes. La contrainte que représente la venue aux séances d'orthophonie est donc pour lui difficile à accepter. D'après sa mère, c'est aussi le cas pour ses activités extrascolaires, il éprouve toujours semble-t-il une grande frustration à l'interruption d'une activité en cours.

Cette réaction vive face aux contraintes que représente la prise en charge ne peut donc être pleinement assimilée à une absence de demande, ou de désir. Un enfant peut avoir une demande de soin articulée au désir, mais ne pas formuler de demande car d'autres éléments indépendants du désir viennent interférer. Ce que l'enfant trouve dans sa prise en charge, le bénéfique, doit dépasser les contraintes et frustrations liées aux rendez-vous.

Le rôle de l'orthophoniste est d'alimenter le désir de l'enfant, mais sans le combler. Nous devons prendre garde à ne pas y répondre de manière trop directe. Pour désirer, il faut laisser un manque.

Nous allons maintenant réintroduire quelques notions théoriques, que nous illustrerons au fur et à mesure d'illustrations pratiques. Le but est de chercher à travers quels éléments nous pouvons entrevoir le désir de l'enfant.

A) La médiation : intermédiaire entre thérapeute et patient.

D'après M. Rodriguez⁸⁰, la médiation est un processus visant au déploiement de l'activité représentative.

Le médiateur est un « objet medium », un objet concret ou une technique.

Prenons l'exemple du jeu. Qui le choisit ? Qui l'adapte ? La réponse à ces questions est déjà révélatrice de la demande de l'enfant. Les médiateurs traduisent l'expression du désir de l'enfant. Ils ne sont pas forcément liés au symptôme et s'inscrivent dans la relation thérapeutique. Souvent, ce sont les premiers signes de demandes.

Il peut arriver parfois qu'une fois la rééducation installée, un patient fasse une demande portant directement sur son symptôme.

Je me suis interrogée sur les liens que nous pouvons faire entre « médiations » et « demande ». La médiation, intermédiaire entre le patient et le thérapeute est sans cesse utilisée en orthophonie.

Alors, le désir, objet « mystérieux », pourrait-il se laisser entrevoir dans le choix de ces médiations ?

En effet, dans certains cas c'est l'enfant qui propose l'utilisation d'un médiateur précis. Il peut alors amener une demande de surface (en lien avec les raisons de sa prise en charge, dont il est conscient), mais aussi exprimer ses envies profondes.

Les médiateurs sont donc dans certains cas l'expression du désir de l'enfant.

⁸⁰ Mémoire M-J Gaborieau, *Evolution de la demande de soin dans la prise en charge orthophonique de l'enfant*, Nantes 2001 p.49

Ainsi, Mathilde suivie pour troubles du langage écrit, pose de manière très régulière la question suivante « on fait un jeu ? » au début de sa séance.

Elle exprime ainsi son désir par rapport à sa prise en charge.

B) cadre et relation

Le cadre thérapeutique balise la relation instaurée entre l'orthophoniste et son patient. Il est fait d'interdits, de conditions, d'un mode de fonctionnement particulier.

Ce cadre (et la relation entre l'enfant et le thérapeute) offrent la possibilité à l'enfant de faire des propositions de médiation.

J'ai constaté sur les différents lieux de stages que cette possibilité d'investir un médiateur nécessite d'être offerte par l'orthophoniste. La relation et le cadre doivent créer un climat d'accueil, permettant à l'enfant d'exprimer son désir. Ainsi, certains professionnels vont laisser l'enfant proposer, emmener, choisir un médiateur. Ils considèrent alors que l'enfant ne choisit pas ce médiateur au hasard, qu'il sait ce qu'il vient travailler chez l'orthophoniste.

Cela n'a pas lieu forcément d'emblée, mais l'enfant finit toujours par amener sa demande.

