

Université de Nantes

Université de Formation et de Recherche

« Médecine et Techniques Médicales »

Année universitaire 2006/2007

Mémoire

Pour l'obtention du

Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Présenté par

Johanna Birlouet

Les troubles de la lecture chez l'enfant :

Quelle prise en charge orthophonique ?

Président du jury : Dr Malinge

Directeur de mémoire : M. Quentel

Membre du jury : Mme Prat

« 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. »

Sommaire

Introduction	p.8
1^{ère} partie : L'enfant et l'apprentissage de la lecture	p.9
<u>A – Le langage oral, prérequis à l'apprentissage de la lecture</u>	p.10
1) <i>Les compétences du nouveau-né</i>	p.11
2) <i>Les interactions précoces parents-nourrisson</i>	p.11
a – Interactions comportementales	p.13
b – Interactions affectives	p.17
c – Interactions fantasmatiques	p.19
3) <i>Les acquisitions langagières</i>	p.20
<u>B – Comment l'enfant devient-t-il lecteur ?</u>	p.22
1) <i>Les stratégies de lecture</i>	p.23
2) <i>Qu'est-ce que « Savoir lire » ?</i>	p.25
3) <i>La volonté de l'échec</i>	p.26

4) *L'aspect magique de la lecture* p.28

C – Les troubles d'apprentissage de la lecture p.29

1) *La conception instrumentale et cognitive* p.30

a – Description p.30

b – Les différentes dyslexies p.31

2) *La conception affectiviste* p.32

a – Des facteurs extrinsèques à l'enfant p.32

b – La notion de symptôme p.33

c – L'interprétation des erreurs de lecture p.34

d – Le thérapeute et la demande p.35

2^{ème} partie : Les différentes prises en charge orthophoniques des troubles du langage écrit p.37

A – La prise en charge des troubles de l'apprentissage de la lecture en cabinet libéral p.38

1) *Présentation du lieu de stage* p.38

2) *Les premiers contacts* p.39

3) *Le bilan* p.39

4) *La prise en charge des troubles de la lecture à orientation instrumentale et cognitive* p.44

a – Définition p.44

b – La rééducation orthophonique des troubles de la lecture p.45

5) <i>Réflexion sur la prise en charge à orientation cognitive et instrumentale des troubles de l'apprentissage de la lecture</i>	p.51
---	------

B - La prise en charge des troubles de l'apprentissage de la lecture en CMPP (Centre Médico Psycho Pédagogique) p.52

1) <i>Présentation du lieu de stage</i>	p.52
2) <i>La prise de contact et l'orientation thérapeutique de la prise en charge</i>	p.52
3) <i>Le bilan orthophonique</i>	p.53
4) <i>Définition de la P.R.L. (Pédagogie Relationnelle du Langage)</i>	p.55
5) <i>Les fondements de la P.R.L.</i>	p.56
a – L'acte P.R.L.	p.56
b – Le contrat P.R.L.	p.58
c - Le symptôme ne doit pas être attaqué de front	p.58
d - La demande et le désir qui amènent à consulter	p.59
e – La rencontre des inconscients	p.60
f – L'inversion des sujets	p.61
6) <i>Le jeu en P.R.L.</i>	p.62
7) <i>Critique de l'acte P.R.L.</i>	p.63
8) <i>La pratique de la P.R.L. dans la prise en charge des troubles d'apprentissage de la lecture</i>	p.64
9) <i>Réflexion sur la pratique de la P.R.L. en orthophonie</i>	p.71

Conclusion p.73

Bibliographie p.75

Introduction

Les troubles de l'apprentissage de la lecture ont fait couler beaucoup d'encre et en feront couler encore beaucoup. En tant que rééducateur ou thérapeute du langage et de la communication, la prise en charge de ces troubles est une tâche attribuée à l'orthophoniste. Durant cette quatrième année d'études, j'ai effectué des stages très différents les uns des autres, notamment un auprès d'orthophonistes en cabinet libéral et un autre auprès d'une orthophoniste exerçant au sein d'un Centre Médico Psycho Pédagogique.

Leurs techniques de travail étaient très différentes, ce qui m'a amenée à me poser des questions sur la prise en charge des troubles du langage écrit. S'agit-il d'une seule et même pathologie pour laquelle il existerait plusieurs façons de procéder ? A quoi correspondent ces techniques variées ? Ont-elles des points communs ? En quoi différent-elles les unes des autres ? Sont-elles en lien avec des théories ou des conceptions précises ?

Afin de pouvoir répondre à ces questions, il me semble important de cerner le sujet essentiel de ce travail, à savoir la lecture. Je vais donc développer dans une première partie les capacités de langage que l'enfant possède pour accéder à la maîtrise « normale » du langage écrit. Puis j'évoquerai les différentes étapes qu'il devra franchir pour devenir lecteur, et enfin, j'envisagerai les troubles de l'apprentissage de la lecture selon les conceptions auxquelles adhèrent les orthophonistes qui m'ont accueillie.

Ce développement essentiellement théorique permettra d'appuyer une seconde partie beaucoup plus pratique qui traitera des spécificités des techniques orthophoniques utilisées pour aider l'enfant à sortir de sa situation d'échec, à le remotiver, à lui donner une autre place que celle d'enfant en difficulté. J'évoquerai donc les deux pratiques observées et utilisées pendant les suivis : une méthode rééducative « classique » (tel type d'exercice pour telle pathologie) en cabinet libéral à orientation instrumentaliste et une méthode P.R.Liste (venant de la Pédagogie Relationnelle du Langage de C. Chassagny) à orientation psychanalytique.

J'analyserai plus précisément les théories liées à ces techniques ainsi que les outils et les moyens mis en œuvre pour venir en aide à l'enfant, lui permettre de progresser et lui faire prendre conscience de ses capacités réelles.

PREMIERE PARTIE :

L'ENFANT ET L'APPRENTISSAGE DE LA LECTURE

Dans notre société, la lecture est un apprentissage nécessaire et incontournable : l'écrit est partout et l'impossibilité d'accéder à la compréhension de ce code est très handicapant. On insiste donc dès le plus jeune âge sur l'acquisition de ce savoir-faire. En effet, une première approche du code se fait dès l'école maternelle, mais cela de manière encore assez peu précise, l'apprentissage réel des correspondances graphèmes-phonèmes se fera dès l'entrée au cours préparatoire.

Cependant, le lien qui unit le langage écrit et le langage oral est très fort puisque le premier est tout simplement la transcription du deuxième en signes graphiques. On peut donc émettre l'hypothèse qu'une bonne acquisition du langage oral est nécessaire à un apprentissage de la lecture sans difficulté. La question est donc de savoir comment l'enfant va acquérir un langage dit « normal », quels sont les facteurs ou les conditions d'un bon développement de la langue orale ?

A – Le langage oral, prérequis à l'apprentissage de la lecture

Le langage oral, qui consiste en une acquisition progressive d'un système symbolique de communication, est une des conditions mais non suffisante à l'apprentissage de la lecture, d'où l'utilisation du terme **prérequis**. Cependant, pour que la langue orale se développe de façon harmonieuse plusieurs conditions sont également nécessaires, une bonne maturation physique, un bon développement moteur et perceptif, des interactions adaptées avec l'environnement... Lors de mes recherches et de la rédaction de ce mémoire, je me suis plus particulièrement intéressée à ces échanges entre l'enfant et son entourage.

Pour qu'un système d'interactions puisse se mettre en place entre les deux partenaires, chacun d'entre eux doit posséder certaines compétences. L'adulte étant ce qu'il est, il y a donc une différence de niveau de développement non négligeable avec l'enfant. Mais quelles sont les compétences du nouveau-né nécessaires à ces échanges ?

1) Les compétences du nouveau-né

Pendant de nombreuses années, le nouveau-né a été considéré comme un être inactif et passif mais ce n'est plus le cas aujourd'hui. Il est désormais reconnu comme ayant des compétences certaines dont il se sert afin de découvrir et d'explorer le monde qui l'entoure. Ces compétences sont sensorielles (visuelles, auditives, tactiles, gustatives et olfactives) mais aussi motrices : en effet, son équipement neurologique lui permet de maintenir un certain **tonus** ainsi que des **postures** adaptées aux échanges avec l'adulte et de garder un niveau de vigilance satisfaisant. Ces différentes compétences permettent à l'enfant de recevoir, de traiter et d'intégrer les nombreuses stimulations qui lui sont adressées par l'entourage.

Il est important de noter que chaque enfant dispose de ces mêmes compétences mais, selon les nourrissons, on observe des différences individuelles significatives à pouvoir les utiliser. Cela permet d'expliquer une grande diversité des troubles observés liés à ces compétences. Ces dernières seront tout d'abord nécessaires aux échanges entre l'enfant et son partenaire privilégié, sa mère.

2) Les interactions précoces parents-nourrisson

Le système d'interactions étudiées entre parents et nourrisson est une relation faite de **processus bidirectionnels** dans laquelle l'enfant est soumis aux actions et influences de ses parents sur lui mais également où le bébé va induire des modifications chez ces derniers. L'enfant va ainsi, par ses multiples réactions (pleurs, cris, sourires), construire leur vécu de la parentalité.

Afin de mieux cerner ces interactions, un modèle théorique a été mis au point : il s'agit d'une « **spirale transactionnelle** » ou « **interactionnelle** ». Ce modèle est à l'origine de nombreux travaux qui ont permis de mieux définir la nature, les caractéristiques et le développement de l'interaction parents-nourrisson.

Ces échanges passent par différents canaux qui utilisent les compétences du nouveau-né nommées précédemment, à savoir le regard, la voix et la parole ainsi que le contact physique. Tous ces canaux sont ici décrits séparément mais il ne faut pas oublier que les différents types d'interactions sont étroitement liés et intriqués en situation écologique.

Ce modèle théorique rassemble ces échanges précoces entre parents et enfant et insiste sur la **réciprocité** et la **mutualité**. Du côté du parent, rentrent en compte la disponibilité au moment de l'interaction, les modalités de puériculture et les soins au bébé, l'état psychologique actuel, la personnalité et la relation avec le bébé. Du côté du bébé rentrent en compte vigilance, attention et disponibilité au moment de l'interaction, réactivité personnelle aux sollicitations et aux stimuli du partenaire, état psychologique actuel, caractéristiques naissantes de la personnalité, relation avec le partenaire et modalités de son attachement à celui-ci.

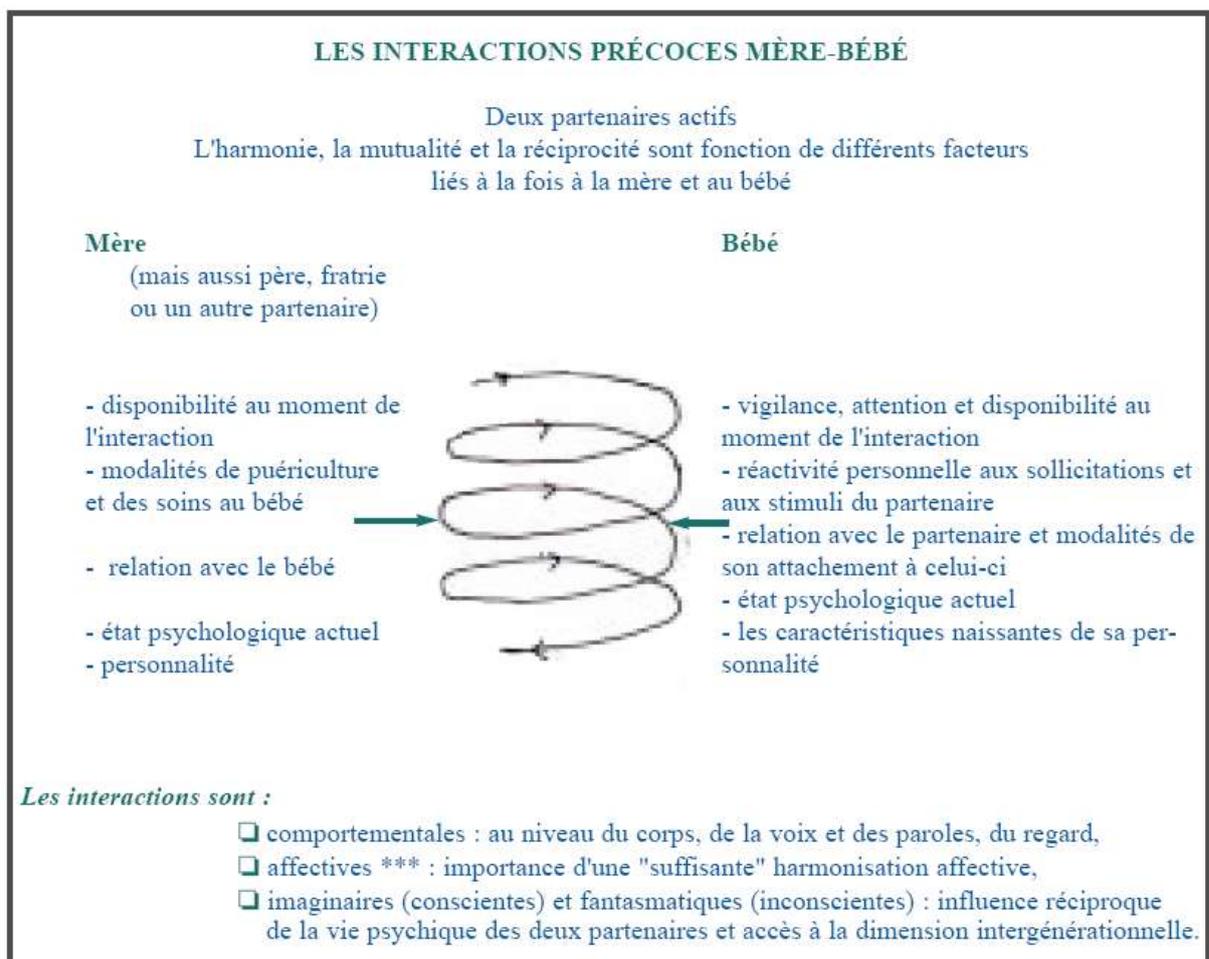


Tableau extrait du livre de Philippe Mazet et Serge Stoléru, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Développement précoce et interactions précoces*, 3^{ème} édition, Collection Les âges de la vie, Ed MASSON, 2003

L'étude de ce système d'échanges ne concernera que la dyade formée par l'enfant et, le plus souvent, sa mère, mais aussi celle qu'il peut former avec tout autre adulte. On note aussi, sur ce modèle, les trois dimensions des interactions : comportementales, affectives et fantasmatiques.

a – Interactions comportementales

Les interactions comportementales concernent tous les échanges entre l'enfant et le parent qui vont avoir lieu au niveau du corps, du regard mais aussi de la voix et de la parole.

- *Interactions corporelles ou dialogue tonique*

On doit à Henri Wallon cette notion de « **dialogue tonique** » qui désigne l'ensemble des échanges médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu dans les bras du parent, celle dont il est soutenu, maintenu (D. Winnicott utilise les termes de « **holding** » et « **handling** »), mais aussi la façon dont l'enfant va répondre à ces stimulations. Le tonus musculaire ainsi que les postures des deux partenaires s'accordent en fonction du bien-être ou du mal-être de l'autre ce qui crée une véritable interaction entre les deux partenaires : changement de position, bercement de la part de la mère... Le bébé, partenaire actif, va, par son tonus, se raidir ou se détendre selon l'inconfort ou le confort qu'il va ressentir dans les bras de son père ou de sa mère. Les réponses variées du bébé vont être perçues par la mère comme une invitation à la poursuite de l'échange ou comme un refus de le prolonger.

Outre les interactions corporelles, très présentes dans la vie du nourrisson, les échanges peuvent également passer par le regard.

- *Interactions visuelles*

Dès les premiers jours de sa vie, l'enfant est doué de capacités visuelles qui lui permettent d'établir un autre type d'interaction avec son partenaire : en effet, le regard va constituer une modalité interactive essentielle. Ces échanges sont principalement constitués du **regard mutuel** : par exemple, lors de moments privilégiés comme la tétée, l'enfant échange des regards avec sa mère.

Pour lui, ces regards réciproques vont faciliter la construction d'une image de soi, distincte et différenciée de sa mère (d'après Lebovici S., *Le nourrisson la mère et le psychanalyste*, Le Centurion, 1983). Donc le visage de la mère joue un rôle de miroir pour le bébé qui se voit à travers lui. Ces épisodes de regards mutuels sont parfois tellement intenses que l'on a l'impression que mère et enfant « se noient » dans le regard l'un de l'autre (D'après Philippe Mazet et Serge Stoléro, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Développement et interactions précoces*, Masson, 2003). On assiste alors à une expérience de « fusion » primitive mère-enfant.

Pour la mère, le regard de son enfant sur elle est le plus souvent ressenti comme valorisant, gratifiant. Elle considère alors son bébé comme une personne à part entière et non pas comme un organisme dont le seul besoin est de se nourrir.

On remarque que certains nourrissons vont très vite mettre en place et rechercher ces échanges visuels tandis que d'autres ne les mettront en place que très occasionnellement et que d'autres encore les éviteront. De même, la mère peut ne pas ressentir de gratification ou de valorisation de la part de son bébé et peut même en ressentir de l'angoisse. De l'extérieur, l'observation de ces interactions peut nous éclairer sur le climat affectif qui règne entre le parent et son enfant. Elle peut aussi permettre de mieux cerner la qualité de l'échange entre les deux partenaires.

- *Interactions vocales*

Les interactions vocales entre le bébé et le parent peuvent être de deux sortes selon le point de vue duquel on se place. Si l'on prend en compte l'émission de stimuli vocaux, pour l'enfant, il s'agira de cris et de pleurs qui agiront sur l'adulte, et pour ce dernier, il s'agira de parole et d'échanges langagiers.

