

Université de Nantes

Unité de formation et de recherche - « Médecine et Techniques Médicales »

Année Universitaire 2011-2012

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

Présenté par Marielle BILLAUD

Née le 11-09-1989

**La position de l'orthophoniste en situation
de prendre en charge des frères et sœurs
présentant une déficience intellectuelle
d'étiologie soupçonnée environnementale.**

Président du jury: Monsieur Jean-Claude QUENTEL, Psychologue
Clinicien, Professeur à l'Université de Rennes 2
(Département de Sciences du Langage)

Directeur du mémoire: Monsieur Jean-Yves CEILLIER, Psychanalyste
Intervenant à l'école d'orthophonie de Nantes

Membre du jury: Madame Claire VIGNE-LEBON, Orthophoniste,
Intervenante à l'école d'orthophonie de Nantes

“ 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.....	8
I-La déficience intellectuelle.....	12
1.1 Évolution de la terminologie.....	12
1.2 Définitions et systèmes de classifications.....	13
a) Rappel historique.....	13
b) Actuellement, d'un point de vue international.....	15
c) L'usage en France.....	16
1.3 L'impossibilité d'une scolarisation « normale »	20
a) Rappel historique sur la scolarisation adaptée.....	20
b) L'orientation scolaire des enfants présentant une déficience intellectuelle légère en 2012..	21
1.4 Les étiologies des déficiences intellectuelles.....	23
a) Évolution de la perception des étiologies des déficiences intellectuelles.....	23
b) La classification actuelle des étiologies des déficiences intellectuelles.....	25
II- Fratrie, Famille, Parentalité.....	28
2.1 Le concept de fratrie.....	28
a) Pour une première approche de la fratrie : étymologie et champs sémantiques concernés..	28
b) Quelle méthodologie pour une approche pluridisciplinaire de la fratrie?.....	30
c) Le lexique spécifique qualifiant la fratrie.....	31
d) Les travaux initiaux sur la fratrie.....	32
e) La fratrie sous l'angle psychanalytique.....	33
f) Socio-anthropologie et fratrie.....	39
g) L'histoire comme témoin de singularités fraternelles.....	41

h) La fratrie dans la loi.....	46
2.2 Les rapports entre famille et société.....	48
a) Y a-t-il des formes relationnelles familiales typiques dans la société française ?.....	48
b) Hypothèses sur la rupture familles-institutions.....	50
c) La perception de chacun dans l'attribution des rôles et des attentes.....	53
2.3 L'intervention institutionnelle en cas de « parentalité défaillante »	64
a) Ce que recouvre la parentalité.....	64
b) La parentalité entravée : cause ou conséquence du handicap de l'enfant ?.....	71
III- Le positionnement thérapeutique.....	81
3.1 Apport des parties I et II.....	81
a) Concernant la déficience intellectuelle.....	81
b) Concernant le système familial dans lequel s'inscrivent les frères et sœurs.....	82
3.2 Généralités sur le positionnement thérapeutique.....	83
a) Positionnement, posture, une définition ?.....	83
b) Une éthique dans le positionnement orthophonique ?.....	84
c) Considérations possibles des troubles	85
d) Il s'agit d'une rencontre, d'une relation à l'autre.....	86
e) Il s'agit d'un retour sur soi.....	89
3.3 L'approche familiale systémique : imprégnation.....	90
IV - Récapitulatif des contenus des dossiers des enfants des fratries de l'I.E.A. ,	
et analyse en regard de la théorie.....	96
4. 1 Fratrie 1 : Bastien et Mélina C.....	96
4. 2 Fratrie 2 : Jimmy et David L.....	112
4.3 Fratrie 3 : Carine et Amélie M.....	126

4.4 Fratrie 4 : Gillian, Bruno et Emeric R.....	142
V - Entretiens semi-dirigés avec les référents des familles.....	163
5.1 Les questions (et sous-questions éventuelles):.....	163
5.2 Référent 1:.....	164
5.3 Référent 2.....	170
VI – Questionnaire à l'une des orthophonistes de l'I.E.A.....	181
VII - Commentaires.....	185
VIII - Réponses au questionnaire en ligne.....	188
7.1 Présentation du questionnaire.....	188
Questionnaire aux orthophonistes.....	188
7.2 Transcription des réponses.....	192
7.3 Analyse des réponses.....	236
Conclusion	245
Bibliographie.....	250
Annexe : extraits du projet institutionnel de l'I.E.A du Bondon.....	253

PARTIE THEORIQUE

Introduction

Ce questionnement au sujet des fratries a débuté lors d'un stage en S.S.E.S.A.D. (Service de Soins et d'Éducation Spéciale à Domicile). Nous avons relevé, avec l'appui de l'orthophoniste et de l'équipe pluridisciplinaire, que la prise en charge de fratries était un phénomène très récurrent. Notamment dans le domaine de la déficience intellectuelle. Dans le cas du S.S.E.S.A.D., chaque fratrie suivie avait une histoire spécifique: carences sociales et éducatives, enfants tous adoptés... etc. Ainsi, la problématique d'un enfant était souvent mise en lien avec celle de ses frères et sœurs, et le tout relié au fonctionnement parental et familial.

De nombreuses interrogations ont alors fait surface: concernant l'étiologie environnementale de certaines déficiences intellectuelles légères, mais aussi à propos des notions de «fratrie» et de «dynamique familiale», et enfin au sujet de l'influence de ces facteurs sur la prise en charge des enfants en orthophonie.