Il peut y avoir plusieurs temps : le temps du départ avec construction de la relation. Les médiations proposées ou investies par l'enfant s'inscrivent alors dans cette démarche de « faire connaissance ».

L'enfant peut aussi dans un premier temps faire une demande de médiation liée à ce pour quoi il sait qu'il vient.

Dans un deuxième temps, l'enfant va pouvoir (dans le meilleur des cas) exprimer un désir. Et c'est au sein de ce temps en prise avec le désir de l'enfant que les réels changements vont avoir lieu.

• Cas pratique

Voyons en exemple le cas d'A. garçon de quatre ans suivi pour retard de parole et d'articulation. Après plusieurs mois de suivi, cet enfant s'est un jour pris d'intérêt pour un livre se trouvant dans le bureau de l'orthophoniste, utilisé durant la séance. Il s'agit d'une encyclopédie du monde vivant, avec de nombreuses illustrations d'animaux.

A la suite de cette « découverte », il la demande spontanément lors de la séance suivante. Il se penche alors sur les pages, avide de découvertes, de curiosité. Ce temps autour de

l'encyclopédie (qui est ici le médiateur) avec l'orthophoniste est un véritable temps d'échange au sein duquel le désir d'A. est sollicité.

De quel désir s'agit-il ?

Nous pouvons imaginer que cela a à voir avec l'imaginaire de l'enfant, son monde fantasmatique.

Mais là n'est pas le plus important. L'essentiel est que durant ce temps, A. travaille, progresse, qu'il est tout simplement motivé et intéressé. Cette situation est donc idéale pour aider cet enfant à élaborer son langage, à se faire comprendre (poser des questions pour assouvir sa curiosité), lui apprendre à maîtriser son articulation.

J'ai été témoin de l'évolution d'A. Son comportement a changé au fil des séances. Enfant très réservé au départ, il s'est petit à petit ouvert. Il a pris de l'assurance, arrivant en « tête » (sa mère participe aux séances) dans le bureau, s'investissant de lui-même (il apporte un livre par exemple).

Il sait quel est son travail, ce que les adultes attendent de lui. Il s'applique donc à bien faire les sons, en allongeant lorsque l'orthophoniste le reprend. Il répond donc finalement à la demande de ses parents, tout en inscrivant son désir propre, ses envies.

C) Le non et les attitudes d'opposition : expression du désir de l'enfant ?

Autour de cette question du désir et les moyens de l'entrevoir en séances, je me suis interrogée sur le sens à attribuer au « non ».

Chez les enfants jeunes, il n'est pas rare que face à nos exigences nous obtenions en réponse « non j'ai pas envie de faire tel exercice »

Quand l'enfant grandit, on retrouve plus rarement ce mode de réponse face à une contrainte, une demande du thérapeute. L'enfant peut s'opposer à venir en séances, négocier la fin de sa rééducation mais il est plus rare qu'il affirme ainsi son refus pendant la séance directement.

Quel sens peut-on donner, suivant les cas, aux « non » ou aux attitudes d'opposition de l'enfant ?

D'après certains auteurs, le « non » durant la période de latence peut être lié à la peur d'échouer de l'enfant.⁸¹ Ainsi l'enfant en refusant, ne se retrouve pas confronté à une situation qui pourrait le mettre en échec.

Pour certains psychanalystes, c'est avec le non adressé à l'Autre que l'humain se construit son premier désir. En effet, le désir perdure même une fois le besoin satisfait. Et le désir se constitue dans les demandes. Donc la demande est incessante, elle ne peut jamais être pleinement satisfaite. L'enfant qui s'oppose, dit non, exprime donc par là son désir et le fait qu'il n'est pas comblé par les réponses qu'on lui a faites.

La demande de l'enfant peut être en décalage avec son désir inconscient. Ainsi nous pouvons percevoir une division, dans le discours de l'enfant, division qui est la marque de l'inconscient.