Les **cris et pleurs** du nourrisson représentent la modalité interactive la plus fréquente chez le nourrisson. Lorsque l'enfant crie et pleure, le parent réagit afin de mettre un terme à cette détresse. Le bébé se sert donc de cette modalité pour signaler ses besoins, sa douleur, ou son inconfort. Par cet intermédiaire, il crée la séquence d'interaction parent enfant, c'est lui qui va la déclencher. Cela lui permet également de maintenir à proximité l'adulte et de retenir son attention.

Du point de vue de la mère, les stimulations qu'elle adresse à son enfant sont faites de **paroles et d'échanges langagiers**. Ceux-ci sont caractérisés par une prosodie particulière (intonations, rythme), plus importante que le contenu sémantique lui-même. Elle est d'autant plus essentielle dans les échanges langagiers avec un bébé âgé d'environ 4 mois. Outre la forme du message, on observe également des répétitions ainsi que de nombreuses pauses dans la parole de la mère, tout particulièrement à la période néonatale. Elles sont beaucoup plus courtes et plus rares lorsque l'enfant atteint 24 mois.

Le langage de la mère est donc adapté au stade de développement de son enfant et va évoluer avec lui : répétition, longues pauses, messages courts, tous ces éléments semblent avoir pour but de ne pas « sur-stimuler » le bébé.

Lorsque le bébé est âgé d'environ 4 mois, la mère, lors d'épisodes de face-à-face, fait en sorte de maintenir l'attention du bébé sur ses mimiques de parole grâce aux variations prosodiques et rythmiques. De 12 à 24 mois, l'enfant s'intéresse énormément à son environnement dont l'exploration est facilitée par l'accompagnement de sa mère : elle communique avec lui sur les objets qui les entourent. On note que, entre 3 et 4 mois, la majorité des vocalisations de la mère et de l'enfant sont simultanées alors que plus tard, vers 9 mois, de véritables échanges vocaux réciproques par une parfaite alternance apparaissent, ce qui fait fortement penser à un dialogue.

Toutes ces paroles destinées à l'enfant ont été désignées par Bruner comme le « **Langage Adressé à l'Enfant** » ou « **LAE** » ou encore par R. Diatkine comme « **le langage fou d'une mère** ». En effet, entre la naissance et le 6^{ème} mois, l'enfant ne comprend pas le sens des paroles qui lui sont adressées mais il réussit à en distinguer les variations de formes. R. Diatkine souligne donc « **l'intérêt de parler pour ne rien dire** ». Ce LAE se met en place

dès la naissance et va se prolonger jusqu'à l'âge de 7 ans environ, âge auquel l'enfant refusera ce « **langage bébé** » ou ne l'acceptera plus que comme marque d'affection. Différentes étapes apparaissent durant cette période : elles correspondent à une série d'adaptations au niveau de développement de l'enfant. Ne concernant plus les interactions précoces mère enfant, elles seront traitées ultérieurement.

Le contenu de ce dernier développement concerne essentiellement les premières interactions du bébé avec son environnement. Le partenaire privilégié reste la mère mais qu'en est-il du père ? Observe-t-on de grandes différences entre les échanges mère enfant et ceux entre père et enfant ?

- *Interactions père nourrisson*

L'intervention du père dans l'interaction avec son enfant se fait de manière directe ou bien indirecte par la relation qu'il a à la mère et le soutien qu'il lui apporte. Dans ces échanges, comme d'en ceux que la mère entretient avec son bébé, on retrouve la notion de **réciprocité** et de **mutualité**. Cependant, d'autres caractéristiques liées à la relation au père apparaissent. Les échanges sont plus « physiques », on observe plus de jeux comme soulever le bébé dans les airs, le faire sauter sur ses genoux... alors que la mère sera plus enclin à utiliser des jeux de vocalisations, des regards... Ces différences permettent à l'enfant de faire une distinction entre ses deux parents.

D'autre part, on note une différence nette entre une interaction père fils et père fille (très tôt, le père se montre plus stimulant avec un garçon qu'avec une fille, sous la forme de contacts physiques ou encore sous la forme de l'utilisation de jouets), ce qui joue un rôle essentiel dans la différenciation psychosexuelle. Le père permet également d'améliorer les capacités du bébé à créer des liens avec l'environnement extérieur comme des personnes qui ne font pas partie de la famille et les autres enfants.

On observe donc peu de différences entre la nature des interactions entre père et enfant et mère et enfant dans le domaine comportemental. En ce qui concerne les interactions affectives, les différences sont infimes et ne seront donc pas traitées de façon spécifique.

b – Interactions affectives

Les interactions affectives sont en interférence étroite et constante avec les autres types d'échanges. Elles renvoient aux expériences subjectives, aux ressentis et aux sentiments éprouvés par le sujet et nécessitent une suffisante « harmonisation » affective. Elles concernent donc, pour reprendre un terme utilisé en psychanalyse, les **affects**. On parlera donc de plaisir ou de déplaisir, de détente ou de tension, de colère, d'angoisse, de peur...

Lors d'un épisode de communication entre deux adultes, le sujet abordé concerne le plus souvent un objet extérieur à la dyade qu'ils forment et plus rarement l'un des partenaires de l'échange.

Entre une mère et un nourrisson de 4 mois, l'objet de l'échange n'est en aucun cas extérieur à leur dyade. L'interaction se fait dans une bulle qui les englobe tous les deux, l'attention de chacun est essentiellement portée sur l'autre. La mère peut alors percevoir l'affect de son bébé ou du moins imaginer le percevoir et ainsi l'interpréter, comme lorsque les pleurs de son enfant cessent après avoir été changé. Elle pense alors que le fait d'être propre lui donne satisfaction. Elle fait preuve d'empathie et tend à lui communiquer l'affect qu'elle-même vit par l'intonation et le rythme de sa parole. Les affects constituent « **l'objet même de la communication dans le jeu mère nourrisson, surtout vers l'âge de 3 à 6 mois** »¹. Au-delà de cet âge, les interactions affectives ne sont plus aussi évidentes car, au fil du temps, des médiateurs entrent dans l'échange, comme les jouets. L'attention du bébé se portera d'avantage sur l'extérieur. La mère est alors médiatrice pour la découverte de nouveaux objets et ceux-ci peuvent induire de nouvelles interactions avec elle.

Si les termes d'interactions affectives sont utilisés, cela sous entend que chacun des deux partenaires parvient à percevoir les affects de l'autre et lui répond par la même modalité qui produit un nouvel affect... Mais quels sont les indices utilisés par la mère et le bébé pour réussir à cerner ces ressentis ? L'enfant utilise l'intonation, le rythme et le timbre de la parole maternelle mais également sa posture, le fait qu'elle soit tendue ou détendue lorsqu'elle le tient dans ses bras...

1 : Philippe Mazet et Serge Stoléru, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Développement précoce et interactions précoces*, 3^{ème} édition, Collection Les âges de la vie, Ed MASSON, 2003

Daniel Stern décrit le phénomène d'« **accordage affectif** » : si l'enfant exprime un sentiment par ses mimiques, la mère va le reproduire mais d'une autre façon, par une vocalisation par exemple. C'est ce qu'on appelle le caractère transmodal, soit l'utilisation d'un canal différent de celui utilisé par l'enfant pour exprimer le même affect. Ce changement permet au bébé de comprendre qu'il ne s'agit pas là d'une simple imitation de la part de sa mère mais qu'elle fait preuve d'empathie vis-à-vis de lui.

Tout ceci permet de montrer que les affects sont au cœur de la communication entre une mère et son enfant mais ne permet pas de les décrire. Spitz est l'un des premiers psychanalystes à avoir travaillé à leur description et à l'analyse de leur développement. Cette évolution dont le passage d'une étape à l'autre est marqué par l'apparition d'une conduite ou « **organisateur** », est un remaniement structural de l'appareil psychique à une organisation d'un niveau supérieur.

Ces organisateurs sont au nombre de trois. Le premier est le « **sourire au visage humain** » qui apparaît vers la 8^e semaine, d'après Spitz. Ce sourire semble destiné à la mère mais il est finalement déclenché par quelque visage que ce soit. L'enfant ne reconnaît là qu'un aspect extérieur et partiel du visage qui n'est encore qu'un pré-objet. De son côté, la mère met du sens sur ce signe et le reçoit comme quelque chose de gratifiant, ce qui entraîne une réaction de sa part.

Entre le 6^e et le 8^e mois apparaît le second organisateur. L'enfant ne répond plus par un sourire à n'importe quel visage humain et réagit face à l'étranger par l'expression d'une peur, d'un refus de contact. C'est « **l'angoisse du 8^e mois** ». Elle serait liée à l'absence de la mère qui est nécessaire pour qu'apparaisse ce phénomène. Cela montre que l'enfant est capable de distinguer le familier de l'étranger et en particulier la mère du reste de l'entourage. « **L'angoisse du 8^e mois est la preuve que l'enfant rejette tout, excepté l'objet unique, en d'autres termes que l'enfant a trouvé le partenaire avec lequel il forme des relations objectales** »¹.

1 : Philippe Mazet et Serge Stoléru, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Développement et interactions précoces*, 3^{ème} édition, Collection Les âges de la vie, Ed MASSON, 2003

Le dernier organisateur se situe entre le 12^e et le 18^e mois. Il s'agit de l' « **acquisition de la négation** », du non. L'enfant débute la communication sémantique car il ne fait pas qu'imiter la dénégation de sa mère, il la comprend.

Des recherches récentes montrent un nombre et une variété plus élevés d'affects. Izard, qui est à l'origine des recherches sur les expressions affectives du visage des bébés, pense que le nouveau-né éprouve des vécus émotionnels d'intérêt, de dégoût, de détresse... Et lors des 4 mois qui suivent, colère, surprise et joie apparaissent. Quant à la peur, elle se manifesterait dans le second semestre.

c – Interactions fantasmatiques

Toutes les interactions affectives évoquées précédemment sont sous-tendues et conditionnées par les interactions fantasmatiques. Dans cette approche, les deux acteurs de l'échange ne sont plus observés en tant que sujets ayant divers comportements ou montrant différents affects. Ils sont étudiés comme des sujets dont le mental contient des scénarios imaginaires représentant l'accomplissement de leurs désirs. Il s'agit donc des représentations que chaque partenaire a de l'autre et de la manière dont les fantasmes de chacun interagissent les uns avec les autres.

Bien avant la naissance de l'enfant, ce dernier est déjà pour la mère un enfant fantasmatique : il représente l'enfant qu'elle désirait avoir avec son père et qui a entraîné une rivalité avec sa mère lors de la phase oedipienne. Après sa naissance, les parents projettent sur lui leurs désirs et leurs conflits d'enfants d'où la **répétition transgénérationnelle** de certaines situations.

Il n'est pas difficile d'accepter l'idée de l'existence d'une activité fantasmatique maternelle. Mais qu'en est-il de celle supposée de l'enfant ? Existe-t-il réellement une telle activité chez lui ? Les proto-représentations dont elle serait formée ne sont pas directement accessibles et on ne peut que s'appuyer sur des hypothèses psychanalytiques. On peut donc simplement dire que les affects et les représentations précoces s'enracinent dans des vécus

corporels. Mais la distinction entre l'activité fantasmatique de la mère et celle de son enfant ne doit pas être si nette et doit être nuancée.

D'après la psychanalyse, celle de la mère s'ancre dans la vie psychique et inconsciente infantile. Il peut donc exister des similitudes entre les fantasmes maternels et ceux de l'enfant. On peut alors penser que ce dernier n'est autre que le représentant externe de sa propre partie infantile. Les différents stades décrits par Freud dans la psychanalyse vont être vécus par l'enfant lors de son développement psychique, ce qui va réactiver certains aspects de la vie pulsionnelle de la mère.

La réciprocité de l'interaction est encore là très nette : les fantasmes maternels agissent sur ceux de l'enfant en les modifiant et inversement. Chacun des partenaires a donc un rôle bien précis dans cet échange. Le nourrisson n'existe que parce que la mère existe et elle n'existe que parce que lui existe. Le bébé renforce le narcissisme maternel. La mère, elle, par ses anticipations aux réactions de l'enfant, prend la fonction de « **pare-excitation** », de protection contre les excitations internes du nourrisson dont l'appareil psychique, encore peu élaboré ne peut se défendre (Freud). D. Winnicott, en évoquant les notions de « **holding** » et de « **handling** » précédemment citées, ne fait pas référence à un simple concept physique : la mère ne fait pas que porter l'enfant dans ses bras, elle le porte également dans sa tête, sa réalité et ses fantasmes.

Par ces interactions avec l'environnement, l'enfant va donc se structurer et construire son identité. Il lui faut pour cela un entourage fiable et stable qui puisse l'accompagner dans son développement aussi bien physique que psychique. Les bases de l'acquisition du langage oral se posent alors mais qu'en est-il de cette acquisition au-delà de cette période ? Comment le langage oral se développe-t-il ensuite ?

3) Les acquisitions langagières

En étudiant les interactions précoces parents-enfant, il est évident que les processus de communication entre ces deux partenaires se mettent en place très tôt. Ce point de vue interactionniste insiste sur le rôle des compétences du nourrisson dans la construction du

langage mais aussi sur l'importance des échanges avec l'environnement qui l'entoure. C'est là tout le débat sur l'inné et l'acquis : « **L'enfant naîtrait avec une prédisposition pour le développement des compétences ayant trait à la découverte et l'analyse de la langue** »¹ et son acquisition se ferait ensuite grâce aux interactions avec l'environnement.

L'un des défenseurs de la prédisposition innée du nouveau-né au langage est Noam Chomsky, linguiste américain, pour qui le langage serait « pré-organisé » d'une façon ou d'une autre dans la structure neuronale du cerveau humain et l'environnement humain viendrait simplement sculpter les contours de ce réseau en une langue particulière. Il existe cependant d'autres théories comme celle de Piaget pour qui le langage est construit par simple interaction avec l'environnement, par imitation, mais celle-ci n'explique pas comment l'enfant peut émettre des énoncés nouveaux qu'il n'a même jamais entendus. C'est pourquoi, d'autres comme Philip Liberman précise que le langage n'est pas un instinct encodé dans les réseaux corticaux d'un « organe du langage » mais bien une compétence **apprise** qui s'appuie sur un système fonctionnel distribué dans des structures corticales. L'équipement neuronal de l'enfant, qui est inné, est donc la base sur laquelle s'appuie le développement du langage par de nombreuses interactions avec l'environnement. Cette capacité langagière débute dès la venue au monde du nouveau-né.

Dès sa naissance, l'enfant manifeste ses émotions par des **cris** et des **pleurs** qui appellent les parents à répondre à ces premières communications vocales. Ces cris et pleurs vont se différencier, augmenter et devenir plus variés, le **babillage** apparaît alors. Il sera à la base des échanges avec la mère qui se feront soit de façon successive soit de façon simultanée. La notion de plaisir à la communication est alors très présente.

Par ces vocalisations proches des sons de la langue maternelle, l'enfant est alors considéré par la mère comme un sujet parlant. C'est alors qu'elle met en place le **Langage Adressé à l'Enfant** (Bruner) évoqué précédemment. Je ne reviendrai donc pas sur les caractéristiques de ce langage dans les tous premiers mois. Cependant, on note que celui-ci permet la mise en place de **formats**¹ qui sont un « **modèle d'interaction standardisé entre un adulte et un enfant dans lequel chacun a un rôle qui, à terme, peut s'inverser** »².

1 et 2 : C. Chevie Muller et Juan Narbona, *Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques*, Ed. MASSON, 1996

Selon Bruner, il existe différents types de formats. L'**attention conjointe** est définie comme l'intention de l'un ou l'autre des partenaires de la dyade, d'attirer l'attention de l'autre sur un objet. La mère capte donc l'attention de son enfant et l'amène sur cet objet en donnant des interprétations. L'**action conjointe** ou **interaction avec l'objet** est l'activité conjointe des deux partenaires de la dyade sur l'objet extérieur. Vers 7 ou 8 mois, l'enfant commence à pointer du doigt ce qui l'amènera plus tard à la dénomination.

Bruner parle de « **dialogue act** » impliquant l'adulte et l'enfant qui doit apprendre à faire référence à un objet présent avant de pouvoir le faire pour un objet absent. Les règles de structure de langage sont apprises grâce aux routines langagières mises en place ainsi que la répétition de jeux. Plus tard, grâce à l'acquisition de ces régularités verbales, l'enfant sera capable de moduler ses habitudes de communication en fonction du contexte.

Si le développement des acquisitions langagières se fait grâce aux échanges verbaux entre les deux partenaires de la dyade, il ne faut surtout pas négliger l'importance d'une relation mère-enfant **riche en interactions**, qu'elles soient comportementales, affectives ou fantasmatisques. Un apprentissage normal du langage oral est une base essentielle à l'entrée dans l'écrit et la lecture. Mais comment l'enfant procède-t-il pour accéder à cette nouvelle capacité qu'est le savoir lire ?

B – Comment l'enfant devient-t-il lecteur ?

Bien avant son entrée au cours préparatoire, l'enfant comprend que la lecture est l'apprentissage le plus important. Et pour que celui-ci se fasse sans difficultés, l'enfant doit tout d'abord être prêt à rentrer dans le langage écrit : en effet, si il ne l'est pas, peu importe la technique utilisée, peu importe la personne qui l'accompagne, il n'apprendra pas à lire. Mais s'il est prêt, il va lui falloir apprendre à décoder et à articuler les mots les uns avec les autres. Ces stratégies de lecture ne sont rien d'autre que le moyen d'atteindre un but qui est de savoir lire.