Force est de constater que les sujets suivants amènent les orthophonistes à débattre:

- Faut-il accepter ou refuser de prendre en charge des frères et sœurs dans un cabinet libéral? Pour quelles raisons?
- Que faire de la demande des parents et de leurs projections sur l'enfant en séance, notamment dans le cas d'une déficience intellectuelle d'étiologie inconnue ou environnementale?
- Est-il important d'avoir des détails sur la famille et la fratrie d'un enfant pour une prise en charge efficace? Cela amène-t-il à plus de compréhension ou à un manque de neutralité, envers la problématique de l'enfant et de sa famille?

Le point de vue de l'orthophoniste exerçant en libéral définira son postulat vis-à-vis de ces questions. Mais qu'en est-il pour les orthophonistes travaillant dans un établissement spécialisé, se voyant alors obligés d'accepter la prise en charge de plusieurs enfants d'une fratrie?

Pour initier un mémoire sur ce sujet, il fallait réunir les paramètres suivants, déjà rencontrés dans le cadre du S.S.E.S.A.D.:

- prise en charge de plusieurs enfants d'une fratrie dans un même centre de soin
- enfants présentant tous une déficience intellectuelle légère
- pouvoir obtenir des informations sur la pratique orthophonique dans ce centre.

L'I.E.A. Du Bondon de Vannes (Institut d'Éducation Adaptée) répondait aux critères cités ci-dessus. Nous constaterons que les enfants des quatre fratries étudiées présentent une déficience intellectuelle légère ou moyenne, dont l'étiologie semble être au moins partiellement environnementale. C'est un critère qui spécifie le travail effectué dans ce mémoire.

En effet, la question de départ étant essentiellement portée sur les fratries, toutes les fratries dont les enfants présentaient une déficience intellectuelle ont été sélectionnées. Il s'est avéré que les quatre fratries en question incluaient le critère « étiologie environnementale potentielle ». La trajectoire du mémoire a donc été précisée pour finalement étudier la superposition de ces deux spécificités que sont l'appartenance à une fratrie, et être porteur de troubles qui semblent être causés par des carences affectives et/ou éducatives et sociales.

Nous nous baserons ainsi sur la population « fratrie » de l'I.E.A, en formulant le problème ainsi:

Quelles positions adoptées par l'orthophoniste en situation de prendre en charge des frères et sœurs présentant une déficience intellectuelle légère, avec facteurs étiologiques environnementaux ?

Présentation de quatre fratries suivies à l'I.E.A du Bondon de Vannes, discussion avec les référents des familles et témoignages d'orthophonistes.

Dans la partie théorique, nous envisagerons tout d'abord la vaste notion de déficience intellectuelle. Ceci tant sous l'angle de la construction historique du concept que sous celui des diverses positions actuelles. Puis nous aborderons le concept de « fratrie », tout en faisant des liens avec celui de « parentalité ». Enfin, nous traiterons le sujet du positionnement du thérapeute envers les enfants, la famille et l'équipe pluridisciplinaire.

Dans la partie pratique, nous commencerons par présenter quatre fratries dont au moins deux des enfants ont été suivis à l'I.E.A du Bondon, à travers le contenu des dossiers confidentiels de suivi des enfants. Cette étude de dossier permettra de comprendre les prises en charge effectuées dans l'établissement. Elle illustrera aussi le lien supposé entre déficience intellectuelle et facteurs environnementaux.

Un entretien dirigé avec les référents des quatre fratries permettra de cerner le rôle qu'a un établissement de ce type à travailler en lien avec les familles.

Ceci nous amènera à envisager le positionnement de l'orthophoniste versus celui du référent famille, à travers un questionnaire proposé à plusieurs orthophonistes ayant été en situation de suivre des fratries. Le questionnaire ayant également pour but de récolter un « panel clinique de situations », utile pour ne pas se restreindre au fonctionnement spécifique de l'I.E.A. Ainsi, nous pourrions observer les doutes, les surprises de ces professionnels, mais aussi ce qui leur semble naturel dans la prise en charge de ces enfants.

Dans ce mémoire, nous nous positionnerons du côté des professionnels du centre. Le point de vue des enfants, bien qu'intéressant, est malheureusement trop difficile à obtenir. Ceci en raison des troubles de parole, mais aussi en raison des difficultés d'abstraction et de représentation qui touchent les concepts de « famille » et de « fratrie ». L'angoisse provoquée par la situation d'entretien et la trace écrite sur sa famille peut aussi biaiser les dires de l'enfant qui, n'ayant pas créé une relation de confiance suffisante avec l'adulte, se contentera d'une réponse vague ou socialement acceptable.

En outre, pour interroger l'enfant, un accord parental s'avère nécessaire. Or les parents concernés peuvent se montrer réfractaires à toute étude concernant leur situation, souvent compliquée. Certains sont même injoignables de par leur statut (déchéance du droit de visite mais conservation de l'autorité parentale par exemple). Pour les mêmes raisons, il est impossible d'obtenir l'opinion de tous les parents et autres membres de la fratrie non-déficients.

Finalement, le positionnement du professionnel est celui qui nous intéresse le plus, puisque c'est celui de l'orthophoniste.