Prenons l'exemple de M. J'ai pu l'interroger sur ses attentes par rapport à l'orthophonie, ses demandes. Il m'a répondu à un moment de notre échange « J'ai pas envie de venir mais je sais que c'est important ». Nous voyons alors qu'il est effectivement divisé, et que l'on ne peut réduire ses attitudes d'opposition à une absence de désir.

Il est toujours nécessaire d'alimenter le désir, en jouant autour de la notion de plaisir au cours des séances avec l'enfant (activités ludiques, ou touchant son intérêt, sa curiosité..). Nous devons également laisser l'enfant nous amener ce qui vient de lui, le laisser cheminer et s'inscrire dans la rééducation.

A., dont j'ai parlé également juste avant, nous illustre ce sens du « non ». Cet enfant investit bien sa rééducation, et il a eu une bonne évolution, rapide. Pourtant, il s'est très régulièrement opposé aux exercices techniques demandés par l'orthophoniste, exercices portant plus spécifiquement sur l'articulation. Il a dit « non » à des nombreuses reprises, a refusé de faire. Cela ne témoigne donc pas d'une absence de désir, au contraire l'enfant se positionne et exprime ainsi son désir à un moment donné.

⁸¹ Voir la sous-partie « période de latence »

IV. La demande liée à la scolarité

IV.1 Bref historique et évolution de la profession d'orthophoniste

Je vais revenir à présent sur une notion abordée à plusieurs reprises au cours de cet écrit : la demande scolaire.

Pour débiter, revenons sur les évolutions qu'a connues la profession d'orthophoniste.

Le mot « orthophonie » fut créé en 1828 par le docteur Marc Colombat, à l'origine de la création de l'institut orthophonique de Paris. Le but de cet institut était le redressement de la parole, et en particulier du bégaiement.

La surdit fut galement l'origine des premiers travaux de recherche autour de la communication (au XVIIIme sicle), en particulier sous l'influence de l'Abb de l'Epe qui s'est intress la communication gestuelle et est l'origine du premier enseignement en langue des signes en France.

Au dbut du XXme sicle, le docteur Veau travaille avec Suzanne Borel-Maisonny sur le traitement des fentes palatines. C'est ainsi que Suzanne Borel-Maisonny, considre comme la mre de l'orthophonie moderne dbute sa carrire, travaillant d'abord sur les troubles de la parole, de l'articulation et le bgaiement.

Ce n'est que plus tard qu'elle s'intressera au langage, la fois oral et crit.

La profession d'orthophoniste n'est officiellement reconnue qu'en 1964 avec la cration du certificat de capacit d'orthophoniste.

Notre profession a donc subi des mutations depuis sa « cration ». Ces volutions se font paralllement celles de la socit, aux attentes de la socit. C'est au vu des besoins d'une socit un moment donn que certaines formations (certaines professions) voient le jour en rponse.

Le champ d'intervention des orthophonistes est aujourd'hui beaucoup plus large, avec la conservation du traitement des troubles de parole et d'articulation l'origine de la cration de la profession, auxquels s'ajoutent tous les troubles du langage (troubles dits « dys »), les pathologies neurologiques, les troubles spcifiques de la communication...

Parmi l'ensemble de ces pathologies, l'exercice libral est largement constitu de réducations auprs d'enfants, pour des difficults dans les apprentissages et perturbations du

langage écrit. Ces troubles peuvent avoir des origines diverses : déficit sensoriel, trouble spécifique du langage (dysphasie, dyslexie), contexte socio-familial inadéquat...

Quelle que soit l'origine, il y aura des répercussions sur les apprentissages scolaires, et donc des conséquences sur les résultats scolaires.

Les orthophonistes sont donc de plus en plus fréquemment sollicités afin de répondre à une demande, des parents ou de l'école, mais en tout cas liée aux notes de l'enfant.