1) *Les stratégies de lecture*

Le processus de lecture est complexe. Grâce à de nombreuses recherches, des hypothèses ont été faites et des modèles développés sur les différents stades de l'apprentissage de la lecture.

Utah Frith a mis au point, en 1985, un modèle de développement de la capacité de lire qui conforte, à quelques variations près, ceux que l'on retrouve dans la littérature anglo-saxonne. On y distingue trois grandes étapes dans l'installation du savoir lire chez les apprentis lecteurs : les stades **logographique**, **alphabétique** et **orthographique**.

- *Stade logographique*

Lors de cette première étape, l'enfant se sert d'indices pour deviner le mot oral auquel correspond cet agencement précis de lettres. Ce sont des indices ou des traits visuels qui vont permettre la reconnaissance qui se fait lors de l'activation de l'unité logographique caractérisée par les mêmes traits saillants. Cette étape de pré-lecture peut se scinder en deux phases : **l'identification contextuelle** et **l'identification centrée sur le mot**.

Dans la phase **d'identification contextuelle**, l'environnement dans lequel le mot est lu a une importance majeure pour son identification, comme pour le nom d'une marque associé à un logo publicitaire, par exemple, ou encore une phrase dont le contexte sémantique, syntaxique et pragmatique conduit l'enfant à sélectionner un mot dans son lexique phonologique qui pourrait convenir dans la phrase. L'enfant n'utilise pas d'indices graphiques dans la reconnaissance des mots, il ne pourra donc pas percevoir une erreur dans la forme orthographique d'un mot écrit.

En ce qui concerne la phase d'identification centrée sur le mot, le contexte reste important dans la reconnaissance du mot écrit, mais la prise en compte d'indices internes au mot facilite l'appariement mot écrit/mot oral. Utah Frith (1985) souligne le fait que l'enfant arriverait à mémoriser des traits graphiques saillants qui caractérisent le mot et lui permet de le différencier des autres appartenant à son lexique visuel : sa longueur, doublement de consonnes ou de voyelles, lettre connue... Le mot et la lettre n'ont pas encore leur acquis

symbolique à ce stade, l'identification se fait simplement grâce à une analyse visuelle. Il n'y a pas de traitement linguistique.

- *Stade alphabétique*

L'enfant prend conscience que la séquence de lettres qui forment un mot écrit n'est pas arbitraire et qu'elle répond à des règles bien précises. L'apprentissage du code alphabétique a lieu, aussi bien par le visuel que l'oral ou encore le graphisme de chaque lettre. L'apprenti lecteur va utiliser la médiation phonologique, il travaille donc à la mise en correspondance de l'écriture avec l'oral. Il va lui falloir prendre conscience de l'existence d'unités sublexicales dans un mot, aussi bien à l'oral qu'à l'écrit, et des relations entre ses unités. L'enfant pourra ainsi apprendre à lire de nouveaux mots.

Au début, le décodage est laborieux et entraîne des erreurs qui conduisent à la production de pseudo mots. Lorsque la segmentation est acquise, les erreurs se font plus rares car l'enfant peut stocker des associations entre mot écrit et mot à l'oral. Il est donc nécessaire que l'enfant connaisse parfaitement l'alphabet, qu'il maîtrise l'unité phonémique au niveau métaphonologique et qu'il ait la capacité de mettre en lien ces deux éléments. Toute lecture de mot, quel qu'il soit, va devenir possible, pour peu qu'il soit orthographiquement régulier.

- *Traitement orthographique*

L'apprenti lecteur n'a plus recours de façon systématique à la conversion phonologique, les mots sont analysés en unités orthographiques et l'enfant utilise ses connaissances lexicales pour le décodage des mots écrits. Un système sémantique verbal permet l'accès direct au mot en mémoire et aux significations associées, il y a donc une analyse linguistique de l'information. Les morphèmes jouent également un rôle très important dans la reconnaissance des mots, d'après Utah Frith, c'est l'unité de segmentation caractéristique de ce niveau d'analyse.

Cette étape se caractérise par l'accès à la lecture courante. La lecture silencieuse devient plus rapide et plus facile grâce à l'accès direct au lexique. L'attention est moins sollicitée qu'auparavant.

Le lecteur confirmé utilise à la fois une stratégie alphabétique et une stratégie orthographique alors que la procédure logographique a totalement disparu. Le modèle développé par Utah Frith considère ces deux voies d'accès au lexique. On note que le stade logographique caractérise la période où aucune des deux voies n'est disponible.

Ces stades d'apprentissage de la lecture ne sont donc que des techniques nécessaires pour atteindre un but : le « Savoir lire ».

2) *Qu'est-ce que « Savoir lire » ?*

L'apprentissage de la lecture peut donc être étudié sur le plan purement cognitif, avec les différents stades d'acquisition précédemment cités, mais il peut également être étudié à travers une vision psychanalytique. D'après B. Bettelheim, ce ne sont pas les méthodes de lecture enseignées à l'école qui font les bons lecteurs mais ce qui rentre en ligne de compte, c'est l'amour de la lecture qui peut exister dans l'environnement familial de l'enfant, la place qu'occupe l'écrit au sein du foyer. Les enfants chez qui la lecture a une place importante apprennent à lire seuls chez eux sur des textes qui les intéressent et les captivent, à savoir les histoires que leurs parents leur lisent. En effet, pendant cette lecture, ils peuvent pointer du doigt certains mots écrits que l'adulte lui relira et lui expliquera. Ceux qui ne sont pas entourés de littérature apprennent à décoder des mots de textes de manuels qui ne leur correspondent pas.

L'école devrait pouvoir compenser une absence d'envie de lire dans le milieu familial, car le fait de savoir décoder ne veut pas forcément dire que le désir de lire est présent. « **On peut établir une comparaison avec l'enfant qui a appris à ouvrir une porte : il ne l'ouvrira que s'il a envie de voir ce qui se trouve derrière, surtout s'il croit trouver quelque chose d'intéressant** »¹.

1 : Bruno Bettelheim et Karen Zelan, *La lecture et l'enfant*, Ed. Robert Laffont, 1983

Dans les manuels d'apprentissage de la lecture proposés aux enfants, les histoires manquent cruellement d'intérêt et les enfants capables de lire n'en voient pas l'utilité. La promesse de l'utilisation future de cette capacité semble trop loin pour eux. Pour intéresser l'enfant à la lecture, il devrait être mis en contact avec de la vraie littérature, comme des contes de fées avec des histoires de luttes, de bien et de mal... L'imagination des enfants est bien plus riche que les histoires racontées dans les livres de lecture. Les thèmes abordés sont de plus en plus pauvres comme le vocabulaire utilisé, ce qui crée un décalage entre les capacités intellectuelles de l'enfant et ce qui lui est demandé de lire.

A cela s'ajoutent des images qui illustrent les textes, elles attirent davantage l'attention de l'enfant que les mots. Il cherche donc à comprendre le sens de l'image qui est plus riche en détails que le texte lui-même. Pourquoi apprendre à décoder quelque chose de moins précis que l'image qui l'accompagne ? Les textes qui servent de support à l'apprentissage de la lecture devraient être riches du vocabulaire parlé, permettre l'éveil de la curiosité, donner l'envie d'apprendre de nouvelles choses, développer l'esprit, la compréhension du monde et l'imagination.

3) La volonté de l'échec

A l'origine des difficultés de lecture, il n'y a pas nécessairement de déficit intellectuel, de trouble sensoriel ou neurologique. Il peut y avoir des raisons psychologiques qui font qu'un enfant **résiste** à l'apprentissage et désire ne pas savoir lire. Souvent, ces enfants n'ont pas su s'impliquer totalement dans leurs premiers contacts à l'écrit, ils n'en ressentent pas de plaisir, font trop d'efforts pour peu de satisfaction immédiate et cela devient pour eux une corvée.

Pour que la lecture leur apporte quelque chose, il faut qu'ils comprennent que « **le mot n'est pas important en tant qu'objet ; il ne prend de l'importance qu'à partir du moment où il transmet un sens** »¹. Malheureusement, dans notre société, l'apprentissage de la langue alphabétique passe par beaucoup d'étapes différentes, l'enseignement n'est donc pas centré sur le sens du symbole.

1: Bruno Bettelheim et Karen Zelan, *La lecture et l'enfant*, Ed. Robert Laffont, 1983

Le décodage lui-même n'a pas de réelle importance, mais il permet d'accéder à la signification du mot. Par cette dernière, l'écrit transmet un message à qui le lit, ce n'est pas un message qui est destiné tout particulièrement à l'enfant. « **Le passage du particulier au général se fait par l'intermédiaire de la signification et non par le décodage des mots** »¹.

Ce message est donc adressé à toute personne qui le lit et chacun en aura une interprétation différente. Les mots ont une résonance dans l'inconscient, notamment celui du lecteur, lorsqu'il appréhende le texte, cela détermine ses réactions à ce qu'il lit. La lecture a donc une dimension émotionnelle : plus le lecteur est novice intellectuellement, plus ses émotions influenceront sa lecture. On remarque que ces phénomènes sont négligés par les enseignants lors de cette activité.

Lorsqu'un enfant modifie un texte en le lisant, il le manipule et le personnalise comme tous les enfants de son âge, il se l'approprie et s'y implique totalement. Les livres de lecture utilisés en classe évoquent des activités de la vie quotidienne bien connues par l'enfant mais elles sont abordées avec un vocabulaire trop pauvre et trop loin de celui que l'enfant possède pour qu'il puisse apprendre quelque chose de nouveau.

L'enfant n'est pas motivé et ne s'implique pas dans l'acte de lire. « **Le plus grand désir de l'enfant est de s'approprier les choses** »². Il prend goût à la lecture si il sent qu'il peut y apporter quelque chose de lui-même. C'est là tout le problème de l'enseignement scolaire : il ne fait appel qu'à l'intellect de l'enfant et ne prend pas en compte la part d'inconscient qui intervient dans la lecture.

Les difficultés de lecture peuvent être liées à différentes situations :

- l'enfant est dans un environnement qui ne porte pas la lecture
- trop poussé par ses parents, il ne supporte pas la pression ou il pense qu'il ne sera jamais à la hauteur des attentes de ses parents
- l'enfant refuse d'apprendre pour affirmer son indépendance vis-à-vis de ses parents.

1 et 2 : Bruno Bettelheim et Karen Zelan, *La lecture et l'enfant*, Ed. Robert Laffont, 1983

Face à ces difficultés, l'enseignant peut avoir une attitude critique envers les erreurs de l'enfant, ce qui peut l'amener à se renfermer et à faire un blocage. Il peut également essayer de donner du sens à cette erreur de lecture, l'enfant se sent alors écouté, valorisé, compris et pourra avoir envie de lire. Les fautes de lecture peuvent exprimer des besoins que ressent l'enfant et, en ne prêtant pas attention à ses besoins, on l'oblige à lire d'une manière qui les contredit et devient hostile à ses intérêts vitaux.

4) *L'aspect magique de la lecture*

Expliquer à l'enfant que la lecture l'aidera à s'intégrer dans la société plus tard n'est pas important. Pour qu'il ait envie de lire, il doit comprendre que cela lui permettra de faire de nouvelles expériences et de comprendre le monde qui l'entoure.

Il faut que le « **savoir lire** » soit appréhendé comme l'unique moyen de se retrouver confronté à un univers inconnu, que l'enfant puisse utiliser son imagination dans cette découverte, ce qui le motivera dans l'apprentissage des techniques nécessaires à la lecture. Si elle est perçue de cette façon, elle met alors en œuvre les fonctions cognitives de l'enfant mais également sa personnalité, son imagination et ses émotions.

La lecture peut donc être appréhendée soit comme quelque chose d'utile pour la vie future et la réussite sociale de l'enfant, soit « **comme la source d'un savoir illimité et des émotions esthétiques les plus intenses** »¹. Cela dépend de la façon dont la lecture lui a été présentée dans son environnement familial ou scolaire. Le **jugement** qu'il portera sur cet acte dépend beaucoup de l'image qu'il en a par les personnes qui l'entourent car l'apprentissage se fait alors que la personnalité de l'enfant est en train de se former.

Lorsque l'enfant rentre à l'école, sa rationalité n'est que peu développée, il ne peut pas procéder par des raisonnements logiques indépendants de son expérience, sa pensée est donc dominée par ses sentiments. Il investit de « **magie** »² ce qui l'intéresse, c'est à cette condition que la lecture plaît à l'inconscient et que des efforts conscients sont faits pour accéder à la lecture.

1 et 2 : Bruno Bettelheim et Karen Zelan, *La lecture et l'enfant*, Ed. Robert Laffont, 1983

S'il ne voit aucune magie dans cette activité, il s'en désintéressera rapidement. Et c'est seulement plus tard que l'irrationnel prend de moins en moins de place et que le rationnel deviendra prédominant.

C – Les troubles d'apprentissage de la lecture

Je tiens tout d'abord à préciser qu'afin de ne pas créer de polémique sur les termes et les définitions employés dans ce mémoire, j'utiliserai la dénomination de « dyslexie » de manière très large. Ce terme englobera donc tout trouble d'apprentissage de la lecture que présente un enfant normalement scolarisé et étant suivi par un orthophoniste. La dénomination de dyslexie pourra être posé suite à un bilan et à une prise en charge thérapeutique que ce dernier jugera plus appropriée aux troubles de l'enfant qu'une simple prise en charge pédagogique.

Les troubles d'apprentissage de la lecture peuvent être analysés et expliqués selon différents courants de pensée auxquels adhère ou non le professionnel. Jacques Fijalkow présente, dans son ouvrage « Mauvais Lecteurs, pourquoi ? », les différents travaux conduits sur ce sujet. Il existe diverses théories :

- La **conception organiciste** qui est axée sur un plan médical et dans laquelle une lésion peut être responsable des troubles. Les causes pourraient être neurologiques ou héréditaires.
- La **conception socioculturelle** dans laquelle les troubles seraient en lien étroit avec le milieu social de l'enfant, sa famille...
- La **conception pédagogique** dans laquelle les troubles seraient liés au milieu de l'apprentissage à savoir l'école, les méthodes de lecture, le comportement du maître...
- La **conception instrumentale et cognitive**

- La **conception affective**

Compte tenu de l'objet de ce mémoire, je serai amenée à ne développer de façon plus précise que ces deux derniers courants de pensée.

1) *La conception instrumentale et cognitive*

La position instrumentale ou cognitive reconnaît que des facteurs de types socioculturels ou affectifs peuvent être en jeu dans les difficultés d'apprentissage de la lecture. Mais cette conception est plus particulièrement axée sur les facteurs instrumentaux. **« Les difficultés d'apprentissage de la lecture sont alors considérés comme un effet de l'atteinte de tel ou tel processus »¹.**

Les déficits instrumentaux seraient donc à l'origine des troubles de l'enfant. La position instrumentale se caractérise par la tentative d'expliquer les difficultés de lecture par les facteurs cognitifs qui regroupent l'intelligence, la perception, l'attention sélective, les images mentales, l'intégration intersensorielle, la mémoire à court terme, le langage... Le professionnel va évaluer les performances des enfants dyslexiques face à des épreuves qui mettent en jeu un des processus étudiés, dans le but de repérer un lien entre une fonction déficitaire et les troubles observés.

Les cognitivistes et les instrumentalistes montrent donc des situations dans lesquels les enfants dyslexiques sont moins performants que les autres enfants. Le déficit de ces processus a une influence sur l'apprentissage de la lecture.

a - Description

De nombreux travaux ont donc tenté de montrer que ces difficultés sont liées à des déficiences perceptives qui interviennent dans l'acte lexique.

1 : Jacques Fijalkow, *Mauvais lecteurs, pourquoi ?*, Collection Pédagogie d'aujourd'hui, 3^{ème} édition, PUF, 1996

Cependant, la lecture n'est pas une simple affaire de perception, elle met en jeu de nombreux processus techniques que l'on ne peut ignorer. Cela reviendrait à ne prendre en compte que le déterminisme biologique et à faire abstraction de la spécificité de ces mécanismes spécifique à l'être humain.

Dans son traité de « Psychopathologie de l'enfant », Ajuriaguerra décrit la dyslexie de la façon suivant : « **La dyslexie se caractérise par une difficulté à acquérir la lecture à l'âge habituel en dehors de toute débilité ou déficience sensorielle** »¹.

Il note des confusions de graphèmes avec correspondance phonétique proche (comme a et an) ou dont la forme est proche (p et q), des inversions, des omissions, des additions ou des substitutions. Le rythme et le découpage de la phrase sont difficilement perçus. La compréhension est souvent supérieure à ce que la lecture pourrait faire croire mais l'information n'est pas saisie en totalité. Le décalage avec l'âge de l'enfant augmente avec le temps et les difficultés scolaires deviennent plus globales.

Ajuriaguerra note également des facteurs associés comme le retard de langage, antécédent très fréquent, les troubles de la latéralisation, sans doute en jeu dans les inversions de lettres, les troubles de l'organisation temporo spatiale, qui interviennent dans la discrimination de lettres de formes identiques comme p et q.

b – Les différentes dyslexies

De cette conception découle différents types de dyslexie : l'une concerne les enfants ayant une atteinte de la voie phonologique où l'assemblage dysfonctionne et l'autre concerne les enfants pour lesquels la voie directe de lecture ou adressage dysfonctionne.

Dans le premier cas, on parle de **dyslexie phonologique** : la lecture de pseudo mots est faible, celle de mots réguliers est meilleure, l'enfant ne parvient pas à analyser la succession des sons dans le mot et la conversion graphophonémique est impossible.