Les hypothèses sur lesquelles nous essaierons de statuer sont les suivantes:

- Lorsque des frères et sœurs présentent une déficience intellectuelle d'étiologie non génétique, alors on peut interroger le fonctionnement familial.
- Lorsque l'étiologie de la déficience intellectuelle d'un enfant semble être environnementale, alors il y a de fortes chances pour que les autres membres de la fratrie présentent eux aussi une déficience intellectuelle.
- Un fonctionnement familial déficitaire ou pathologique se ressent tant dans la relation parents-enfant que dans les relations fraternelles: le lien fraternel est le reflet de la dynamique familiale.
- Le positionnement thérapeutique est sujet à des représentations personnelles et institutionnelles.

Précisions au lecteur :

Au cours de ce développement théorique, de nombreuses citations, parfois longues, viendront étayer les propos soutenus. Il s'agit d'utiliser les signifiants choisis par l'auteur d'origine, ceci dans un souci d'objectivité, et de placer ces signifiants au cœur d'une réflexion qui est elle subjective.

Le choix rédactionnel a été de sélectionner une vingtaine de sources et de les « compiler » dans cette partie. Ainsi, les notes de bas de page nommeront à chaque fois l'auteur et l'ouvrage, malgré un effet redondant, pour un meilleur repérage dans les citations.

I-La déficience intellectuelle

1.1 Évolution de la terminologie

Édouard Séguin (1812-1880), personnage majeur de l'éducation spécialisée, distinguait les « idiots » (présentant une déficience sévère) des « imbéciles » (présentant une déficience plus légère).¹

Dans les années 1880, ce n'est pas le déficit intellectuel mais les aspects moraux qui déterminent si l'enfant est déclaré « arriéré » ou non: est-ce qu'il dérange en classe? On cible alors par ce terme les enfants qui présentent une « déviance scolaire ». ²

Bourneville, médecin aliéniste nommé à l'hospice de Bicêtre en 1879, énumérera ainsi les expressions utilisées: « Au point de vue clinique, la plupart des auteurs reconnaissent les variétés suivantes: idiotie profonde, idiotie simple, imbécillité prononcée, imbécillité simple (fatuité, niaiserie, etc.) ou arriération intellectuelle, ou encore débilité mentale. » ³

A la même époque, Binet et Simon, connus pour avoir proposé les premières évaluations de l'intelligence, assurent leur « souci de préserver l'ordre social, face aux dangers que représenteraient les indisciplinés scolaires ». Il est là encore question de conformité des élèves au système scolaire. L'amalgame entre idiotie, imbécillité et comportement déviant est prégnant. Ces enfants appartenaient alors à la catégorie des « anormaux », puis des « inadaptés » à partir de la seconde guerre mondiale et enfin des « handicapés » depuis la loi de 1975. ⁴

La terminologie de la déficience intellectuelle trouve ainsi sa source dans divers courants que sont les domaines éducatif et scolaire (Séguin), psychométrie (Binet-Simon) et psychiatrique (Bourneville). On peut y voir d'une part l'intérêt médical, et d'autre part l'idée de gêne sociale, d'anormalité .

1 GARCIN Nathalie, sous la direction de TASSE Marc J. et MORIN Diane, Chapitre 1: Les définitions et les systèmes de classification, p. 7-11 *La déficience intellectuelle*. Boucherville, Québec – Canada, Gaëtan Morin Éditeur, 2003, I-433.

2 GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère, une construction idéologique*, CNRS éditions, Paris 2001.

3 Ibid

4 PLAISANCE Éric, en préface de GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère, une construction idéologique*, CNRS éditions, Paris 2001.

À l'heure actuelle, les expressions « retard mental » et « déficience intellectuelle » sont admises de façon internationale, à l'exception de la Belgique où l'on utilise le terme « handicap mental », et de l'Angleterre où l'on emploie l'expression « learning disabilities » soit « trouble des apprentissages ».

Pourtant moins péjoratifs, ces termes restent socialement connotés. Ainsi, aux États-Unis, le mouvement People First (Des Personnes D'Abord, au Québec) revendique l'appellation « people » (« personnes ») et l'utilisation de guillemets pour encadrer toute expression décrivant la déficience de ces personnes. Ce mouvement ayant une certaine ampleur, la Library of Congress a changé les rubriques bibliographiques de ses collections en remplaçant par « people with handicaps » le terme « handicapped », d'après Kuhagen (2002) ⁵

Au vu de ces évolutions, nous utiliserons principalement l'expression « enfant présentant une déficience intellectuelle ».

1.2 Définitions et systèmes de classifications

a) Rappel historique

Les classifications ont été établies progressivement à partir de l'observation des troubles. Dans l'absolu, il s'est toujours agi de proposer des termes génériques et des sous-ordonnés. C'est au milieu du XVIII^e siècle que sont rédigées les premières classifications de maladies:

- la Nosologia Methodica par François Bossier de Lacroix (1706-1777)
- la Genera morborum par Linnaeus (1707-1778)
- la classification Synopsis Nosologiae Methodica par William Cullen (1710-1790). ⁶

Ces hommes, médecins et/ou naturalistes avaient pour objectif de décrire et répertorier toute la diversité du vivant

⁵ TASSE Marc J. et MORIN Diane, *La déficience intellectuelle*. Boucherville, Québec – Canada, Gaëtan Morin Éditeur, 2003

⁶ <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>, History of the development of the ICD, site officiel international de l'OMS