Cette demande se rapproche donc d'une demande de normalisation, et elle est de ce point de vue une demande sociale. Ainsi, pour certains parents, la demande est exprimée à une période charnière : milieu ou fin d'année scolaire, liée au passage dans la classe supérieure, ou encore liée à l'entrée au collège. Nous voyons donc qu'elle s'inscrit au-delà du bien-être psychique de l'enfant ou de son développement plus global, dans une démarche basée sur une « pression temporelle » et une demande sociale. D'ailleurs, il est vrai que l'organisation de notre société et notre système scolaire favorisent ce rapport à la normalité par le biais des notes et des évaluations. Dès leur plus jeune âge, à l'école maternelle, les enfants sont évalués, recevant des gommettes de couleur variables suivant la qualité de leur adaptation.

La maman d'E. , dont j'ai parlé plus haut, est un exemple de cette demande liée aux résultats scolaires, puisqu'à ma question sur ses attentes concernant l'orthophonie elle me répond :

« ... qu'E. apprenne à lire et qu'il puisse passer dans la classe supérieure ». Cette évocation du passage dans la classe supérieure est bien une demande objectivable, portant sur un fait concret, tangible dans la réalité. Malgré tout, comme nous l'avons vu, cela n'empêche pas la présence d'un autre type de demande liée au ressenti (cette maman l'exprime d'ailleurs aussi quand elle nous dit « j'ai peur que mon fils souffre »).

IV.2 Représentations et demandes scolaires

D'un point de vue extérieur, l'orthophoniste est parfois perçu comme une « aide à la scolarité » dont l'intervention se rapprocherait du cours de soutien. Bien sûr, cette représentation (des parents, de l'enfant, des instituteurs...) est en corrélation avec la pratique propre à l'orthophoniste, chaque professionnel travaillant différemment. Malgré cela, j'ai pu constater qu'il existe une assimilation certaine du travail orthophonique à un travail de type

pédagogique. Cela transparaît dans les relations orthophoniste/instituteur ou encore orthophoniste/parents.

A) La demande d'intervention scolaire au cours d'échanges avec les parents

Lors de mes stages, j'ai constaté que des parents accompagnaient leur enfant à sa séance d'orthophonie munis de l'agenda, et demandaient directement à l'orthophoniste avant le début de la séance de travailler sur tel aspect du programme scolaire (ou sur tel devoir à faire pour le lendemain).

Ces demandes sont bien évidemment toujours en lien avec les difficultés spécifiques de l'enfant (qui retentissent sur les domaines scolaires), et la demande des parents est alors une demande ciblée, sur un travail qu'ils **estiment du ressort de l'orthophoniste**.

En effet, ce n'est pas le champ de compétences de l'orthophoniste qui me semble mis en doute par ce type de demandes parentales, mais plutôt la spécificité de notre action. En tant qu'orthophoniste nous nous interrogeons au-delà de l'élève, à savoir quel enfant nous recevons, quel enfant il est pour ses parents...

Les parents expriment donc une demande portant sur ce dont ils sont témoins, et correspondant selon leurs représentations de l'orthophonie, à notre champ d'intervention. Ceci n'empêche pas que nous ne pouvons recevoir et répondre à leur demande telle quelle, puisqu'elle remet en question et en considération nos spécificités dans le travail effectué. Il n'est pas de notre ressort, ni de notre place de faire faire ses devoirs à l'enfant...

B) Orthophonistes/ instituteurs : enrichissements mutuels grâce aux spécificités de chacun.

Nous abordions les parents, mais certains échanges avec des instituteurs peuvent aussi révéler ce flou, échanges au cours desquels il est par exemple demandé à l'orthophoniste le contenu de ses séances avec l'enfant afin de ne pas « faire doublon » avec ce qui est fait en classe.

Dans ce cas, l'orthophoniste est-il considéré pour ses spécificités ?