1 : Jacques Fijalkow, *Mauvais lecteurs, pourquoi ?*, Collection Pédagogie d'aujourd'hui, 3^{ème} édition, PUF, 1996

Dans le deuxième cas, il s'agit de **dyslexie lexicale** : cette fois, c'est la lecture de mots irréguliers qui est faible alors que celle de pseudo mots est meilleure, l'enfant ne parvient pas à se dégager de la conversion graphophonémique ce qui pose problème pour la lecture de mots tels que monsieur, femme...

Certains enfants peuvent montrer une **dyslexie mixte** dans laquelle aucune des deux procédures ne fonctionne correctement.

L'acte lexique nécessite de pouvoir coordonner des symboles écrits et des sons, identifier les mots, mémoriser... Si ces processus sont déficients, des troubles de la lecture peuvent apparaître mais il est difficile de déterminer si ces troubles sont primaires ou secondaires à la dyslexie. Les troubles possibles sont visuospatiaux ou encore ceux de la conscience phonologique, de la dénomination, de la syntaxe et de la sémantique, de la mémoire et de l'attention. La conception instrumentale et cognitive met donc en avant le lien entre ces déficits et les difficultés d'apprentissage de la lecture chez l'enfant.

2) *La conception affectiviste*

Ce courant de pensée, inspiré par la psychanalyse, sous tend que l'apparition des troubles d'apprentissage de la lecture peuvent être déterminés par des troubles affectifs ou de caractéristiques de personnalité. De cette orientation thérapeutique sont nées les premières institutions de type CPP (Centre Psycho-Pédagogique) qui sont les anciens CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique). Aujourd'hui, cette approche orientée vers la psychanalyse est dominante dans toutes les institutions où sont pris en charge les mauvais lecteurs.

a – Des facteurs extrinsèques à l'enfant

Selon cette théorie, il est nécessaire d'identifier les conflits que vit l'enfant pour comprendre l'origine de ses difficultés en lecture. Cela revient donc à analyser ses **relations objectales**, en particulier avec son environnement familial qui est, le plus souvent, conflictuel dans le cas d'un enfant dyslexique. En effet, ce qui semble le plus important et qui influence

le plus les apprentissages de l'enfant ne présentant pas de déficit organique, c'est le réseau socio affectif qui l'entoure. Mais cela ne suffit pas, l'enfant est également considéré comme un sujet, il n'est plus déterminé par ses difficultés mais en devient le déterminant.

b – La notion de symptôme

L'une des caractéristiques de ce courant psychanalytique est le fait de ne pas considérer la dyslexie en tant que telle mais de comprendre qu'il ne s'agit là que d'un **symptôme**. « **Dans la majorité des cas d'échec scolaire, les troubles instrumentaux sont mis au premier plan. Au lieu de rester un symptôme pris dans la problématique générale d'un sujet, ils deviennent une entité à part.** » (Cordié citée par Fijalkow). Ce symptôme s'inscrit très souvent dans un ensemble de difficultés scolaires, il est considéré par les psychanalystes comme une inhibition intellectuelle chez l'enfant et il faut en chercher l'origine dans la dynamique familiale. Cette dyslexie est le moyen qu'a trouvé l'enfant d'exprimer ses difficultés, il s'en sert comme d'un langage.

Cette difficulté que rencontre l'enfant dans l'apprentissage de la lecture est considérée de la même façon que les autres symptômes psychanalytiques en relation avec la dimension oedipienne et touchant à la relation mère enfant. Selon Cordié : « **En pleine crise oedipienne, il doit renoncer à sa position de petit enfant protégé, sécurisé par le milieu familial, il devient un être social, confronté à la loi du groupe. [...] Ce travail de séparation, nous disons de castration est souvent empêché ou retardé par la mère [...]** ».

En ce qui concerne la relation mère enfant, Bettelheim écrit : « **La cause la plus commune de l'échec scolaire est sans doute le désir de l'enfant de rester en étroite intimité avec sa mère chérie. Apprendre, c'est grandir. Par conséquent, pour beaucoup d'enfants, apprendre c'est renoncer à leur mère, ou à coup sûr, au maternage, et c'est ce qu'ils ne veulent pas admettre** ».

D'après lui, le rôle de l'histoire personnelle de l'enfant et le refus qu'il oppose aux apprentissages scolaires n'est pas négligeable.

On peut émettre les hypothèses suivantes sur les raisons pour lesquelles l'enfant peut ne pas vouloir apprendre :

- pour ne pas dépasser ses parents, ce qui sous-tend la notion de culpabilité
- par refus de rivaliser avec les autres enfants
- pour entretenir le lien qui l'unit à sa mère
- par parti pris pour un parent contre l'autre ou contre l'école...
- défi à l'autorité (école ou parents)
- réaction à des exigences trop importantes de la part des parents
- retournement d'une situation difficile par inversions de mots ou de lettres
- aspects bouleversants de certains principes en jeu dans l'acte lexique par rapport à des expériences difficiles vécues par l'enfant...

Il faut donc que l'adulte soit à l'écoute de l'enfant et qu'il essaie de comprendre ce qu'il veut dire à travers son symptôme. Le fait que l'enfant se serve de ce médiateur comme symptôme rend la dyslexie difficile à définir, la variété des conflits qu'elle exprime lui donne des caractéristiques variables d'un enfant à l'autre. Il n'existe donc pas UNE dyslexie mais des dyslexies.

c – L'interprétation des erreurs de lecture

Lors du décodage, un enfant peut faire des fautes qui peuvent être à l'origine cognitive mais pour des enfants qui ont de bonnes capacités sur ce plan les fautes de lecture ne sont pas dues à l'impossibilité de décoder ou de comprendre le texte mais plutôt au fait qu'ils le comprennent assez pour le rejeter pour des raisons qu'ils considèrent comme valables. La réaction de l'adulte ne doit pas être seulement de relever l'erreur sans chercher à comprendre pourquoi l'enfant l'a faite. Le courant psychanalytique essaie de concevoir le monde avec les yeux de l'enfant, pour qu'il se sente soutenu, compris, accepté et qu'il puisse s'ouvrir à ce qui l'entoure. Il est donc nécessaire de prendre en compte son inconscient. Les fautes de lecture ont une signification propre à celui qui les fait, elle constitue un message inconsciemment motivé adressé à l'adulte.

D'après Freud, une faute peut anticiper quelque chose qui devient conscient chez le lecteur car la personne qui fait l'erreur est occupée dans son subconscient par des pensées qui expliquent cette faute. Il est distrait par ses préoccupations du moment, surtout s'il lit à voix haute. En commettant des fautes de lecture, l'enfant essaie peut-être de trouver la solution d'un conflit qui le préoccupe en général, ou qui a été créé par le texte qu'on lui a demandé de lire. Une erreur a donc une signification et peut être prise comme un acte qui a sa raison et non comme une incompétence. De plus, elle peut donner un nouveau sens à l'histoire lue. L'adulte peut accepter la version de l'enfant ce qui le rassure et lui permet à son tour d'accepter la vraie version du texte qu'il peut alors lire correctement.

d – Le thérapeute et la demande

Si nous avons choisi de devenir « thérapeute », c'est pour soigner, aider, répondre à la souffrance que le patient porte en lui. Telle est sa demande apparente. Notre demande, en tant que professionnel, c'est qu'il veuille bien accéder à une communication et à un langage normaux. En effet, par ce langage anormal, nous nous sentons agressés et ressentons le besoin de répondre en agressant l'autre dans son symptôme, de forcer les barrières de sa différence.

Mais l'enfant a-t-il une réelle demande ? Lorsque l'enfant vient à consulter, le plus souvent, il n'a pas de demande propre. Il n'est que l'objet des parents ou de l'école qui le tirent vers la prise en charge. Le thérapeute va agir différemment avec l'enfant, il va lui donner la parole, le laisser s'exprimer. Cela peut surprendre l'enfant dans un premier temps. Cette réaction marque le début d'une première relation qui se met en place entre l'enfant et son thérapeute : **la reconnaissance de l'autre**. Un temps et un espace sont spécialement consacrés à l'enfant, il est le centre d'intérêt commun entre le thérapeute et ses parents et son symptôme est reconnu.

Dès la mise en place de la prise en charge, l'enfant est accompagné et aidé dans sa démarche pour devenir sujet et acteur du suivi. Bien sûr, la demande formulée au départ sera calquée sur celle exprimée par les adultes qui l'entourent car la liberté qui lui est laissée de pouvoir s'exprimer peut le désorienter. Mais, peu à peu ou plus brutalement, la demande propre à l'enfant va émerger et s'exprimer. Le but de la prise en charge est donc de permettre

à l'autre l'accès au sentiment de sa propre existence, et cela par la parole directe, symbolique ou du corps.

DEUXIEME PARTIE :

LES DIFFERENTES PRISES EN CHARGE
ORTHOPHONIQUES DES TROUBLES
DU LANGAGE ECRIT

Toutes ces théories précédemment développées sont propres aux chercheurs et aux scientifiques qui ont pour but d'expliquer les troubles que l'on peut observer. L'orthophoniste, lui, a pour travail de prendre en charge les individus et, plus précisément en ce qui nous concerne les enfants, afin de les aider à améliorer leur lecture.

Les observations faites durant mon année de stage m'ont permis de développer une réflexion au sujet de la diversité des prises en charge de troubles portant pourtant le même nom, selon la nomenclature, à savoir les pathologies du langage écrit (lecture et/ou orthographe). Chaque professionnel va utiliser des outils, une technique précise en lien avec le concept auquel il adhère (organiciste, cognitif ou instrumental, affectiviste, socio-culturelle ou pédagogique).

Etant en contact direct avec le patient, la dimension relationnelle prend toute son importance dans la prise en charge. L'orthophoniste ne rencontre pas seulement une personne ayant des troubles d'apprentissage de la lecture, c'est un sujet qui se présente à lui, avec un vécu personnel, des émotions, un caractère particulier...

Les orientations des orthophonistes rencontrées cette année étaient très différentes ainsi que leur façon de procéder avec les enfants. J'ai eu l'occasion de travailler en cabinet libéral avec Madame H. et Madame P., qui avaient une orientation plutôt instrumentaliste, et avec Madame P. au sein d'un CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique).

A – La prise en charge des troubles de l'apprentissage de la lecture en cabinet libéral

1) Présentation du lieu de stage

Durant toute cette année universitaire, j'ai effectué un stage de deux demi-journées par semaine auprès de deux orthophonistes (Madame H. et Madame P.) exerçant en cabinet libéral près de Saint-Nazaire. Ces dernières adhèrent à une conception cognitive des troubles du langage écrit, leur pratique orthophonique va donc dans ce sens. Les consultations sont

payantes mais prises en charge par la sécurité sociale et les mutuelles des patients ou plus particulièrement celles des parents des enfants suivis. Les patients accueillis dans ce cabinet sont de tous les âges, de l'enfant en école maternelle à des adultes. Les pathologies rencontrées sont aussi très diverses : pathologies vocales, neurologiques, troubles du langage écrit, oral... Je m'intéresserai plus particulièrement aux troubles du langage écrit et à la lecture.

2) Les premiers contacts

Le plus souvent, le premier contact a lieu par téléphone. Ce sont les parents, le père ou la mère qui appelle le cabinet ou bien le patient peut être signalé par un autre professionnel qui le suit déjà en parallèle, comme un psychologue. Mais il est de toute façon impératif que le patient ait une ordonnance spécifiant « Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire » pour que le suivi soit pris en charge par la sécurité sociale et la mutuelle. L'enfant passe donc nécessairement par une consultation médicale avant de faire la démarche auprès du cabinet d'orthophonie.

Lors de l'entretien téléphonique, les premiers éléments concernant l'enfant sont évoqués : son âge, la classe fréquentée, ses troubles, des suivis éventuels en psychomotricité, en orthoptie, en psychologie ou autre, sa place dans la fratrie éventuelle, les disponibilités des parents pour pouvoir l'amener au bilan et d'autres éléments qui pourraient être importants pour la suite. Selon la demande, un premier rendez-vous sera fixé avec l'une des orthophonistes qui travaille au sein du cabinet, chacune ayant des formations plus particulières dans certains domaines. En effet, Mme H. a suivi des formations spécifiques sur la prise en charge du bégaiement et des troubles logicomathématiques alors que Mme P. a suivi une formation P.R.L. (Pédagogie Relationnelle du Langage).

3) Le bilan

- *L'anamnèse*

Le bilan débute avec le patient et ses parents (ou l'un d'eux seulement si les deux n'ont pas pu se déplacer) pour faire l'**entretien**. Celui-ci permet d'**évaluer la plainte** : quel

est le problème ? Depuis quand cette plainte existe-t-elle ? En quoi ce problème est-il gênant ? Pour qui est-il gênant ? Pour les parents, l'enfant, l'enseignant ? Comment les personnes qui entourent l'enfant expliquent-elles ses difficultés ? Des aides ont-elles déjà été mises en place ?

Après avoir traité ces questions et mieux cerné la plainte, l'orthophoniste doit également **évaluer la demande** et savoir ce qu'attendent les parents et l'enfant du bilan et d'une prise en charge éventuelle. Il est nécessaire de savoir qui est demandeur de solutions. Si l'enfant n'a pas de demande, qu'il n'a pas conscience de ses difficultés ou qu'il les ignore volontairement, il revient à l'examineur de formuler cette demande.

Après cet entretien, l'orthophoniste aborde des questions en rapport avec le vécu de l'enfant afin de mieux comprendre ses troubles :

- Y'a-t-il eu des antécédents médicaux : grossesse, accouchement, prématurité, maladies, traumatismes, problèmes ORL, correction visuelle, alimentation, propreté, sommeil
- Comment s'est déroulé le développement psychomoteur de l'enfant : marche, praxies, graphisme, latéralité, autonomie. Cela permet de savoir comment il évolue dans son milieu, un bilan psychomoteur peut- être demandé.
- Comment s'est déroulé le développement affectif et psychologique : rapport à son environnement (famille, copains), évènements marquants (décès, déménagement...)
- Comment s'est passé le développement du langage : alimentation, succion du pouce, sa façon de parler, âge des premiers mots, phrases... Est-il compréhensible ?
- Présente-t-il un intérêt pour le langage écrit ? Semble-t-il volontaire malgré ses difficultés éventuelles ?

- Comment se déroule sa scolarisation ? Montre-t-il des difficultés autres qu'en lecture ?
- A-t-il des loisirs, des centres d'intérêt ? Joue-t-il avec les autres ?
- Quel est le contexte socio-économico-culturel ? Existe-t-il des antécédents familiaux de troubles d'apprentissage ?

Toutes ces questions permettent d'obtenir les premières informations sur le vécu de l'enfant et de mieux cerner ses difficultés. L'orthophoniste profite également de ce temps pour observer l'enfant et son langage, sa façon de communiquer spontanément, son comportement au cours de l'entretien (agité, agressif, bruyant, va jouer dans un coin...), mais aussi la place qu'il prend, si c'est lui qui répond aux questions ou ses parents...

- *Les épreuves d'évaluation*

Suite à cet échange, le ou les parents présents sont invités à quitter le bureau afin que l'orthophoniste puisse procéder au bilan du langage écrit. Cet examen cognitif va permettre d'établir le niveau de lecture de l'enfant et de rechercher aussi bien les capacités que les difficultés que l'enfant rencontre au niveau des processus cognitifs impliqués dans la lecture (mémoire, attention, métaphonologie, analyse visuelle).

L'évaluation se fait à l'aide d'outils tels que des tests étalonnés qui permettent d'établir des profils en fonction de l'âge ou de la classe de l'enfant. Elle est **quantitative** en terme de performance (l'enfant réussit ou échoue) mais également **qualitative** (analyse des erreurs de lecture et observation des stratégies et du comportement de l'enfant au cours des épreuves).

Le bilan visant à évaluer les capacités en lecture comporte différentes épreuves. Il faut vérifier la connaissance des lettres sans faire réciter l'alphabet pour autant. En effet, l'enfant peut ne connaître que la « chanson » de l'alphabet, comme une comptine et ne pas être capable de différencier les différentes unités que sont les lettres. Si c'est le cas, l'enfant ne pourra pas accéder à l'acte lexique car il ne dispose pas des unités qui permettent de décoder

le langage écrit. Ensuite, il est proposé à l'enfant une épreuve de lecture de syllabes simples puis complexes afin de vérifier si la voie d'assemblage fonctionne bien. Pour cela, une épreuve mise au point par Suzanne Borel Maisonnny peut être utilisée.

L'épreuve suivante concerne la lecture à haute voix de mots et de phrases. Il est alors évalué la rapidité de lecture ainsi que les différentes erreurs commises. Pour la vitesse de lecture, plusieurs tests peuvent être proposés à l'enfant : la lecture en une minute du **LMC-R**, le test de l'alouette, la pipe et le rat... Pour définir les erreurs commises, les pseudo mots du **L2MA** ou l'épreuve de la **BELEC** permettent de définir si l'enfant déchiffre correctement ou s'il lexicalise les mots lus.

Le décodage des sons et des mots n'est pas la seule capacité nécessaire à l'acte lexique, une bonne **compréhension écrite** est aussi nécessaire. Elle est donc, elle aussi, évaluée à l'aide d'épreuves telles que dans la batterie **L2MA** avec la **lecture flash** dans laquelle l'enfant doit lire une phrase puis choisir le dernier mot qui la complète parmi plusieurs propositions possibles. Ensuite, il devra faire correspondre des phrases avec des images...