En ce qui concerne plus précisément la déficience intellectuelle, c'est à la fin du XIXe siècle que s'affine l'œil clinique par des études spécifiques: « M. Royer approfondit la perversion des instincts cependant que H. Thulié investigate le thème du vagabondage et que Roubinovitch dissèque les enfants difficiles » ⁷

Parallèlement, on fait la distinction entre « les anormaux d'asile » qui portent des marques physiques et comportementales suffisantes pour être internés, et « les anormaux d'école » repérés plus tard par les enseignants en raison de capacités scolaires réduites. Dans une perspective de classification descriptive, les « anormaux d'asiles » seront scrupuleusement étudiés par les médecins et l'on en tirera des tableaux cliniques variés tels que l'idiotie hydrocéphalique, microcéphalique, traumatique... etc. ⁸

En 1866, le Docteur L. Down isole des « Mongols type », soit le syndrome de Down ou trisomie 21, et déclare qu'il s'agit d'une lésion mentale congénitale. Séguin l'avait lui-même décrite et l'avait nommée « crétinisme fufuracé » ⁹

Il s'agira des premières sous-classifications. Elles s'appuient donc sur la médecine uniquement: sur la psychiatrie (M. Royer, H. Thulié, Roubinovitch et autres) et sur la clinique (Down, Séguin et autres).

Pour justifier l'utilisation d'une terminologie générale (arriération ou imbécillité), il est alors important de définir le point commun entre tous les enfants nommés par ces termes. En 1899, Bourneville déclarera que les enfants arriérés sont « en retard sur leurs condisciples » ou « en arrière de leurs camarades ». Puis en 1909, A. Binet affirme que « Tout retard d'intelligence égal à deux ans constitue une présomption extrêmement grave d'arriération ». ¹⁰

Ce retard est mesuré grâce au Q.I. (Quotient Intellectuel, avec les tests Binet-Simon, où sont comparés âge réel et « âge mental »).

Enfin, en 1943: « Mademoiselle Inhelder [ayant travaillé en collaboration avec Piaget, NDLR] définissait la débilité comme une notion de construction opératoire inachevée.

- l'idiot ne dépasse pas les compositions sensori-motrices antérieures au langage
- l'imbécile est capable de pensée intuitive
- le débile n'atteindrait donc jamais le niveau de la pensée formelle. » ¹¹

⁷ GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère, une construction idéologique*, 2001

⁸ Ibid

⁹ VAGINAY Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2005, pp 28-29

¹⁰ GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère, une construction idéologique*, 2001

¹¹ BILLARD Marie-Françoise, JEANTOT Claire, DARCHEN Christine sous la direction des Docteurs BERNARD G. et NEDELEC, *L'enfant arriéré affectif et son langage*, Mémoire d'orthophonie, Nantes, année universitaire 1972-1973.

Il s'agit ainsi des premières grandes catégories classificatoires avec tentative de définition des termes génériques. Ces termes s'appuient sur les domaines psychométrique (Binet, Simon), psychiatrique (Bourneville), et sur le courant piagétien (Inhelder constructivisme stadiste de la pensée de l'enfant). Nous retrouvons l'aspect médical, auquel s'ajoute la psychologie du développement de l'enfant.

b) Actuellement, d'un point de vue international

De nos jours, il n'y a toujours pas de consensus quant aux systèmes de classification et à la définition des troubles. Les grands domaines grâce auxquels le concept de déficience intellectuelle a été envisagé n'ont pas pu nous permettre d'aboutir à une description unanime de ce handicap. Nous allons présenter les classifications et définitions les plus utilisées.

Une définition universelle de la déficience intellectuelle s'inscrivant dans une classification unique devrait permettre « d'organiser les connaissances acquises dans le domaine et aider à cibler les besoins de recherches futures, ainsi qu'à soutenir les personnes qui reçoivent un tel diagnostic en aidant les cliniciens et les pourvoyeurs de soins qui s'en occupent à discerner les besoins de ces personnes .» [Zigler et al. 1984] ¹² Cela signifie-t-il que les connaissances au sujet du retard mental sont insuffisantes ou contradictoires?

Voici les classifications d'ordre international existantes:

- celle de l'AAMR (*American Association of Mental Retardation*) par Luckasson et autres, 2002)
- celle du DSM IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ème édition révisée) proposée par l'A.P.A. (American Psychiatric Association), 2000
- celle de la CIM-10 (*Classification Internationale des Maladies*, 10ème révision, 1992-1996) proposée par l'OMS soit Organisation Mondiale de la Santé

Les trois organismes cités précédemment s'accordent sur les trois critères diagnostiques suivants:

- une limitation du fonctionnement intellectuel
- une limitation des comportements ou habiletés adaptatifs/ves
- la présence de ces limitations avant l'âge adulte.

12 TASSE Marc J. et MORIN Diane, *La déficience intellectuelle*, 2003

c) L'usage en France

En France, l'enfant dit « déficient intellectuel » est avant tout considéré comme porteur d'un handicap. L'étymologie de ce mot est anglaise (« hand in cap ») et représente un jeu de hasard, avec l'idée de désavantager certains concurrents en accentuant leur charge.¹³ Le handicap serait donc un désavantage.

Selon Dreano¹⁴, qui s'appuie sur la C.I.H. (Classification Internationale du Handicap proposée par l'O.M.S.), le handicap peut effectivement relever du désavantage, qui découle de la déficience et/ou de l'incapacité.