Il me semble qu'alors il n'est plus réellement question d'aborder les difficultés de l'enfant avec deux regards et deux manières d'intervenir très différentes : le rôle de l'école et de l'action pédagogique (adaptées aux enfants sans difficultés) et le rôle de l'orthophoniste, qui

prend tout son sens lorsque l'enfant « dysfonctionne ». Notre action se différencie de celle du système scolaire, et c'est là tout l'intérêt d'un suivi orthophonique pour certains enfants, en difficultés, pour qui la « voie classique » n'est plus adaptée.

De même, notre relation avec l'enfant est également différente de celle qu'il a avec son instituteur. Le cadre, les médiations, le facteur temporel (une seule séance par semaine) sont encore tout autant de distinctions qui permettent de discriminer ces deux types de travail (l'apprentissage à l'école et la rééducation orthophonique).

Lorsque des parents, instituteurs, nous sollicitent ainsi, ils interviennent peut-être trop directement sur ce que l'on peut considérer comme notre liberté, notre façon de travailler avec l'enfant. Effectivement, nos objectifs peuvent se recouper avec les instituteurs, en particulier dans le cas des enfants suivis en orthophonie pour troubles des apprentissages, ou troubles spécifiques de l'écrit, du calcul. Mais nous l'avons vu, le chemin emprunté pour faire évoluer l'enfant n'est pas le même. Les difficultés scolaires de l'enfant peuvent être perçues par l'orthophoniste comme la partie visible de l'iceberg, avec dans de nombreux cas une problématique plus enfouie, profonde.

Ces temps d'échanges à la fois avec les parents et les instituteurs sont donc primordiaux, puisqu'ils permettent de parler de l'enfant de deux points de vue différents, qui peuvent s'enrichir mutuellement. Ils sont aussi l'occasion de redéfinir les spécificités de la profession d'orthophoniste.

CONCLUSION

Le choix d'un sujet de mémoire n'est jamais lié au hasard, naissant d'un intérêt particulier, de questions restées sans réponse. Il est révélateur de notre vision de la profession, et est le premier élément marquant notre future identité d'orthophoniste. En effet, nos recherches sont orientées suivant nos idées préalables sur le thème, notre façon de traiter le sujet est personnelle.

Je me suis intéressée à la possibilité d'élaboration d'une demande chez l'enfant. Qu'est-ce qui, au fil de mes expériences, m'a conduite à m'arrêter sur cette question ? Cette interrogation s'inscrit dans une réflexion plus générale, que je ne pouvais éluder dans cet écrit : la place des parents dans la prise en charge d'un enfant. Je me questionnais effectivement sur la place à leur accorder, et plus précisément sur comment recevoir leur demande. Est-il prioritaire de répondre à leur demande, ou à celle de l'enfant ? Comment agir avec des demandes qui parfois s'opposent ? Voilà le questionnement à l'origine de cet écrit.

Les théories psychanalytiques ont grandement enrichi ma partie théorique, m'apportant des éléments de réponses sur l'origine de la demande, ou encore sur les liens unissant demande et désir. Le désir, complexe à définir, me semble être le moteur essentiel de la prise en charge orthophonique. Pour la psychanalyse, la demande marque l'entrée dans l'univers du désir. Nous avons vu que dans les faits, il n'est pas toujours simple de retrouver les liens unissant la demande et le désir de soin orthophonique chez l'enfant.

La nécessité de discriminer la demande sociale de la demande articulée au désir s'est rapidement imposée. Nous avons appris que la demande a de nombreuses facettes, conditionnant sa définition : demande sociale ou demande personnelle, demande initiale motivant le bilan ou demande naissant au sein du suivi, demande consciente ou inconsciente... Ces natures variées s'entrecoupent parfois, peuvent également être présentes simultanément, ou alternativement. Ainsi, nous avons compris que pour analyser une demande, ou tout simplement en parler, il faut d'abord préciser à quel type de demande nous faisons référence.