Après avoir évalué les capacités de décodages et de compréhension écrite, les **capacités métaphonologiques** sont testées : l'**analyse** avec la **NEEL** (repérage de différences entre deux mots qui varient seulement d'un phonème), l'**habileté** métaphonologique (savoir inverser des phonèmes dans une syllabe par exemple), l'**analyse auditive**, les **capacités visuelles** avec le **Reversal Test** (rayer les dessins différents du modèle), l'**attention** avec la **L2MA** (test de barrage), les **capacités mnésiques** avec des empans de chiffres, des reproductions de rythmes, des répétitions de phrases....

Afin de procéder à l'examen cognitif des troubles de la lecture, il est indispensable de vérifier si l'acquisition du langage oral s'est faite convenablement et que des difficultés dans ce versant de la langue n'entravent pas l'apprentissage de la lecture. Le langage oral est donc lui aussi évalué : **fluence verbale** à partir d'un phonème ou d'une catégorie sémantique, **dénomination**, **phonologie** (répétition de mots et de pseudo mots), **syntaxe** et **compréhension** de mots et de phrases.

Suite au passage de toutes ces épreuves, les réponses de l'enfant sont analysées, aussi bien ce qui a été réussi que ce qui a été échoué.

- *L'analyse et l'interprétation des résultats aux épreuves*

La lecture est analysée sous deux aspects : le **quantitatif** et le **qualitatif**. En ce qui concerne le quantitatif, on observe la rapidité de lecture, le nombre d'erreurs par rapport à la norme et en fonction du type de mot lu, et le niveau de compréhension syntaxique. Mais le plus important et le plus significatif est l'aspect qualitatif qui permet d'analyser les erreurs qui ont été faites et pas seulement de les dénombrer. On distingue alors différents types d'erreurs :

- les erreurs phonologiques avec des omissions, des substitutions ou des inversions de phonèmes
- les erreurs de lexicalisation des pseudo mots, ce qui dévoile une lecture globale et non analytique
- les erreurs de régularisation de mots irréguliers, ce qui dévoile une lecture grapho-phonémique et non une reconnaissance globale du mot lu

Ces erreurs valent pour la lecture de mots à haute voix. Mais les autres épreuves permettent d'analyser d'autres types d'erreurs.

Dans l'épreuve d'identification des mots, l'analyse des réponses permet de cerner les stratégies de lecture utilisées par l'enfant. Les **erreurs sémantiques** peuvent montrer qu'il n'y a pas de recherche de sens ou que l'enfant ne lit pas le mot en entier. Les **erreurs orthographiques**, elles, montrent qu'il utilise bien une **stratégie de décodage** mais que le lexique orthographique n'est pas encore bien installé ou qu'il n'y a pas de stratégie globale. Les **erreurs phonologiques** montrent en général une appréhension globale du mot.

L'accès au sens est également testé. Grâce aux appariements d'images et de phrases, on peut savoir si l'enfant maîtrise la syntaxe ou encore s'il saisit les inférences faites dans certains énoncés. En lecture à haute voix, on analyse les **pauses**, qui permettent de voir si l'enfant repère les unités de sens, les **reprises**, qui témoignent de la gestion de l'activité de lecture, et l'**intonation**, qui marque la recherche de sens ou non. Si l'enfant fait des erreurs en

remplaçant un mot par un autre, il faut vérifier si celui-ci donne un sens à la phrase ou s'il est totalement hors contexte, ce qui marquerait une absence de compréhension de l'énoncé.

A l'issue de ce bilan qui peut nécessiter plusieurs entrevues, un suivi adapté aux difficultés de l'enfant peut être proposé par l'orthophoniste. Il peut sembler nécessaire d'envisager un bilan complémentaire avec un autre professionnel ou encore, si les troubles ne sont pas trop importants, l'orthophoniste peut proposer de laisser l'enfant évoluer seul et de le revoir plus tard. Lorsqu'il s'agit de troubles de la lecture qui peuvent sembler très ancrés, une prise en charge est automatiquement proposée à raison d'une séance de 45 minutes par semaine voire deux.

4) La prise en charge des troubles de la lecture à orientation instrumentale et cognitive

a – Définition

Il est difficile de pouvoir qualifier réellement cette technique de rééducation d'instrumentaliste. En effet, j'ai questionné les orthophonistes qui travaillent dans ce cabinet afin de savoir comment elles définissent leur travail avec les enfants montrant des troubles de l'apprentissage de la lecture. Elles m'ont longuement expliqué que ce terme paraît trop radical et qu'il ne correspond pas à leur pratique.

Pour elles, « **instrumentaliste** » signifie que le patient présente un trouble précis et que le travail proposé doit porter exclusivement sur celui-ci, sans prendre en compte son état de santé, sa personnalité, l'état d'esprit dans lequel il se trouve lors de la séance... Le patient ne serait donc pas considéré comme un simple cas que l'on pourrait comparer à ceux que l'on décrit de façon générale dans les ouvrages et avec qui l'on appliquerait les théories apprises auparavant.

Le courant instrumentaliste a pour but d'aider l'enfant dans ses difficultés en travaillant ce qui ne fonctionne pas. Dans cette optique, l'orthophoniste lui propose des exercices en rapport direct avec ses troubles. Cette pratique vise à empêcher une

chronicisation des troubles qui pourrait garder ces difficultés sous-jacentes une fois le symptôme disparu. La question essentielle à se poser est donc la suivante : « Ne faut-il pas travailler les difficultés de l'enfant dès le début de la prise en charge pour que ce dernier progresse rapidement et ne prenne pas de retard au niveau scolaire alors que si l'on attend trop longtemps, ce retard sera plus difficile rattraper ? ».

Cette vision de la rééducation orthophonique vise à l'intégration de l'enfant dans le milieu scolaire et à ce qu'il s'y sente le mieux possible. L'orthophoniste lui donne donc des outils pour qu'il parvienne à améliorer ses performances en utilisant ses capacités.

b – La rééducation orthophonique des troubles de la lecture en cabinet libéral

- *Généralités*

Comme je l'ai évoqué auparavant, j'ai assisté à des séances de prise en charge avec deux orthophonistes différentes, Mme H. et Mme P. Malgré une façon de procéder parfois différente du fait de leur personnalité et de leur vécu professionnel, les objectifs étaient toujours les mêmes :

- mobiliser un potentiel d'apprentissage
- trouver du plaisir dans l'apprentissage
- revaloriser l'enfant
- donner à l'enfant des outils pour rendre sa lecture fonctionnelle.

En ce qui concerne la prise en charge de la dyslexie, le but ultime est de donner à l'enfant des compensations qui lui permettront de pallier une partie de ses difficultés pour qu'il ait une bonne insertion sociale. L'orthophoniste va essayer de faire en sorte que l'enfant ne souffre plus de son handicap.

Les enfants pris en charge pour des troubles de la lecture présentent des points communs, les difficultés vont être plus ou moins axées sur le plan des pré-requis, des compétences temporo-spatiales ou du schéma corporel. Le principe général de ce type de

prise en charge est donc de repérer les manques de l'enfant, mis en évidence par le bilan, et de travailler précisément sur ceux-ci.

L'enfant utilise de façon prédominante certaines stratégies aux dépens d'une ou de plusieurs autres. L'orthophoniste va adapter des exercices dits appropriés à la résolution de ces troubles et dans lesquels l'enfant pourra difficilement utiliser la ou les procédures de compensations qu'il a pu mettre en place. Par exemple, si un enfant a montré qu'il utilise principalement une lecture globale qui entraîne des erreurs, l'orthophoniste va lui proposer alors des exercices dans lesquels il ne pourra pas utiliser exclusivement cette méthode.

Les exercices doivent être variés et renouvelés pour que l'enfant ne se lasse pas de toujours travailler sur le même support. Il peut s'agir d'exercices proches du scolaire, de jeux créés par l'orthophoniste ou par une maison d'édition ou bien encore de logiciels informatiques. Pour l'enfant cité précédemment, l'orthophoniste peut proposer plusieurs activités :

- une phrase dans laquelle tous les mots sont attachés et l'enfant doit pouvoir découper les mots
- un logiciel qui lui propose un mot et un pseudo mot (par exemple, flûte et fûlte) et l'enfant doit retrouver lequel est bien écrit
- un jeu avec un plateau et des cartes sur lesquelles sont inscrites des énigmes, des questions mais toujours en lien avec le travail à effectuer

Cette liste d'activités n'est pas exhaustive et représente quelques exercices typiques associés à des troubles de la lecture. Mais l'orthophoniste peut également utiliser du matériel qui n'a pas à première vue de lien direct avec les troubles de l'enfant. En effet, des jeux de stratégie et de logique comme le Master Mind, le « Qui est-ce ? », peuvent être utilisés dans le but d'agir sur le fonctionnement cognitif de l'enfant. Le jeu lui est présenté, le professionnel l'amène à réfléchir, à comprendre sans lui expliquer. Il lui donne les outils qui vont l'aider à progresser.

Ceci n'est qu'un aperçu assez global de prise en charge d'enfant montrant des troubles de l'apprentissage de la lecture. Les orthophonistes qui m'ont fait partager leur expérience travaillent avec une orientation plutôt instrumentaliste bien qu'elles revendiquent le fait de prendre en compte le patient en tant que sujet unique avec ses émotions, ses envies... En

effet, chaque suivi sera adapté à l'enfant, à ses troubles, ses difficultés mais restera axé sur ceux-ci.

- *Quelques cas cliniques*

J'ai eu l'occasion de travailler avec des enfants montrant des difficultés de lecture plus ou moins importantes, des enfants qui étaient déjà suivis depuis plusieurs années ou bien d'autres pour lesquels j'ai assisté au bilan. J'ai d'ailleurs plus activement participé à la prise en charge d'un enfant que j'ai pu suivre dès le bilan.

- Vincent

Cet enfant, Vincent, était âgé de 9 ans quand je l'ai rencontré pour le premier entretien avec sa mère. Le bilan a montré qu'il présentait des difficultés du langage oral, écrit mais aussi dans le domaine logicomathématique. En ce qui concerne plus précisément la lecture, il montre peu d'automatisation dans l'acte lexique : les deux voies ne sont pas toujours bien automatisées et lorsqu'il y a trop d'informations à gérer en même temps, Vincent est perdu. Il a déjà été suivi en psychomotricité ainsi qu'en orthoptie. Les difficultés scolaires sont générales.

Mme H. propose à Vincent de le rencontrer deux fois par semaine afin de pouvoir travailler la partie langage oral et écrit dans un premier temps et le domaine logicomathématique dans un second temps. Pour ma part, je participais principalement aux séances en lien avec les troubles du langage oral et écrit.

Parallèlement à la prise en charge orthophonique, Mme H. évoque la possibilité de faire un bilan plus approfondi des difficultés de Vincent et propose à sa mère de le présenter au Centre de Rééducation Fonctionnelle de Pen Bron, près de Saint-Nazaire. En effet, ce centre regroupe beaucoup de professionnels (neuropsychologues, psychomotriciens, orthophonistes...) qui n'effectuent pas de prise en charge mais seulement des bilans. Ceux-ci permettent de cerner plus précisément la diversité et la complexité des troubles. D'autre part, ces bilans peuvent amener à poser un diagnostic précis de dys-, ce qui facilite les aménagements possibles au sein de l'école pour l'enfant en difficulté.

En ce qui concerne plus particulièrement sa prise en charge orthophonique, Mme H. et moi préparions à l'avance les séances. Chacune d'entre elles comportait le plus souvent deux exercices prévus mais il n'était pas rare que tout le travail prévu ne puisse pas être effectué avant la fin. En effet, le patient reste un sujet auquel il faut s'adapter et ses réactions restent imprévisibles.

De plus, le bilan ne fournit pas toutes les informations sur le fonctionnement de l'enfant et il peut arriver que pendant un exercice visant à faire travailler une fonction cognitive précise, une autre fonction semble être déficiente. Le travail sera alors réorienté vers des activités plus axées sur cette fonction.

Le travail effectué avec Vincent pouvait prendre différentes formes. Il y avait beaucoup d'activités d'écriture comme des phrases à transformer en utilisant des pronoms personnels, d'autres phrases à inventer en utilisant un verbe conjugué imposé... Ces exercices visaient à travailler la syntaxe, la conjugaison, le lexique... Ils étaient proches du scolaire et se faisaient sur un cahier qui était distribué en début de prise en charge à tous les enfants. Il leur était d'ailleurs fortement conseillé de relire ce qui avait été fait en séance une fois qu'ils étaient chez eux pour ne pas perdre le bénéfice du suivi.

D'autres activités pouvaient être proposées comme des histoires en images avec une suite logique, ce qui permet de travailler sur la notion de temps. Nous utilisons également des jeux spécialement conçus pour une prise en charge orthophonique, qui se présentent comme un jeu de société. Le but est de gagner et des questions en lien avec les troubles de l'enfant sont posées.

Une des activités les plus pratiquées avec Vincent était apparentée à **la méthode des jetons**. Cette technique est utilisée pour visualiser les difficultés syntaxiques chez les enfants qui n'en ont pas conscience et pour les aider à améliorer leur discours (méthode axée sur l'oral). Le principe de cette méthode est de symboliser par des jetons de couleurs les mots, les notions catégorielles et les principales règles de grammaire. Le codage sous forme de jetons est plus aisé que l'écrit et permet des manipulations ludiques et rapides de phrases.

Le travail se fait dans deux sens : écriture en jetons d'une phrase donnée oralement (ce qui fait travailler la mémoire verbale, la segmentation en mots et l'analyse grammaticale) et

évoquant d'une phrase en rapport avec une série de jetons (ce qui oblige à respecter les règles de segmentation). Plus on progresse dans la méthode, plus on a recours à l'écrit.

Cette méthode a permis à Vincent de faire un lien plus étroit entre l'oral et l'écrit. Il a pu visualiser la segmentation des mots et comprendre que chaque mot prononcé à l'oral peut être transcrit de manière bien définie et qu'il existe pour cela des règles à respecter.

L'orthophoniste participait à cet échange, chacun devait inventer des phrases avec plus ou moins de contraintes mais toujours en faisant correspondre un mot à un jeton. Cette tâche n'était pas facile pour Vincent qui confondait mot et syllabe mais aussi qui ne percevait pas la présence de deux mots dans des propositions telles que « l'oiseau ». Pour lui, tout cela ne faisait qu'un seul mot.

Le travail effectué avec Vincent a été basé sur la répétition d'exercices de ce type mais également sur la mise en place de stratégies de compensation qui lui permettaient d'accéder à une lecture plus fluide, plus automatisée. Le suivi s'est poursuivi au-delà de mon année de stage. Bien que Vincent ait progressé en une année, il lui restait énormément de travail à faire avant de pouvoir surmonter ses difficultés.

- Régis

Régis est un enfant qui est scolarisé en classe de CM1 quand je le rencontre pour la première fois. Il est âgé de 9 ans et est suivi pour des troubles de la lecture depuis quelques années déjà. En effet, Mme H., qui a effectué un bilan du langage oral et écrit, a observé chez Régis une lecture lente, des erreurs visuelles, des confusions de lettres, ainsi qu'un accès au sens assez lacunaire. Les deux voies de lecture ne sont pas aussi performantes l'une que l'autre, Régis utilise préférentiellement la lecture par assemblage plutôt que celle par adressage qui consiste à apparier le mot écrit à une représentation mémorisée dans le lexique orthographique d'entrée.

Régis a été envoyé au Centre de Pen Bron afin de définir ses troubles de façon plus précise et savoir s'il était dyslexique. Une reconnaissance de cette pathologie permettrait à Régis de bénéficier d'une aide qui l'aiderait à s'adapter au milieu scolaire. Il est d'ailleurs

déjà suivi trois fois par semaine par le R.A.S.E.D. en plus de la séance orthophonique hebdomadaire. L'orthophoniste n'exclut pas le fait de passer à deux séances par semaine pour intensifier le travail.

Mme H. travaille donc avec Régis depuis quelques temps lorsque je le rencontre et assiste à ses séances. Les exercices mis en place visent à travailler essentiellement la lecture et à améliorer l'utilisation de la voie d'adressage. En effet, Régis parvient à déchiffrer des mots qu'il ne connaît pas mais il montre une grande lenteur dans sa lecture car il n'est pas capable de reconnaître de façon globale un mot pourtant très commun. Il est donc obligé de déchiffrer tous les mots qu'ils voient pour pouvoir les lire. Sa lecture en est considérablement ralentie.

Les activités proposées à Régis sont donc variées et visent à lui permettre d'associer les voies d'assemblage et d'adressage dans l'acte lexique. La plupart de ces activités se font par écrit afin qu'il visualise le plus de mots possibles et qu'il puisse les intégrer pour les reconnaître ensuite dans des textes. Les activités sont les suivantes : des phrases commencées par l'orthophoniste que l'enfant doit terminer, des tâches de fluence sémantique, des histoires en images à raconter par écrit, des devinettes du type « je suis un animal gris, très grand, avec de grandes oreilles, une trompe et j'ai peur des souris. Qui suis-je ? »....

La prise en charge de Régis, certes importante mais complète, a pour but de l'aider à progresser scolairement malgré ses difficultés en lecture qui le handicapent dans bon nombre de matières. En effet, quelle matière à l'école ne nécessite pas de savoir lire ? Régis, qui est maintenant en CM1, doit être rapide en lecture pour ne pas être perdu ensuite alors que ses camarades avancent.

Le suivi de Régis a continué après cette année de stage et s'est intensifié, le nombre de séances hebdomadaires est passé d'une à deux.

Ces exemples de suivis illustrent le type de prise en charge assurée par Mme H. et Mme P.. L'enfant est reçu le plus souvent à la demande des parents ou de l'instituteur, il est cerné dans un premier temps par rapport à son histoire médicale, son développement, son environnement et son rapport au langage. Puis l'orthophoniste effectue un bilan qui vise à mieux connaître les difficultés réelles de l'enfant, et enfin la prise en charge a pour but

d'améliorer ses capacités et de lui donner des compensations à mettre en place afin qu'il puisse progresser au point de vue scolaire.