La déficience est l'altération d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. L'incapacité est la réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir un acte du quotidien. Enfin, le désavantage est la conséquence de la déficience ou de l'incapacité; il limite l'exercice des rôles sociaux.

Ainsi, il nommera neuf types de déficiences, dont celles qui nous intéressent:

- déficience intellectuelle
- autres déficiences du psychisme
- déficience du langage et de la parole
- déficience des fonctions générales, sensibles et autres déficiences

Il répertoriera neuf types d'incapacités et huit catégories de désavantages, dont le désavantage d'intégration sociale.¹⁵

Denis Vaginay explicitera les propos de Dreano : « Par exemple, une déficience intellectuelle entraîne des troubles de l'apprentissage et des comportements inadaptés (incapacités) qui réduisent l'intégration sociale (handicap). »¹⁶

C'est la reconnaissance du handicap auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) qui permet d'obtenir des aménagement et des compensations spécifiques. Voici ce que la loi du 11 février 2005 stipule:

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne, en raison d'une

13 VAGINAY Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2005, p 35

14 DREANO 2009, *Guide de l'éducation spécialisée 4ème édition*, repris par TELLIER Alice, 2011

15 TELLIER Alice sous la direction de VIGNE-LEBON Claire, Chapitre I: La déficience intellectuelle, *Déficience intellectuelle et littérature jeunesse ou l'impact du mode de présentation sur la compréhension de la narration*. Mémoire d'orthophonie, UFR médecine et techniques médicales de Nantes, année universitaire 2010/2011.

16 VAGINAY Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2005, p 38

altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant. »¹⁷

La définition de la déficience intellectuelle utilisée en France est officiellement celle de la CIM-10, cependant c'est bien la définition du « Retard Mental » du DSM-IV étayée des critères de la CIM-10 que les professionnels utilisent pour poser un diagnostic:

« A. Fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne: niveau de QI d'environ 70 ou au-dessous, mesuré par un test de QI passé de façon individuelle (pour les enfants très jeunes, on se fonde sur un jugement clinique de fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne).

B. Déficits concomitants ou altérations du fonctionnement adaptatif actuel (c'est-à-dire la capacité du sujet à se conformer aux normes escomptées à son âge et dans son milieu culturel) concernant au moins deux des secteurs suivants: communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité.

C. Début avant l'âge de 18 ans. »¹⁸

S'y ajoutent les distinctions suivantes « en fonction du degré de sévérité, reflétant le niveau de déficit intellectuel »:

« Retard mental léger: niveau de QI de 50-55 à 70 environ

Retard mental moyen: niveau de QI de 35-40 à 50-55 environ

Retard mental grave: niveau de QI de 20-25 à 35-40

Retard mental profond: niveau de QI inférieur à 20-25

Retard mental, sévérité non spécifiée: lorsqu'il existe une forte présomption de Retard mental mais que l'intelligence du sujet ne peut être mesurée par des tests standardisés. »¹⁹

Sont classés dans d'autres catégories les troubles des apprentissages, des habiletés motrices, de la communication, les troubles envahissants du développement, le déficit de l'attention et le comportement perturbateur... Ainsi, le critère principal de la déficience intellectuelle ne serait pas les difficultés scolaires (troubles des apprentissages), ni un comportement perturbateur, mais bien une certaine « rigidité mentale », une difficulté à « faire autrement », nommée par les expressions

17 Loi n°2005-102 du 11 février 2005 - art. 2 (M) JORF 12 février 2005 , <http://www.legifrance.gouv.fr>, site officiel de la législation française.

18 American Psychiatric Association. MINI DSM-IV-TR. Critères diagnostiques (Washington DC, 2000), Masson Paris 2004. Pages 52 et 53.

19 Ibid

« limitation des comportements ou habiletés adaptatifs/ves ».

Nous remarquerons pourtant que les enfants présentés dans ce mémoire ont, pour la plupart, des troubles associés à la déficience intellectuelle.

Pour R. Misès (1994), il existe des « formes diversifiées de déficiences dysharmoniques:

- déficiences dysharmoniques incluant des ouvertures de type névrotique
- déficiences dysharmoniques avec dominante des composantes archaïques
- les déficiences à versant dépressif
- déficiences dysharmoniques à versant psychopathique
- déficiences dysharmoniques avec prévalence des troubles instrumentaux »²⁰

Le Q.I. peut être mesuré à l'aide des tests Stanford-Binet et Terman-Merrill. Mais le plus souvent ce sont le WPPSI-III soit Weschler Preschool and Primary Scale of Intelligence troisième édition (pour les enfants de 2 ans 11 mois à 6 ans) et le WISC-III ou désormais le WISC-IV soit Weschler Intelligence Scale for Children (pour les enfants de 6 à 16 ans) qui sont utilisés par les psychologues.

Le WPPSI-III et le WISC-IV mesurent, au niveau verbal, la compréhension et facultativement l'expression. Ils mesurent aussi le raisonnement perceptif, la vitesse de traitement et enfin la mémoire de travail à partir de 6 ans avec une épreuve facultative d'arithmétique.