Quoi qu'il en soit, recevoir la demande nécessite pour l'orthophoniste d'adopter une attitude d'écoute, dans le sens large du terme. Nous devons aussi prêter l'oreille à ce qui ne s'entend pas et, au cours du suivi, considérer la demande dans son évolution.

J'ai choisi d'analyser la demande dans la pratique d'abord par le biais d'entretiens semi-dirigés avec des mères, laissant une certaine spontanéité à ces échanges. J'ai ainsi pu préciser mes idées concernant l'origine et l'évolution de la demande dans le soin de l'enfant. De manière générale, l'enfant n'est jamais à l'origine de la demande initiale. En revanche, il peut s'approprier une demande au cours de son suivi, demande le plus souvent en lien avec un désir que le thérapeute est amené à solliciter.

Sur le plan personnel, ce sujet transversal m'a apporté autant d'éléments de réponses que de nouvelles interrogations, comme la demande du thérapeute par exemple. Comment cette demande influence-t-elle la prise en charge et la relation patient-orthophoniste ? De même, concernant le désir, les questions de sa définition et de sa présence en rééducation orthophonique mériteraient d'être approfondies.

La demande s'est révélée au fil des recherches dans ses multiplicités, dépendante de nombreux facteurs. Difficilement objectivable, elle reste très liée à la subjectivité de chacun. J'en retire un savoir qui me paraît primordial : elle doit être manipulée et interprétée avec beaucoup de précautions. Sujette à évoluer d'une part, ne se dévoilant que partiellement par les mots d'autre part, la demande finalement nous interroge constamment.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES

ARBISIO Christine, « Pendant la période de latence », *Enfances & Psy* 4/2000, n° 12
Psychothérapies p.81-88, Erès

ESTIENNE Françoise, « Discours de la demande, La demande en orthophonie »
Orthomagazine, Dossier Août 2002 n°41, p.18-23

QUENTEL Jean-Claude, « L'enfant et son rapport à l'altérité », Communication faite à
l'Ecole belge de psychanalyse, le 23 mars 1990

RISLER Annie, « Faites-la parler » *Orthomagazine*, Rebonds, Octobre 2001 n° 35

VIDAL Marie-Pierre, RAIMOND Stéphanie, « Demande-moi des demandes, La demande en
orthophonie » *Orthomagazine*, Dossier , Août 2002 n°41, p.30-32

OUVRAGES

ANTHEUNIS Paulette, ERCOLANI-BERTRAND Françoise, ROY Stéphanie, « Le bilan
orthophonique : quelle place donner aux parents ? », *Rééducation orthophonique* n°231,
sept.2007, Orthoédition

ARBISIO Christine, *L'enfant de la période de latence*, Dunod 2007

DEBRAY Rosine , *L'examen psychologique de l'enfant à la période de latence (6-12 ans)*,
Dunod 2000

DOLTO Françoise, *Au jeu du désir*, Seuil, 1981

DOR Joël, *Introduction à la lecture de Lacan*, Denoël, 1992

DUBOIS Geneviève, *L'enfant et son thérapeute du langage*, Elsevier Masson, 2001

ESTIENNE Françoise, *Orthophonie et efficacité les fondements d'une pratique*, Solal, 2004.

FREUD Sigmund, « Pour introduire le narcissisme » *La vie sexuelle*, Presses universitaires
de France, 1985, édition 7

LACAN , Jacques *Ecrits*, « Subversion du sujet et dialectique du désir », Seuil, 1966

Autres écrits, « Note sur l'enfant » Paris, Seuil, 2001

LAZARUS R S., FOLKMAN S., *Stress, appraisal, and coping*, Springer Publishing Company, 1984

MANNONI, Maud, *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*, Gonthier, 1965.