5) Réflexion sur la prise en charge à orientation cognitive et instrumentale des troubles de l'apprentissage de la lecture

Durant mes années d'études, j'ai eu l'occasion à plusieurs reprises d'assister à des séances de rééducation, tout d'abord en tant qu'observatrice puis en participant plus activement à la prise en charge lors de cette dernière année.

En tant qu'étudiante et future professionnelle, la sécurité d'une telle pratique fut séduisante et rassurante. L'enfant passe des épreuves étalonnées qui nous permettent d'en savoir plus sur ses difficultés, notre formation nous a appris les techniques à utiliser face à ces troubles... Pour telle pathologie, il y a tel type de rééducation à mettre en place. Cette façon de procéder correspond donc tout à fait aux références théoriques étudiées.

Mais l'application de ces techniques m'a parfois paru très proche du travail scolaire : des exercices répétés, du travail fait en séance dans le cahier d'orthophonie à relire chez soi et même parfois des exercices à faire chez soi ! Je me suis donc posé la question suivante : respecte-t-on les limites et ne nous rapprochons-nous pas dangereusement d'un soutien scolaire ? Ce travail peut-il réellement apporter quelque chose à un enfant qui passe déjà tant d'heures à l'école sans que les apprentissages soient possibles ?

Malgré les difficultés des enfants à l'école, ils progressent tout de même en étant suivis en orthophonie mais les prises en charge sont longues pour avoir de bons résultats. Les parents viennent avec une demande précise : ils veulent que leur enfant rentre dans la norme à l'école et qu'il puisse suivre la classe comme tous ses camarades. Le travail effectué en cabinet les satisfait car l'enfant travaille sur ses difficultés et l'orthophoniste prend le temps de leur expliquer le déroulement de la prise en charge qui s'appuie sur des théories fonctionnelles, ce qui rassure les parents.

Cette théorie fonctionnelle entraîne également des explorations des autres capacités de l'enfant et peut parfois amener l'orthophoniste à se poser des questions quant au bon fonctionnement de celles-ci. Des suivis autres que l'orthophonie peuvent alors être mis en place et l'enfant va alors crouler sous le poids des prises en charge : psychomotricité, orthoptie, psychologie... Toute cette attention ne fait que pointer du doigt d'autant plus l'enfant en difficulté.

B – La prise en charge des troubles de l'apprentissage de la lecture en CMPP (Centre Médico Psycho Pédagogique)

1) Présentation du lieu de stage

Durant toute cette année universitaire, j'ai effectué un stage de deux demi-journées par semaine auprès de Madame P., orthophoniste exerçant au sein du CMPP (Centre Médico Psycho Pédagogique) Henri Wallon à Nantes. Les consultations dans ce centre ne sont pas payées directement par les parents de l'enfant pris en charge car elles sont payées par leur caisse d'assurance maladie. Les patients accueillis sont des enfants d'âge scolaire ainsi que des adolescents.

L'équipe pluridisciplinaire, composée de pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, psychopédagogues, orthophonistes... travaille et effectue des prises en charge avec une orientation **psychothérapeutique** et **psychanalytique**. Elle a une mission de prévention ainsi que de soin vis-à-vis de l'enfant, de sa souffrance dans sa globalité. Le but de la prise en charge est donc de faciliter les relations de l'enfant avec son environnement familial, scolaire et social.

2) La prise de contact et l'orientation thérapeutique de la prise en charge

La prise de contact se fait le plus souvent sur appel téléphonique des parents pour leur enfant. La secrétaire fixe alors un rendez-vous avec un psychologue ou un psychiatre. Les

parents sont d'abord reçus seuls afin de définir leur demande par rapport à un suivi éventuel au sein du centre. Ils exposent les difficultés de leur enfant, ses relations avec son environnement familial, scolaire et social.

Après avoir fait la synthèse de la problématique de l'enfant, celui est invité à rejoindre ses parents et le professionnel présent afin de connaître son point de vue et de faire part de sa demande personnelle. Il paraît nécessaire que l'enfant ait conscience de ses difficultés afin de pouvoir envisager un travail thérapeutique ultérieur. Une prise en charge sera proposée après discussion en synthèse et après avoir obtenu l'aval des parents. Elle pourra se faire en groupe ou individuellement selon les besoins de l'enfant.

3) Le bilan orthophonique

Un premier rendez-vous avec l'orthophoniste est proposé aux parents et à l'enfant. Ce dernier se présente donc accompagné soit de sa mère, soit de son père, soit de ses deux parents ou encore de l'un de ses beaux parents en cas de famille recomposée. L'enfant est placé au centre du bilan : l'orthophoniste aborde ses relations avec l'environnement familial (« Comment ça se passe à la maison ? »), l'environnement scolaire (« Comment ça se passe à l'école ? »), l'environnement social (« Est-ce que tu as des copains, des copines ? »)...

Elle aborde également la personnalité de l'enfant, les activités qu'il aime pratiquer, les matières qu'il apprécie à l'école... C'est seulement après que Mme P. s'intéresse aux difficultés qu'il peut rencontrer. Pour elle, ce n'est pas le plus important. Ce qui l'intéresse, c'est de donner de l'importance à l'enfant et à sa parole. Mais les parents ont eux aussi un rôle important à jouer dans la prise en charge de leur enfant. En effet, selon Mme P., ce sont eux qui le connaissent le mieux, **ils sont sa mémoire**. Le but est de leur faire prendre conscience qu'eux-mêmes et leur enfant font partie d'une **chaîne familiale** dans laquelle chacun agit sur l'autre. C'est pourquoi Mme P. demande aux parents s'ils se retrouvent dans ce qu'ils perçoivent de leur enfant ou bien si ce qu'ils voient les déroute. L'enfant est également sollicité : Mme P. lui demande si ce qu'il entend de la part de ses parents lui paraît juste, s'il est d'accord ou non avec les propos qu'ils tiennent sur lui. Là encore, la parole de l'enfant est valorisée.

Ensuite, Mme P. propose à l'enfant deux ou trois jeux parmi ceux qui se trouvent dans le placard. Cela permet, d'une part à l'orthophoniste d'avoir un aperçu de ce que l'enfant parvient à faire, de ses réactions face à la réussite, face à l'échec, et d'autre part, de montrer au parent présent la façon de travailler qui sera appliquée avec son enfant durant le suivi éventuel et d'instaurer ainsi un lien de confiance avec le professionnel.

Les parents peuvent questionner la place du professionnel par rapport à leur enfant et se sentir en rivalité avec lui. Cet entretien va leur montrer que Mme P. ne s'approprie pas leur enfant et qu'ils sont les seuls à vraiment le connaître, en aucun cas elle ne prendra la place de la mère ou de quelqu'un d'autre de la famille. Elle est son orthophoniste et elle a pour but de le réconcilier avec la lecture.

Le jeu est accompagné de commentaires et de questionnements sur les capacités de l'enfant et sa façon d'être. Mme P. fait part de ses impressions concernant l'enfant et demande aux parents s'ils le reconnaissent dans ses propos, s'il agit de cette façon au quotidien... Ce bilan peut déboucher sur une prise en charge régulière de l'enfant. Mme P. insiste sur le fait que le bilan est assez proche du travail qui sera fait avec l'enfant durant les séances à venir. Cette méthode de travail P.R.Liste (qui découle de la Pédagogie Relationnelle du Langage) est proposée aux parents, ils sont libres de l'accepter ou de la refuser et d'aller consulter un autre professionnel avec d'autres orientations (comme un orthophoniste instrumentaliste, par exemple).

Ce bilan a donc très peu de points communs avec un bilan classique qui peut être proposé à un enfant qui se présente en cabinet libéral où l'orientation thérapeutique est plutôt instrumentaliste ou cognitiviste. Les épreuves étalonnées ne sont pas utilisées, de simples jeux que l'on trouve dans le commerce servent durant le rendez-vous. On remarque aussi que les parents sont invités à rester pendant toute la durée de l'entretien alors qu'en cabinet libéral, l'enfant était vu seul pendant la deuxième partie du rendez-vous, à savoir pour le passage des tests.

Une synthèse des observations de l'orthophoniste est faite aux parents et à l'enfant, et une prise en charge est alors proposée. Un créneau horaire est bloqué pour l'enfant selon les possibilités de chacun. La prise en charge peut concerner des difficultés de langage oral, écrit ou dans le domaine logicomathématique. Je m'intéresserai plus particulièrement aux troubles du langage écrit dans la suite de ce développement.

Le travail que Mme P. va faire avec l'enfant s'appuie essentiellement sur une théorie fondée par Claude Chassagny vers 1968 à laquelle il a donné le nom de Pédagogie Relationnelle du Langage.

4) *Définition de la P.R.L. (Pédagogie Relationnelle du Langage)*

Cette théorie a donc été fondée vers 1968 par Claude Chassagny (1927 – 1981). Il fut tout d'abord instituteur puis enseignant en faculté avant de devenir formateur à l'I.P.E.R.S (Institut Pédagogique d'Enseignement Rééducatif Spécialisé dans lequel était assurée la formation P.R.L.). Il a été également reconnu comme psychanalyste par l'école Freudienne de Paris. Dans son ouvrage simplement intitulé *Pédagogie Relationnelle du Langage* (1977), Claude Chassagny expose sa théorie et la définit comme « **une façon d'être et de faire avec l'enfant ou l'adulte en difficulté** ».

La P.R.L. consiste à ne pas prendre en compte les difficultés présentées par la personne prise en charge en tant que telles mais à les considérer comme un symptôme, c'est-à-dire « **un phénomène perceptible révélateur d'un processus caché et le plus souvent inconscient** »¹.

Le thérapeute est présent pour accompagner l'enfant dans la découverte de ses capacités et pour l'aider à les utiliser. En ce qui concerne le sujet de ce mémoire, les troubles d'apprentissage de la lecture sont donc considérés comme une manifestation d'un mal-être inconscient de l'enfant qu'il va exprimer par ce médiateur.

La P.R.L. s'appuie sur plusieurs fondements qui créent une certaine dynamique qui lui est propre : **les différentes périodes de l'acte P.R.L., le contrat que l'enfant et les parents passent avec le professionnel, le fait de ne pas attaquer le symptôme de front, la demande et le désir qui amènent à consulter, la rencontre des inconscients et l'inversion du sujet.**

1 : BRIN Frédérique, COURRIER Catherine, LEDERLE Emmanuelle, MASY Véronique, *Dictionnaire d'orthophonie*, Ortho éditions, 2004

5) *Les fondements de la P.R.L.*

a – L'acte P.R.L.

Durant la prise en charge de l'enfant en difficulté, le professionnel va passer par différentes périodes. La première est la période de **station** suivie de la **conciliation** puis de l'**expression**.

- La station

C'est une période très importante pour l'enfant pendant laquelle il sera le moteur principal de l'échange, il apportera un matériel très riche. Le professionnel doit être patient et doit pouvoir voir dans ces interventions les fantasmes qu'il n'a jamais pu exprimer complètement jusqu'alors ainsi que des éléments de sa vie affective. Il est nécessaire que l'orthophoniste ne porte aucun jugement et ne donne aucune interprétation à ce que l'enfant lui apporte. Pourtant, il doit parfois commenter les interventions de l'enfant et le questionner pour ouvrir une discussion. « **Nous ne sommes pas là pour nous préoccuper des conflits de l'enfant, mais pour lui permettre – le fantasme étant exprimé – de le socialiser dans l'évolution qu'il va faire** »¹.

Des choses se passent malgré une inactivité apparente du professionnel : ce dernier est témoin du travail de l'enfant, il est présent à ses côtés et l'accompagne dans ses choix et ses désirs. Mais cette attente n'a de sens que si l'enfant est dans l'échange et prend des initiatives. Si ce n'est pas le cas, le thérapeute doit ramener l'enfant à la réalité car la période de station n'est pas une conduite de fuite, que ce soit pour le professionnel ou l'enfant lui-même. Je pense tout particulièrement à un enfant suivi par Mme P. et moi-même durant cette année qui reproduisait le travail scolaire de la semaine à chaque séance. Mme P. le laissait faire au début car elle ne savait pas ce que signifiait cette répétition pour lui. Mais après plusieurs séances à faire ce même travail, il s'est avéré qu'il reproduisait des choses qu'il avait apprises parce que ça le rassurait. Se lancer dans quelque chose de nouveau sur quoi il n'avait aucun contrôle lui était très difficile.

1 : CHASSAGNY Claude, *Pédagogie relationnelle du langage*, Editions PUF, 1977

Mme P. l'a alors encouragé dans cette voie en lui proposant d'autres activités.

Cette attente est donc active et n'a de sens que si l'orthophoniste possède de solides connaissances techniques afin qu'il puisse mettre son savoir faire de côté ainsi que ses désirs jusqu'à ce que la demande de l'enfant soit arrivée à maturation. Le thérapeute doit avoir confiance en ce qu'il fait pour lui transmettre ce sentiment.

Cette période peut prendre du temps mais elle est nécessaire et bénéfique à l'évolution de l'enfant vers la conciliation.

- La conciliation

Dans son ouvrage *Pédagogie Relationnelle du Langage*, C. Chassagny définit la **conciliation** de la façon suivante : « **Cela veut dire que la décision apparente ou réelle de l'enfant de s'exprimer suivant les moyens utilisés par l'adulte en codage et décodage des signes représente un sacrifice, un renoncement** ». L'enfant abandonne les nombreuses possibilités qu'il a de s'exprimer pour utiliser le seul code admis par l'adulte.

Cette période est constituée de plusieurs phases, l'enfant peut s'appuyer sur l'adulte et son langage puis reprendre ses fantasmes pour revenir ensuite vers l'adulte. L'enfant va traverser ces moments, l'évolution lors de ce stade est morcelée.

L'enfant peut alors commencer à utiliser le langage écrit et à faire appel directement à l'orthophoniste. Cependant, ce dernier doit être capable de prendre du recul et de ne pas intervenir auprès de l'enfant à tout instant. L'enfant va ainsi progresser et prendre confiance en lui aussi bien en classe que dans son environnement familial.

- L'expression

Lorsque l'enfant a abordé la conciliation, il sent qu'il a évolué, qu'il s'est épanoui, il demande donc le plus souvent à arrêter la prise en charge. Cette période est le point ultime de son épanouissement, de son évolution, il peut désormais s'inscrire dans la parole de l'autre. Il

manifeste un désir réel d'être entendu et compris par ceux qui l'entourent mais aussi de les comprendre. C'est à ce moment là que des progrès scolaires vont se faire ressentir.

Bien que cela puisse paraître primordial aux yeux des parents, l'insertion scolaire n'est pas le plus important : s'exprimer, c'est vivre avec les autres, communiquer avec eux, s'adresser à eux, les écouter, les comprendre. L'enfant doit se sentir bien avec les autres et dans la vie quotidienne, c'est là la priorité, l'amélioration du niveau scolaire viendra ensuite très rapidement.

Il est possible également qu'un enfant ne s'ouvre que lors des séances et qu'en dehors du lieu de prise en charge, aucune évolution ne transparaisse. Le travail n'a dans ce cas pas atteint l'objectif fixé qui est de faire en sorte que l'enfant progresse aussi bien dans son environnement familial que scolaire.

b – Le contrat P.R.L.

Le contrat P.R.L. s'établit dans le temps et l'espace. Il est nécessaire dans un premier temps de poser les limites de la séance. En ce qui concerne les séances auprès de Mme P., ces dernières se limitaient à 40 minutes. L'enfant doit bien comprendre que ce temps lui est consacré, qu'il lui est réservé, il sait ainsi que cet espace est pour lui seul et qu'il peut se l'approprier. Le contrat ne doit cependant pas être trop précisé afin de ne pas figer la dynamique de la prise en charge et qu'elle puisse évoluer avec l'enfant.

c - Le symptôme ne doit pas être attaqué de front

Le symptôme que présente l'enfant est l'expression d'un mal-être. Il va se servir de ce symptôme pour trouver un certain équilibre, et bien qu'il existe cet aspect d'équilibre, l'enfant n'est pas pour autant libéré. Cette situation est donc pathologique.

Les parents et l'enfant peuvent avoir une demande d'aide et de prise en charge des difficultés apparentes qui sont, le plus souvent, scolaires. Mais de manière inconsciente, les

membres de la famille peuvent ne pas avoir envie de faire évoluer la situation car cela créerait un déséquilibre qu'ils ne supporteraient pas. Ici, l'indication orthophonique n'est pas appropriée, il s'agit plutôt d'une orientation psychothérapeutique.

L'orthophoniste ne doit donc pas s'attaquer directement au symptôme au risque qu'il ne s'aggrave ou bien même qu'il se déplace. Il doit respecter l'enfant et son symptôme et accepter de prendre le risque que l'enfant ne progresse peut-être pas mais d'être sûr de ne pas lui faire de mal.

Analyser le véritable sens de ce symptôme n'est pas notre travail mais il se peut qu'il nous apparaisse en prise en charge. Il n'est pas de notre ressort de l'interpréter ni de le travailler avec l'enfant, l'orthophoniste a pour rôle de rester sur le plan de la **réalité**.