Si elle a pour avantage de mettre les résultats de l'enfant en rapport à la norme et de poser un diagnostic, la mesure du Q.I. présente aussi des inconvénients. Le diagnostic est en effet fixe, alors que les productions de l'enfant sont variables selon la situation de passation, la personnalité de l'examineur, la sensibilité du sujet au stress et à la compréhension de la situation de test. Qui plus est, le Q.I. est quantitatif et non qualitatif. Les potentialités et la marge de progression de l'enfant ne sont pas révélées, les capacités sociales ou d'adaptation à l'environnement non plus. Ces dernières peuvent cependant être étudiées cliniquement ou en situation écologique. Des épreuves de personnalité, dont des épreuves projectives (Rorschach, Thematic Apperception Test de Murray ...) peuvent venir compléter l'évaluation. Notons que la mesure du Q.I. s'inscrit dans une optique neuropsychologique, alors que les tests projectifs relèvent plus de la psychologie clinique.

²⁰ BOURDIER Caroline, *L'orthophoniste en libéral et l'accompagnement parental, le cas de l'enfant présentant un retard mental d'étiologie inconnue*, sous la direction de QUENTEL J-C, mémoire d'orthophonie, 2006, reprenant R. MISES, *Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant*. Collection la vie de l'enfant, ESF éditeur, 1994.

Désormais, on estime entre 1 et 3% le nombre de personnes ayant un QI inférieur à 70, et le sexe-ratio serait de 1,6 garçon pour une fille. [Baroff, 1982] ²¹

Cependant, pour Maud Mannoni, psychanalyste : « un Q.I., inférieur ou supérieur n'a pas tellement d'importance en soi, ce qui compte, c'est ce que l'enfant fait de son Q.I., ce à quoi lui sert son intelligence. »²²

Pour Denis Vaginay, psychanalyste également, si l'on n'arrive pas à avoir une définition stable de la déficience intellectuelle, c'est parce qu'on emploie uniquement des termes objectifs, pour obtenir une définition « politiquement correcte ». Si l'on introduisait du subjectif, alors les termes employés (amenant les notions de compassion, rejet, victimisation, moralisation... etc.) pourraient devenir péjoratifs ou froissants. Il affirme : « Finalement, dans notre société, on pourrait définir les déficients intellectuels comme ceux qui se retrouvent dans les structures que cette société a imaginées pour eux. »²³

Il ajoutera: « Les prises en charge s'effectuent en fonction d'une notion de frontière : l'enfant, pour une raison ou pour une autre, ne trouve pas de réponse satisfaisante dans le milieu traditionnel. À partir de ce moment-là, il va falloir lui trouver une réponse plus adaptée, ce qui nécessitera une évaluation de son état et de ses besoins qui permettra de déterminer une orientation. L'ensemble de cette démarche qui paraît efficace et légitime s'inscrit toujours dans un projet social et informel sur l'attente du groupe à l'égard de ses déviants. »²⁴

Ainsi selon lui, l'orientation de l'enfant est à la fois fonction de ses besoins et réponse à l'effet de norme sociale.

21 TASSE Marc J. et MORIN Diane, *La déficience intellectuelle*. Boucherville, 2003 et TELLIER Alice, *Déficience intellectuelle et littérature jeunesse ou l'impact du mode de présentation sur la compréhension de la narration*., année universitaire 2010/2011.

22 BILLARD Marie-Françoise, JEANTOT Claire, DARCHEN Christine, *L'enfant arriéré affectif et son langage*, année universitaire 1972-1973.

23 VAGINAY Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2005 p 43

24 Ibid p 68

1.3 L'impossibilité d'une scolarisation « normale »

a) Rappel historique sur la scolarisation adaptée

C'est en 1882 qu'est publiée la loi sur l'obligation de l'enseignement primaire. Avec la généralisation de la scolarisation, les professeurs découvrent un nouveau public d'enfants, qui présentent des difficultés en classe, soit d'apprentissage, soit comportementales. Les enseignants réclament alors des classes spécialisées. La loi de 1909 validera la création des classes d'adaptation.

Bourneville (non seulement aliéniste mais également député du V^e arrondissement de Paris en tant que radical de gauche) se bat pour l'obtention de classes spécialisées, dans puis en dehors de l'asile, pour les enfants « idiots et dégénérés ». L'Instruction Publique lui refusant les fonds nécessaires à la création de ces classes et ne pouvant faire face à la saturation des services à Bicêtre, Bourneville va instaurer le « dépistage » dans les écoles. Ceci impose l'idée qu'il y a des « idiots » dans l'école et que c'est à l'école que doivent se trouver les solutions. Les enseignants ont alors le devoir de « repérer des idiots ». ²⁵

C'est à cette époque que la notion de « norme » est instaurée et les enfants « les moins bien doués » sont déclarés idiots. Ce principe sera repris par Alfred Binet, psychopédagogue, qui cherchera à modifier le fonctionnement de l'école pour les enfants dépistés. ²⁶

En 1919, les darwinistes (dont s'inspirent les aliénistes) parlent de « sélection humaine » pour créer un « pur sang humain ». L'idée est d'amener la race humaine à son plus haut niveau de capacités intellectuelles. C'est dans cet esprit que G.L. Duprat déclarera en 1899 que ne pas venir en aide aux enfants idiots, imbéciles ou faibles d'esprit, c'est s'exposer « à abaisser, par une régression continue, le niveau intellectuel de la race » ²⁷

Ces enfants seront donc relégués dans des « classes de fous / d'anormaux » d'abord dans un quartier asilaire austère de Bicêtre. Puis grâce à l'intervention de Bourneville, dans un quartier spécialisé plus esthétique et accueillant, où l'on prône la curabilité de l'idiotie. De là découle l'insertion de ces classes dans le système scolaire, par la « libération » et « l'autonomisation de l'enfant idiot » jusqu'alors considéré comme une « non-valeur sociale absolue » pour la société,