ORTIGUES, Marie-Cécile et Edmond, *Comment se décide une psychothérapie d'enfants*, Paris HDF 2005, 3

QUENTEL, Jean-Claude, *Le parent*, De Boeck Université, 2008

RENDERS, Xavier, *Le jeu de la demande*, De Boeck Université, 1996

WEAVER W., SHANNON C E, *The mathematical theory of communication*, University of Illinois Press, Urbana 1949

MEMOIRE

GABORIEAU, M-J *L'évolution de la demande de soin au cours du suivi orthophonique de l'enfant*, Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'étude d'orthophonie, université de Nantes, 2001.

ANNEXE

Renseignements préalables : âge de l'enfant, fratrie, autres prises en charge actuelles ou dans le passé (orthophonie ou autre), date de début de la prise en charge.

Questions adressées aux parents :

Préparation de l'enfant préalable au bilan :

- Qu'ont-ils dit à leur enfant de sa future prise en charge ?
- Ont-ils expliqué à leur enfant le métier (le rôle) de l'orthophoniste ?

Leurs représentations de l'orthophonie

- Comment perçoivent-ils le métier, quelle est leur vision de l'orthophonie ?
- Ont-il déjà eu un suivi orthophonique. Si oui, pour quoi ?
- Un autre de leurs enfants ou un proche a-t-il déjà été suivi en orthophonie ?

Le désir et la demande de leur enfant

- Perçoivent-ils un désir chez leur enfant, concernant son langage ou sa prise charge ? si oui lequel ?
- Leur enfant a-t-il formulé une demande par rapport à son langage, à ses difficultés ?
- Pensent-ils que leur enfant a une demande, une volonté de régler ce problème (au cas où l'enfant n'a rien exprimé)
- Comment a réagi l'enfant quand une prise en charge orthophonique a été proposée ?

Demande et attentes

- Ont-ils eux-mêmes une demande ou vient-elle d'un tiers (instituteur, médecin, autre prise en charge..) ? Quelle est cette demande ?
- Quelles sont leurs attentes ?
- Leurs attentes sont-elles satisfaites ? (cas où une rééducation a déjà débuté)

Questions adressées à l'enfant :

Concernant la demande, la plainte

- Est-ce toi qui as demandé à venir chez l'orthophoniste ?
- Viens-tu parce que tes parents t'emmènent ?
- Viens-tu parce qu'une autre personne te le demande, ta maîtresse ?
- Crois-tu qu'il est important pour tes parents que tu viennes ?
- Es-tu content de venir chez l'orthophoniste ?

Objectivation d'une gêne, d'un état insatisfaisant, d'une souffrance

- Pourquoi viens-tu ici ?
- Que penses-tu, toi de ce problème ?
- Est-ce que ce problème te gêne ?
- Voudrais-tu résoudre ce problème ?

Représentations concernant l'orthophonie

- Savais-tu, avant de venir, ce qu'était un orthophoniste ? En quoi consiste son métier ? En avais-tu déjà entendu parler à l'école ?
- As-tu des copains qui vont chez l'orthophoniste ?
- Crois-tu que l'orthophoniste peut t'aider à résoudre ce problème ?
- Qui peut t'aider à résoudre ce problème sinon ?

Résumé

Cet écrit s'intéresse à la prise en charge orthophonique de l'enfant. Nous traitons le sujet de la demande, nous questionnant sur ses diverses natures. La demande est considérée ici en lien avec le désir de l'enfant, mais également sous un point de vue social lorsqu'elle est demande parentale. Nous verrons donc que les demandes sont plurielles, illustration de la pluralité des demandeurs mais aussi du caractère dynamique de la demande.

Les parents sont, autant que l'enfant, présents dans ce sujet: quelle place leur offre l'orthophoniste dans la prise en charge? Comment recevoir leur demande? Quels liens pouvons-nous établir entre leur demande et celle de l'enfant?

Nous appuierons nos propos de cas concrets, témoignant des origines variées des demandes, ainsi que des possibilités d'évolution du désir de l'enfant au cours du suivi.

Mots-clés : demande-enfant-parents-désir-évolution-pluralité-écoute