Le fait de ne pas travailler de façon directe sur le symptôme de l'enfant et par conséquent de ne pas répondre à la demande formulée par les parents peut créer un désaccord et une incompréhension. Il paraît donc nécessaire d'expliquer notre manière de procéder afin que la prise en charge se déroule bien et ne pâtisse pas de conflits entre parents et thérapeute. A cela, ils sont libres d'adhérer ou non.

d - La demande et le désir qui amènent à consulter

Afin que l'enfant se reconnaisse comme un sujet à part entière, son désir est primordial dans la prise en charge. Mais il est important de prendre en considération les différents désirs inconscients et les demandes conscientes de chacune des personnes qui l'entourent, à savoir ses parents, l'école et l'orthophoniste.

La demande des parents est le plus souvent liée à des difficultés scolaires, il leur a été dit que leur enfant était trop lent ou bien qu'il n'arrivait pas à lire, ou de façon plus globale qu'il ne « rentrait pas dans la norme ». Ils demandent donc de l'aide pour leur enfant bien que leurs désirs inconscients soient parfois en totale contradiction avec cette démarche. En effet, pour certains d'entre eux, il leur est difficile de se remettre en question et pour d'autres, c'est une aide plus personnelle qu'ils recherchent.

La demande de l'enfant, elle, n'existe pas véritablement en général, elle est le plus souvent calquée sur celle de l'école et de l'institutrice ou bien sur celle des parents. Le travail thérapeutique va consister à faire émerger le désir profond de l'enfant et à faire en sorte qu'il l'assume.

Plusieurs désirs interagissent donc les uns avec les autres : ceux de l'enfant, ceux des parents mais aussi ceux de l'orthophoniste. Celui-ci doit être capable de prendre du recul par rapport à ses propres désirs. En effet, pour un professionnel qui débute, le désir d'être reconnu socialement mais également de pouvoir aider l'autre qui le demande, peut être présent. Dans ce cas, le professionnel doit mettre de la distance entre ses désirs et ceux de l'enfant.

e – La rencontre des inconscients

La prise en charge de l'enfant par le thérapeute ne peut éviter la rencontre des inconscients des deux partenaires de l'interaction. Cette rencontre engendre des phénomènes tels que le **transfert** et le **contre-transfert**.

Selon le *Dictionnaire d'Orthophonie*, le transfert est défini comme tel : « **En psychanalyse, le transfert correspond au report des sentiments que le patient a éprouvés dans l'enfance à l'égard de ses parents, sur la personne de l'analyste. Ces sentiments, généralement ambivalents, ne sont pas adaptés à la situation thérapeutique réelle, mais sont déterminés par d'anciens conflits de la petite enfance.** »

Le contre-transfert, lui, se définit de la façon suivante : « **C'est l'ensemble des réactions inconscientes, en réponse au transfert de son patient.** »

Ces deux termes proviennent de la psychanalyse. Cependant, l'orthophoniste ne procède pas à une analyse de l'enfant. La P.R.L. ne consiste pas à utiliser ces phénomènes à des fins thérapeutiques mais il est nécessaire que le professionnel parvienne à en prendre conscience. L'enfant va prendre le thérapeute pour quelqu'un d'autre (sa mère, son père, son frère...) et le thérapeute doit être conscient de cet investissement dont il est l'objet. Cependant, il ne doit pas répondre à l'enfant et rentrer dans ce jeu car il est important que

l'affectif ne vienne pas troubler la relation thérapeute patient. C'est là tout l'enjeu du contre-transfert.

La relation entre le thérapeute et son patient peut prendre plusieurs formes. Il est parfois possible que l'enfant effectue un transfert sur le thérapeute en étant agressif avec lui. Il cherche à impliquer le professionnel malgré lui. Il se peut également que l'enfant tente d'entraîner le thérapeute dans un jeu de séduction. L'important est que le professionnel puisse prendre conscience de son implication personnelle dans cette relation. Un enfant peut lui faire ressentir certaines choses : un mal-être, un bien-être, de l'agacement... Ce qu'il doit tenter de comprendre, c'est pourquoi cet enfant a un tel effet sur lui. Ceci peut aider à respecter une certaine distance entre son patient et lui-même et à ne pas mettre en péril la prise en charge.

f – L'inversion des sujets

La P.R.L. s'axe sur ce qui vient de l'autre (de l'enfant, dans ce cas précis) : ses gestes, ses paroles, ses comportements, tout ce qu'il veut partager avec le thérapeute. Le professionnel va donc devoir abandonner son pouvoir pour que l'enfant puisse s'en emparer. Par cet abandon, l'enfant est reconnu comme un sujet qui agit et dont les actions sont respectées et perçues.

L'enfant peut alors s'exprimer sans crainte et créer une relation de confiance avec l'adulte qui devient spectateur de son évolution. Cependant, l'adulte ne permet pas à l'enfant de faire n'importe quoi même si celui-ci reste très libre de ses choix et actes. Il ne devient pas non plus son objet : le thérapeute ne perd pas son statut pour autant mais du fait qu'il reconnaisse l'enfant pour ce qu'il est dans sa globalité, l'enfant reconnaît le thérapeute à son tour. L'enfant devient acteur de sa prise en charge et peut évoluer librement, se révéler sans contrainte.

Ces différents fondements qui viennent d'être abordés dans ce développement s'appuient sur un médiateur particulier : **le jeu**. Lors de la prise en charge, l'orthophoniste va utiliser le jeu afin de rentrer en relation avec l'enfant. Mais pourquoi utiliser des jeux qui ne paraissent pas avoir de rapport avec les mécanismes de lecture alors que l'enfant qui se présente à nous a des difficultés dans ce domaine ?

6) Le jeu en P.R.L.

La prise en charge à orientation P.R.L. est très différente d'une rééducation plus classique comme celle que nous avons pu observer en cabinet libéral. Ici, l'enfant est considéré comme un sujet à part entière qui sait inconsciemment où il en est et qui va donc se diriger tout naturellement vers des activités qui lui correspondent et des supports avec lesquels il pourra s'exprimer sans difficulté. Le jeu étant un élément très présent chez un enfant, il est donc naturel pour lui de se diriger vers ce médiateur qui lui est proposé par l'orthophoniste.

Mais le jeu ne sert pas à faire plaisir à l'enfant, à l'appâter ou à le récompenser d'un travail bien fait. Durant une partie de cartes ou de dominos ou encore de « Qui est-ce ? », il se passe des choses auxquelles le professionnel doit être attentif, il faut qu'il donne du sens au jeu et qu'il ne se laisse pas déborder. L'enfant jouera comme il peut et comme il le veut, le professionnel ne doit pas vouloir ramener à tout prix l'enfant à la norme, il faut le laisser s'exprimer par le jeu même si pour cela il détourne les règles originales. Le principal est que celles-ci soient fixées dès le début avec l'accord des deux joueurs, l'orthophoniste et l'enfant. Une fois fixées, elles ne devront plus changer durant la partie (si l'enfant le demande, elles peuvent changer mais cela doit se discuter avant).

Le professionnel n'est pas là pour jouer avec l'enfant, ses parents ou d'autres enfants en sont tout aussi capables. Il est là pour accompagner l'enfant dans le jeu et ce quelle que soit la situation amenée par l'enfant (jeu de stratégies, écriture, lecture, jeu de rôles...). Notre formation d'orthophoniste nous apporte des connaissances qui nous permettent de ne pas appréhender le fait de jouer comme quelque chose de gratuit et de ludique. On se sert du jeu pour notre travail.

Le jeu est donc un support dont on se sert pour créer une relation avec l'enfant, c'est le côté humain qui est visé. La méthode de travail a été présentée aux parents dès la première rencontre avec l'orthophoniste et ils l'ont acceptée. Une relation de confiance s'est installée entre le professionnel et les parents, il est donc important d'impliquer ces derniers dans le travail afin que cette confiance perdure. Certaines questions peuvent faire surface pendant la prise en charge. L'orthophoniste peut alors accueillir les parents lors d'une séance pour échanger sur ces interrogations.

La méthode P.R.L. vise à aider le patient en l'accompagnant dans la découverte de son désir réel puis dans son évolution. Mais, comme la conception instrumentaliste, elle a ses limites. Quelles sont-elles ?

7) Critique de l'acte P.R.L.

La P.R.L., comme tout courant de pensée a ses détracteurs. Les cognitivistes, par exemple, reprochent aux P.R.Listes de ne pas travailler de façon directe sur les difficultés de l'enfant et de les laisser s'enraciner alors qu'une intervention rapide et ciblée serait, d'après eux, plus efficace. L'orthophoniste P.R.Liste, lui, perçoit les troubles de l'apprentissage de la lecture comme n'importe quel autre symptôme. L'attaquer de front pourrait le renforcer ou le déplacer sans pour autant libérer le patient. Ce travail n'a rien d'une psychanalyse. L'orthophoniste n'a pas pour rôle de se placer au même niveau qu'un psychanalyste mais il se doit de rester **dans la réalité** tout en prenant en compte ce que dit et fait l'enfant.

Le symbolique et le réel sont des champs de travail inévitables pour le professionnel mais l'orthophoniste P.R.Liste se préoccupe du symptôme qui s'inscrit lui-même dans la réalité. La prise en charge se fait donc dans ce champ pour ensuite accéder au symbolique de la lecture.

Il est également reproché aux P.R.Listes le fait de ne pas appliquer de techniques précises alors qu'il en existe tant, basées sur des théories cognitivistes, instrumentalistes... Cependant, les enfants pris en charge par un professionnel qui adopte une attitude P.R.L. évoluent comme d'autres enfants évoluent en suivi au sein d'un cabinet libéral. C'est donc qu'il existe bien un travail sous-jacent et une technique réelle de travail qui peut ne pas être perçue par des personnes non initiées.

Ce qui diffère d'un suivi « classique », c'est que dans ce cas, l'enfant est acteur et sujet de sa rééducation. Il est écouté, respecté, considéré comme une personne pouvant agir, ayant des désirs. Le respect doit être mutuel entre le thérapeute et l'enfant et une relation doit s'établir entre eux deux. Qu'elle se caractérise par un rejet du professionnel ou par une affection débordante vis-à-vis de lui, elle reste une relation qui peut aider l'enfant à évoluer.

Cette technique n'exclut pas les autres techniques utilisées dans les prises en charge de troubles du langage et peut au contraire servir de cadre différent de celui de la rééducation dite « classique ».

C. Chassagny a développé le concept de P.R.L. dans son ouvrage *Pédagogie Relationnelle du Langage* en l'illustrant d'exemples rencontrés tout au long de sa carrière. Mais qu'en est-il de la pratique de cette théorie dans le domaine de l'orthophonie ?

8) La pratique de la P.R.L. dans la prise en charge des troubles d'apprentissage de la lecture

Lors de mon stage au sein du C.M.P.P. auprès de Mme P., j'ai pu découvrir l'utilisation de cette théorie qui m'était totalement inconnue. Je dois reconnaître qu'il est très difficile de se retrouver confronté à une telle pratique lorsque les seules références que l'on peut avoir en termes de prise en charge sont celles enseignées à l'Ecole d'Orthophonie et qui sont d'orientation plutôt cognitive. En effet, il nous est enseigné des protocoles adaptés aux différents troubles que l'on pourra rencontrer durant notre pratique et que nous auront déterminés suite à un bilan composé d'épreuves étalonnées.

Précédemment, nous avons vu que, dès le bilan orthophonique avec l'enfant, la façon de procéder de Mme P. est très différente d'un bilan classique : le parent est présent durant tout l'entretien, l'enfant ne passe pas d'épreuves de bilan de langage... L'orthophoniste va adapter son comportement et sa demande en fonction de l'enfant qui va se présenter à elle, elle oriente donc l'entretien selon ce qu'elle voit de l'enfant, ses paroles, ses gestes...

En ce qui concerne les séances qui vont suivre, elles diffèrent assez peu du bilan lui-même. L'orthophoniste va chercher l'enfant dans la salle d'attente et l'invite à monter dans le bureau. Un contact est ainsi possible avec les parents si ceux-ci désirent poser des questions ou avoir des explications sur la prise en charge de leur enfant et son évolution. Il est nécessaire de faire régulièrement le point avec eux afin qu'ils restent investis dans le travail et que le lien de confiance qui s'est mis en place perdure.

A partir du moment où l'enfant est dans le bureau avec le professionnel, l'espace et le temps lui appartiennent. Il peut ressentir le besoin de partager des moments de sa vie, des événements qui ont eu lieu durant la semaine passée, qui l'ont marqué et dont il a envie de parler... Ces événements peuvent refléter une certaine évolution chez l'enfant, des comportements auparavant supportés peuvent ne plus l'être, des changements d'attitude peuvent apparaître...

Ensuite, une question très simple est posée à l'enfant : « Que faisons-nous aujourd'hui ? ». Mme P. invite ainsi l'enfant à choisir une activité dans laquelle elle s'inclut en utilisant « nous ». Il a donc le choix de l'activité : dessin, jeux de stratégie, de lettres, de mémoire, lecture, écriture... Il va donc se diriger vers ce qui lui correspond le mieux à ce moment là, vers ce dont il a besoin.

Décrire une séance d'orthophonie à orientation P.R.L. de façon générale n'est pas envisageable. Chaque enfant vu en prise en charge est unique et apporte son histoire ainsi que ses difficultés qui lui sont propres. Il serait donc plus judicieux d'analyser quelques cas de patients rencontrés durant cette année de stage afin de pouvoir comprendre comment va procéder l'orthophoniste avec chaque enfant et comment elle va s'adapter à chaque sujet qu'elle rencontre.

En tant que stagiaire en orthophonie, je me dois de respecter le secret professionnel vis-à-vis du patient et de sa famille. C'est pour cette raison que les noms des patients que je citerai par la suite ne seront pas ceux des enfants que j'ai pu suivre, ils ont été modifiés afin de préserver leur anonymat.

- *Mélanie*

Mélanie est une jeune fille de 10 ans lorsque je la rencontre pour la première fois en séance. A cette date, elle est déjà suivie en orthophonie depuis quelques années. Elle est venue en consultation au Centre pour des **problèmes de lecture**, elle fréquente alors le cours préparatoire.

Après le premier entretien avec Mélanie et ses parents, il s'avère que les difficultés d'apprentissage de la lecture ne sont qu'une partie des réels problèmes que rencontre Mélanie au quotidien. L'échec scolaire est plus global, on ressent une **grande pauvreté de la pensée**, elle rencontre des **difficultés d'individuation** et ne parvient pas à se construire une identité propre. Elle n'est pas sujette de son propre désir. Elle rentre parfois dans des états de sidération intenses pendant lesquels le regard est fixe et vide. Au quotidien, ses parents ne la laisse pas sortir de chez elle en dehors du temps scolaire et des activités extrascolaires qu'elle partage avec sa sœur cadette, elle ne découche jamais pour passer la nuit chez des amies. Son père dira même qu' « elle n'a pas d'amie ». Il la rêve « plus posée et plus intellectuelle ».

Mélanie sera donc orientée vers des séances d'orthophonie mais sera également prise en charge en psychothérapie. Le suivi orthophonique au Centre lui aura permis de d'accéder à la lecture en seulement quelques mois. Les progrès ont été rapides et ont permis d'asseoir le lien de confiance entre Mme P. et les parents de Mélanie.

Lors des premières séances auxquelles j'assiste avec Mme P., je me pose tout d'abord en spectatrice pouvant parfois participer aux activités afin de créer une relation triangulaire. Je peux alors observer l'attitude que Mélanie adopte durant le temps qui lui est consacré. C'est elle-même qui définit le contenu des séances : jeu de cartes comme le UNO, dessin, jeux de stratégies comme le « Dix de chute » ou bien « Pièges »... Il est peu fréquent qu'elle choisisse des activités en lien direct avec ses difficultés en lecture. Bien qu'elle sache à présent lire, elle n'atteint pas encore le niveau qui correspondrait à son âge. Cependant, Mme P. suit ses choix sans imposer d'exercices qui pourraient correspondre à un travail proche de celui effectué en classe. « **Pourquoi accéderait-elle plus aisément aux apprentissages avec le même travail et cela à raison de 40 min par semaine plutôt qu'en milieu scolaire où elle passe cinq jours par semaine à temps complet ?** »

Les difficultés de Mélanie sont donc abordées de manière différente, le symptôme n'est pas attaqué de front. Cela pourrait le déplacer et créer d'autres difficultés d'un autre ordre ou bien encore le renforcer. Ici, le mal-être peut provenir d'un dysfonctionnement au niveau de la sphère familiale. Mélanie ne peut pas s'affirmer car elle est surprotégée par ses parents, en particulier son père qui semble culpabiliser du fait de ne pas s'occuper de sa fille aînée autant que de sa fille cadette. En effet, à la naissance de sa petite sœur, Mélanie a été délaissée par son père et prise en charge par sa mère. Cela donne l'impression que chacun des

parents a sa propre fille attirée. Cette culpabilité est inconsciente mais se ressent par l'implication du père dans la prise en charge de sa fille. Il est évident qu'un arrêt de suivi pourrait être plus problématique pour lui que pour sa fille elle-même. C'est pourtant sa volonté que de voir Mélanie aller mieux et arrêter la prise en charge, mais lui-même ne serait plus soutenu : le désir et la volonté s'opposent dans ce cas.

Le travail effectué avec Mélanie est donc basé sur les jeux ou toute autre activité, peu importe, pourvu que la relation puisse s'établir avec l'orthophoniste. Les difficultés sous-jacentes au symptôme, qui sont ici plus d'ordre relationnel au niveau familial, sont traitées. Mélanie est écoutée, respectée en tant que sujet et peut alors s'épanouir ce qui permet des progrès au niveau scolaire.

Après quelques séances dirigées par Mme P., ce fut à mon tour de conduire les séances de Mélanie. Mme P. était toujours présente dans la pièce mais se mettait toujours un peu à l'écart afin de privilégier le travail thérapeute patient entre Mélanie et moi. J'ai donc décidé d'adopter le même type de prise en charge que Mme P. J'ai ainsi pu établir une relation de confiance avec Mélanie et travailler avec elle de façon constructive.