25 GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère, une construction idéologique*, 2001

26 Ibid

27 Ibid

voire une gêne. De la part des médecins, on note aussi le souhait d'une médicalisation en dehors de l'hôpital et du retour des enfants dans leur famille, afin de désengorger les asiles et responsabiliser les parents.²⁸

Les classes adaptées sont donc demandées par les asilaires dans l'optique de moins s'occuper d'enfants qui pourraient être intégrés dans un circuit plus ordinaire. La création de ce circuit spécial est soutenue par les enseignants, qui souhaitent écarter des classes les enfants qui sortent de la norme, soit en raison d'un défaut d'efficacité intellectuelle, soit à cause d'un comportement inadapté. Ces classes servent donc à intégrer socialement des enfants auparavant internés, et à exclure d'autres enfants scolarisés qui dérangent.

Plus tard, en 1950, on trouve une trop grande hétérogénéité de profils d'enfants en classe de perfectionnement. Suite à ce constat, seront créés les écoles nationales de perfectionnement, les centres médico-psycho-pédagogiques (C.M.P.P) et les instituts médico-pédagogiques (I.M.P).²⁹ On oriente alors l'enfant selon les troubles qui prédominent chez lui : les C.M.P.P sont pour ceux qui ont principalement des troubles du comportement ou une évolution hétérogène, les I.M.P sont pour les enfants présentant une déficience homogène sans troubles importants du comportement, et enfin les classes de perfectionnement sont pour les enfants dont l'intégration scolaire est possible avec un rythme d'apprentissage plus lent.

b) L'orientation scolaire des enfants présentant une déficience intellectuelle légère en 2012

Actuellement, nous pouvons orienter les enfants présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne dans les centres que nous allons citer:

- Le SESSAD (ou parfois SSESAD): Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile, destiné aux enfants qui présentent une déficience intellectuelle légère ou moyenne, ou pour des enfants dits « inadaptés » à l'intégration scolaire. À savoir que le terme « domicile » signifie plutôt « lieu de scolarisation ». Les intervenants peuvent être orthophoniste, psychomotricien, éducateur... La prise en charge au SESSAD peut donc compléter une orientation CLIS ou ULIS. Un SESSAD peut accueillir des enfants très jeunes, avant même l'entrée en maternelle, dans le cas de déficiences syndromiques notamment (Trisomie 21, Rubinstein Taybi... etc.) Il s'agit d'accompagner les enfants avant et pendant leur intégration

28 GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère, une construction idéologique*, 2001

29 PLAISANCE Éric, en préface de GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère, une construction idéologique*, 2001

scolaire.

- Les CLIS: Classe d'Intégration Scolaire. Plusieurs types de CLIS existent, la CLIS de type I accueille des enfants présentant une déficience intellectuelle ou des troubles des fonctions cognitives (CLIS TFC-DI). Elle est destinée à des enfants en âge d'être à l'école primaire, pouvant suivre au moins à temps partiels un rythme et une intégration scolaire, ayant une autonomie certaine et une capacité à entrer dans des apprentissages de type scolaires. L'orientation en CLIS se base sur la nomenclature de l'OMS. Ainsi, un enfant ayant des troubles du comportement trop prégnants ne sera pas orienté en CLIS, mais en Hôpital de Jour, en Centre Médico-Pédagogique ou Médico-Psycho-Pédagogique, ou encore en ITEP par exemple.
- L'IME: Institut Médico-Educatif. Il a vocation à accueillir les enfants qui nécessitent un soutien plus adapté que ne peuvent en apporter la CLIS et l'ULIS, malgré un suivi SESSAD et l'accompagnement d'une AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire). Par exemple parce que l'enfant est toujours trop en mal être à l'école en raison d'une immaturité affective ou d'un sentiment d'insécurité trop fort. Le but étant le même: faire en sorte que l'enfant acquière des compétences sociales et scolaires suffisantes pour une insertion en société possible une fois adulte. Généralement, les enfants orientés en IME ont un QIT inférieur à 50 et leur orientation relève d'un accord par la MDPH. Le handicap doit donc être objectivé et reconnu. Peuvent être accueillis les enfants à partir de sept ans et, dans beaucoup d'IME, jusqu'à 18 ans. Dans une même région, on trouve souvent plusieurs IME, chacun recevant un public différent : certains centres seront destinés à des déficiences plus légères et d'autres prendront en charge des personnes présentant une déficience plus profonde (de type IME Papillons Blancs).
- L'ULIS: Unité Localisée pour l'Intégration Scolaire. Suite de la CLIS au collège, il s'agit d'ULIS de type I soit des ULIS TFC-DI. Les enfants orientés en ULIS doivent être capables de suivre des apprentissages scolaires de niveau cycle 2 et d'avoir un comportement social adapté au collège.
- La SEGPA: Section Générale d'Enseignement Général et Professionnel Adapté. Également en intégration dans un collège, l'unité SEGPA est à visée plus professionnelle, pour des enfants ayant des difficultés scolaires graves et durables, ne présentant pas spécifiquement une déficience intellectuelle. L'orientation en SEGPA est demandée par les parents, approuvée par la commission départementale et l'inspecteur d'académie. Enfin le dossier de l'enfant est examiné par les enseignants et membres de l'équipe pédagogique de la SEGPA.