Durant les séances passées avec elle, nous avons essentiellement utilisés des jeux sur lesquels nous avons échangé. Mon but était de comprendre sa façon de procéder, de réfléchir et de l'aider à organiser sa pensée. Lorsqu'elle rencontrait des difficultés dans une partie, je lui posais des questions et lui apportais ainsi un support de réflexion pour qu'elle parvienne au but fixé par le jeu. Puis, au fur et à mesure, j'intervenais de moins en moins et la laissais progresser seule tout en restant attentive à une demande d'aide éventuelle.

De cette façon, j'essayais de l'aider à pouvoir penser par elle-même, ce qu'elle parvenait difficilement à faire. Son temps de concentration sur une partie était assez court au début des séances que je dirigeais puis il s'est amélioré.

Mélanie progresse donc toujours mais présente un retard tel qu'il est pour le moment inenvisageable de lui faire suivre un cursus scolaire général. Mme P. a longtemps discuté avec le père de Mélanie à ce sujet mais, pour lui, compte tenu des progrès très rapides de sa fille en ce qui concerne la lecture, l'orthophonie semble être un « remède miracle ». Il pense donc que sa fille pourrait poursuivre sa scolarité en classe de sixième lors de son entrée au collège.

Mme P. ne ferme pas la porte à cette possibilité car il reste encore un an à Mélanie pour progresser davantage. Mais le retard accumulé jusqu'à maintenant laisse penser qu'elle devra intégrer une classe de SEGPA, ce qui reste impensable pour son père jusqu'à aujourd'hui.

Mélanie est donc venue en consultation pour des troubles en lecture mais ses difficultés se sont révélées bien plus globales et sa problématique liée à l'environnement familial trop protecteur vis-à-vis de l'extérieur. La famille reste centrée sur elle-même alors que Mélanie est à présent une jeune fille qui a des désirs, des envies qu'elle ne peut exprimer librement.

- *Romain*

Romain est un jeune garçon de 10 ans et qui a la **double culture franco-portugaise**. Il est arrivé en France voilà 1 an. Il présente un **retard en lecture et en orthographe** alors qu'il maîtrise à présent la langue française orale. Il est pris en charge en orthophonie depuis 2006.

Romain est un enfant très attaché à sa mère avec qui il vit seul, il s'inquiète en permanence pour elle. En effet, celle-ci est dépressive et a déjà fait des tentatives de suicide. Son fils tente de la protéger, **il n'occupe pas une place d'enfant**, il fait tout pour elle, la prend en charge. Celle-ci reconnaît d'ailleurs que Romain est toujours présent pour elle et qu'elle se repose totalement sur lui. Il vient seul aux séances, accompagné par un taxi car sa mère n'est pas en mesure de le faire (lors d'une hospitalisation volontaire par exemple). Ses difficultés en langage écrit s'expliquent par cette double culture mais également par des préoccupations autres que celles d'un enfant de son âge qui l'empêchent de progresser convenablement sur le plan scolaire. Cependant, on note une adaptation très rapide à la culture française malgré le peu de temps passé en France.

Les premières séances ont, elles aussi, été dirigées par Mme P. afin que je puisse faire connaissance avec Romain et qu'une relation puisse s'établir à trois. Comme tous les enfants pris en charge par cette orthophoniste, il choisit lui-même le contenu de la séance. En ce qui le concerne, son choix se porte essentiellement sur des jeux. Durant les parties, on ressent nettement sa volonté de faire les choses à notre place. Par exemple, lors d'une partie de dés, il les ramasse systématiquement pour les donner au joueur suivant bien que ce ne soit pas à son

tour de jouer. Mme P. lui fait la remarque à plusieurs reprises, que l'on peut prendre les dés nous-mêmes mais cela n'a pas d'effet, il continue à le faire à notre place.

Lorsqu'il m'a été donné de diriger les séances, il a continué à choisir des jeux comme il le faisait auparavant. A plusieurs reprises, j'ai pu remarquer que cette attitude était permanente, quel que soit l'adulte que Romain avait en face de lui. Ainsi, lors d'une partie de scrabble qu'il a remportée, il conclut en me disant : « C'est normal que tu aies perdu, tu ne savais pas jouer » alors que je lui avais simplement dit que je n'avais jamais joué à cette version du jeu qui était un scrabble junior, donc beaucoup plus simple que le jeu classique. Un autre enfant n'aurait certainement pas réagi de cette façon en m'exposant les raisons de ma défaite qui me mettent hors de cause. Cette réflexion laisse ressentir que ce n'est pas de ma faute.

Une autre fois, lors d'une partie de mastermind junior, je devais deviner les couleurs des voitures qu'il avait placées en face de lui. Voyant que je n'y parvenais pas, il a tenté de m'expliquer comment j'aurais dû procéder logiquement. Ses explications étaient confuses et ne m'ont pas permis de réviser mon jugement sur la partie. Sa réaction ne fut pas étonnante : il a essayé de trouver d'autres mots pour se faire comprendre, il avait l'air décontenancé, ne sachant plus comment s'y prendre pour me faire comprendre comment je devais procéder. Il a tout fait pour m'aider mais n'y est pas parvenu (comme pour sa mère).

Il lui est également arrivé de choisir un autre jeu destiné à des enfants beaucoup plus jeunes. Je ne connaissais pas ce jeu et lui ai donc demandé de m'en expliquer les règles puisque lui y avait déjà joué avant. Ses explications étaient là aussi confuses et j'ai alors senti qu'il inversait les rôles. J'avais la sensation d'être un enfant face à lui qui tentait de me faire comprendre les règles de ce jeu. Il prenait cette place d'adulte, me demandant régulièrement si je comprenais, que c'était très simple, qu'il ne fallait pas que je m'inquiète si je ne saisisais pas immédiatement, que cela se préciserait en jouant....

Toutes ces situations montrent à quel point Romain ne parvient pas à se situer en tant qu'enfant et à créer une distance entre l'adulte et lui. Le travail effectué avec lui consistait donc à le replacer dans le rôle qui devrait être le sien et à l'aider à avoir des préoccupations d'un enfant de son âge en le dégageant de sa responsabilité vis-à-vis de sa mère. Il pourra alors progresser au niveau scolaire.

- *Thomas*

Lorsque je rencontre Thomas pour la première fois, il est âgé de 7 ans. Ce garçon est venu au Centre pour des **difficultés en lecture et en orthographe**. C'est un garçon éveillé, curieux et qui montre une très bonne capacité à analyser et à synthétiser. Cependant, il doute beaucoup de lui, ne se fait pas confiance et se compare sans cesse à son frère aîné qui est très brillant, notamment du point de vue de sa scolarité. Après le premier entretien d'accueil, Thomas a été orienté vers une prise en charge P.R.L.

Ce qui m'a frappée durant les séances de Thomas, c'est que son choix ne se portait jamais sur des jeux mais toujours sur le dessin. Cette activité lui permettait de discuter avec nous de ce qu'il avait fait dans la semaine, ce qui l'avait marqué... et une personne revenait toujours dans l'échange : son frère aîné. Il parlait notamment de figurines pour jeu de rôles qui avaient différents pouvoirs, et bien sûr, son frère avait toujours les plus forts, ce qui marquait d'autant plus sa supériorité. Aussi, pour son anniversaire, il ne pouvait pas avoir les jouets qu'il demandait car ils étaient destinés aux plus grands. Son frère, lui, pouvait les obtenir compte tenu de son âge...

Pendant les séances que j'ai été amenée à diriger, Thomas dessinait et ce qu'il représentait était le plus souvent très violent. Des militaires qui attaquent leurs ennemis, des personnages fictifs qui se battent entre eux... Les détails avaient beaucoup d'importance pour lui, il prenait le temps d'expliquer chaque dessin fait, chaque personnage ajouté. Mais cela se terminait toujours dans une mare de sang.

Ce qui était très positif, c'est que Thomas contenait beaucoup de violence à l'intérieur de lui mais qu'il mettait à profit ses séances pour l'évacuer en utilisant le **symbolique**. Le travail fait avec Thomas s'axait plus spécifiquement sur la rivalité qui existait entre lui et son frère et non directement sur ses difficultés en lecture et en orthographe. Il était vif d'esprit, réfléchissait énormément et les jeux de stratégie qu'il choisissait quelque fois lui posaient peu de problème. Pourtant, il doutait énormément de ses capacités.

La prise en charge consistait donc à le revaloriser et à le réconcilier avec l'image qu'il avait de lui-même dans un premier temps, puis, plus tard, avec la lecture. C'est également dans cette optique que Mme P. a proposé à la mère de Thomas de rencontrer un psychologue

du Centre afin de passer des tests. Les résultats furent excellents, seule une épreuve fut chutée, celle du codage dans laquelle il faut faire confiance à sa mémoire pour ne pas avoir à revérifier les correspondances à chaque fois. Mais ces excellents résultats restent quelque chose d'objectif sur quoi Thomas peut s'appuyer pour prendre conscience de ses capacités et de son intelligence.

Ces différentes prises en charge illustrent la spécificité de la P.R.L. dans le travail orthophonique. Chaque enfant est accepté en tant que sujet à part entière, avec ses désirs, ses envies, ses difficultés et son symptôme. Le but est de l'accompagner dans sa demande et de le réconcilier avec la scolarité. La prise en charge ne vise pas à satisfaire la demande des parents ou de l'instituteur à tout prix mais à permettre à l'enfant de s'épanouir en l'écoutant et en le respectant. Les progrès scolaires, tant attendus par les parents le plus souvent, viendront ensuite.

9) Réflexion sur la pratique de la P.R.L. en orthophonie

Lorsque j'ai assisté pour la première fois à une séance d'orthophonie dirigée par Mme P., j'ai été très surprise. J'avais déjà effectué des stages en cabinet libéral et dans différents centres lors de mes deuxième et troisième années d'études mais jamais je n'avais vu une telle façon de travailler. C'était très déroutant.

Comme je l'ai dit précédemment, dans la pratique de la P.R.L., il faut maîtriser les techniques de prise en charge des troubles de la lecture pour pouvoir les laisser de côté et travailler plus précisément sur le relationnel. Or, lorsque l'on est encore étudiante, il est parfois difficile de ne pas utiliser les techniques apprises lors de la formation car c'est là tout ce que l'on connaît.

Le cadre est beaucoup plus large, les séances ne sont pas préparées à l'avance (l'enfant est acteur de sa prise en charge), il faut savoir s'adapter face aux réactions, aux comportements, aux attentes et aux demandes de l'autre. On ne peut pas prévoir ce qui va se

passer, on ne peut pas généraliser les attitudes et les difficultés, et leur appliquer des réponses sans prendre en compte l'individu.

Pour ma part, il fut difficile de me familiariser avec cette pratique. Mais encadrée par Mme P. et grâce aux échanges avec d'autres orthophonistes travaillant de la même façon, j'ai pu comprendre le but et les fondements de la P.R.L et me suis sentie peu à peu beaucoup plus à l'aise lors des séances. Les enfants l'ont ressenti eux aussi et un lien de confiance et de respect mutuel s'est installé entre nous. La prise en charge a le plus souvent été bénéfique pour eux mais également pour moi. Cela m'a permis d'envisager les troubles sous un autre angle et non pas simplement comme le résultat de déficits instrumentaux.

Cela peut être déstabilisant au début de travailler de cette façon et de laisser l'enfant évoluer en séance, de devoir justifier une telle façon de travailler face aux parents, eux qui attendent que le professionnel utilise une technique appropriée et non que l'on joue avec leur enfant pendant toute la séance.

Certains n'approuvent pas ce genre de prise en charge et se tournent vers un autre professionnel qui correspondra mieux à leurs attentes. D'autres approuvent lorsqu'ils en parlent mais agissent pourtant de manière contradictoire : je pense notamment à un enfant dont le père avait déjà fait une démarche pour son enfant auprès d'une orthophoniste en cabinet libéral. La prise en charge n'avait rien donné, d'après lui. Puis, il s'est présenté au Centre où son enfant a été pris en charge par Mme P. et il a progressé rapidement. Mais face à ces progrès, le père a évoqué la possibilité de retourner voir une orthophoniste en cabinet libéral. Pourquoi se tourner à nouveau vers une technique qui ne lui avait pas convenue alors que celle-ci lui permet de progresser ? Le père de cet enfant désirait-il réellement que son enfant progresse ? Ne voulait-il pas le garder petit ? Son histoire personnelle pouvait nous le faire penser.

Conclusion

Tout au long de ce développement, j'ai pu étudier les différentes théories et concepts qui sous-tendent les pratiques de l'orthophonie actuelle, et plus particulièrement la conception cognitive et instrumentaliste ainsi que la conception affective, plus inspirée par la psychanalyse.

Mes expériences d'observation et de pratique lors des stages m'ont permis d'acquérir une vision plus large de ce que l'on appelle la dyslexie ou plus largement des troubles de l'apprentissage de la lecture. Avant cette quatrième année, j'avais une idée précise de la prise en charge à mettre en place, du fait de ma formation. Celle-ci était exclusivement cognitive. Mais le stage en C.M.P.P. m'a fait découvrir une approche plus générale de ce trouble, traité comme symptôme.

Cependant, même si ces pratiques peuvent sembler totalement différentes, elles ont cependant des points communs. Elles mettent en situation l'enfant dans le but de l'aider à améliorer sa lecture tout en développant sa réflexion et sa capacité de raisonnement. Elles lui offrent également un cadre qui lui est entièrement consacré et une relation privilégiée avec le professionnel qui le prend en charge, quelle que soit son orientation. L'orthophoniste a la possibilité de se tourner vers plusieurs disciplines pour appuyer sa pratique.

Ce travail personnel a donc ouvert les possibilités qui s'offrent à ma future pratique et a élargi ma vision quant à la prise en charge de ces troubles. La pratique à orientation cognitive s'appuie sur des techniques et des outils précis qui peuvent sembler rassurants lorsque l'on débute sa carrière. Cependant, avec la théorie de la P.R.L., la prise en compte des troubles de la lecture en tant que symptôme correspond davantage à mes convictions personnelles. Ce travail implique une confiance totale en l'enfant qui vient en consultation. Lui seul sait ce dont il a besoin alors que l'orthophoniste P.R.L. l'ignore. Notre travail consiste à l'accompagner et à laisser une part plus grande au sujet qu'au trouble lui-même. Cette pratique nécessite, à mon sens, une certaine souplesse dans la prise en charge, une confiance en l'autre et en soi-même ainsi qu'une maturité acquise avec l'expérience.

L'enfant est un sujet avec son vécu, son histoire et il me semble difficile de ne pas prendre en considération son environnement familial, social et scolaire afin de pouvoir cerner ses difficultés et ce qu'il veut nous dire à travers elle. Les troubles du langage oral en tant que symptôme ont donc énormément de choses à nous dire, nous, thérapeute du langage.

Bibliographie

Ouvrages

- AIMARD Paul, *L'enfant et son langage*, Editions SIMEP, 1982
- AJURIAGUERRA J., MARCELLI D., *Psychopathologie de l'enfant*, Editions MASSON, 1982
- BETTELHEIM Bruno, ZELAN Karen, *La lecture et l'enfant*, Editions Robert Laffont, 1983
- BRIN Frédérique, COURRIER Catherine, LEDERLE Emmanuelle, MASY Véronique, *Dictionnaire d'orthophonie*, Ortho éditions, 2004
- CHASSAGNY Claude, *Pédagogie relationnelle du langage*, Editions PUF, 1977
- CHEMINAL R., BRUN V., *Les dyslexies*, Editions MASSON, 2002
- CHEVRIE MULLER Claude, NARBONA Juan, *Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques*, Editions MASSON, 1996
- DUBOIS Geneviève, *L'enfant et son thérapeute du langage*, Editions MASSON, 2001
- FIJALKOW Jacques, *Mauvais lecteurs, pourquoi ?*, Editions PUF, 1996
- FREUD Sigmund, *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Editions Payot, 1948
- MAZET Philippe, STOLERU Serge, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Développement et interactions précoces*, Editions MASSON, 2003

- VAN HOUT Anne, ESTIENNE Françoise, *Les dyslexies : Décrire, évaluer, expliquer, traiter*, Editions MASSON, 2001

Mémoires d'Orthophonie

- BOURNIGAULT Laurent, *La diversité des prises en charge de la dyslexie en orthophonie*, Année universitaire 1994/1995
- GADE ROY Elodie et MOREAU Marie, *Ce qui se joue dans le jeu...*, Année universitaire 2003/2004
- STADLER-ROBILLARD Solène, *Carence relationnelle, langage et parole chez le jeune enfant*, Année universitaire 1999/2000

Résumé

Les troubles de l'apprentissage de la lecture ont fait et font encore l'objet de multiples recherches. Différentes théories existent sur ce sujet, ce qui implique des pratiques orthophoniques variées.

Ce mémoire traite plus particulièrement de deux d'entre elles : une première à orientation cognitive et instrumentale appliquée en cabinet libéral et la deuxième à orientation plus générale par l'utilisation de la P.R.L. en Centre-Médico-Psychopédagogique. Les observations et les prises en charge effectuées durant cette quatrième année de stage ont permis de mettre en parallèle ces approches : points communs, différences...

Deux orientations à l'origine de deux pratiques différentes pour un même trouble, le but de ce mémoire est de tenter de comprendre pourquoi il existe une telle diversité des prises en charge orthophoniques.

Mots clés :

- Enfant
- Troubles d'apprentissage de la lecture
- Instrumentalisme
- Pédagogie Relationnelle du Langage
- Orthophonie