- L'ImPro: l'ImPro s'adresse aux jeunes (à partir de 14 ans en général), qui ont été pris en charge en IME ou IEA, pour leur proposer des apprentissages de leur âge, dans une but de professionnalisation. Cependant, tout comme pour les IME, différents ImPro existent. Certains aboutiront à des emplois aidés voire des emplois normaux. D'autres ne laisseront pas d'autre issue aux jeunes que se diriger vers un foyer de vie (pour les plus déficients).
- L'IEA: Institut d'Éducation Adaptée. (ANNEXE)

1.4 Les étiologies des déficiences intellectuelles

a) Évolution de la perception des étiologies des déficiences intellectuelles

À la fin du XIXe siècle, il est généralement admis que l'hérédité détermine l'évolution humaine et domine la biologie, ceci dans une optique darwiniste (époque du darwinisme social selon Denis Vaginay, 2005³⁰).

C'est ainsi que l'alcoolisme, la syphilis et d'autres « habitudes nocives » sont considérés comme l'étiologie principale de l'arriération mentale. Gateaux-Mennecier déclarera à ce sujet: « Bien qu'ils admettent les dégénérescences acquises, les aliénistes considèrent, assez largement, l'hérédité comme facteur prépondérant dans l'apparition de toute déviation organique ou psychique; une affection ayant envahi l'organisme peut ainsi se transmettre dans sa forme et amener des déficiences de même nature et des arrêts de développement »³¹

De même en 1874, V. Magnan, aliéniste, affirmera à propos de l'absinthisme que: « Le poison s'attaque non seulement à l'individu, mais son action s'exerce puissamment sur sa descendance, si bien que l'alcoolisme devient le pourvoyeur le plus actif des hôpitaux et des asiles et que, véritable péril social, il finira, si on n'y porte remède, par entraîner la dégradation intellectuelle, physique et morale de la race. »³²

Pour J. Roubinovitch en 1910, l'alcoolisme est un fléau qui décime la France, détermine la « dégénérescence qui peuple les asiles d'aliénés », les prisons et les dépôts de mendicité. La procréation par des syphilitiques est la cause du grand nombre de morts-nés, de débiles, d'idiots et de paralytiques juvéniles « qui sont autant de fruits pourris poussés sur l'arbre de la généalogie de la

30 VAGINAY Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2005 p 24

31 GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère, une construction idéologique*, 2001

32 Ibid

grande avarie ».³³

L'arriération mentale serait alors les conséquences d'un mode de vie dépravé et n'atteindrait que les classes sociales les plus basses.

Denis Vaginay reprend l'idée qu'à cette époque, la dégénérescence est jugée provoquée soit par un agent héréditaire, soit par une mauvaise conduite.³⁴

La classe bourgeoise décidera de pallier ce « péril social »³⁵ par l'hygiénisation et l'instruction des parents plutôt que par la prise en charge des enfants déficients, avec castration des asilaires. Pour Magnan et Legrain, 1895, « le dégénéré est un danger social, danger immédiat et danger futur, en ce sens qu'il reproduit un dégénéré, c'est-à-dire une non-valeur et par suite un nouvel être dangereux ».³⁶

Pour Thulié en 1900: « ... mais qu'on les empêche de se reproduire. Et il n'y a qu'un moyen: la castration! ».³⁷ Décrite sans douleur et sans danger si elle est pratiquée à un âge où l'enfant n'y connaît rien encore, la castration des arriérés devient alors le moyen le plus répandu pour éliminer l'étiologie de la déficience. On remarque que l'on passe de l'étude des signes physiques et psychiques au stigmat social. L'imaginaire médical et ses projections sur la pauvreté prend le pas sur l'objectivisme.

Malgré tout cela, il y a toujours de nombreux enfants idiots et imbéciles. Les théories de Bourneville sont alors accueillies avec plus de crédibilité. Ce dernier nuance les opinions des aliénistes. Il est partagé entre les mouvances spiritualiste (les déficiences intellectuelles sont liées à une perturbation de l'âme) et matérialiste (une manifestation de déficience correspond à une modification dans la zone correspondante de l'organe de la pensée) qui est donc organiciste.³⁸

Plus tard, Bruno Castets proposera deux catégories d'arriérations selon une conception structurale:

- les arriérations mentales instrumentales d'origine organique, pour la très faible minorité des cas
- les arriérations mentales structurales, qui seraient un trouble précoce et important de l'organisation fonctionnelle et de la relation de l'enfant au monde. Soit un trouble de la structure psychologique, avec une incompréhension plus ou moins grande du monde.³⁹

33 GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère, une construction idéologique*, 2001

34 VAGINAY Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2005 p 25

35 GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère, une construction idéologique*, 2001

36 Ibid

37 Ibid

38 Ibid

39 BILLARD M-F., JEANTOT C., DARCHEN C., *L'enfant arriéré affectif et son langage*, année universitaire 1972-1973

b) La classification actuelle des étiologies des déficiences intellectuelles

Désormais, on s'accorde sur un retard à la norme, considéré comme étant handicapant. La déficience intellectuelle revêt donc un caractère polymorphe: ce retard à la norme est relié à nombreuses pathologies et étiologies.

En tout état de fait, 30% des déficiences intellectuelles sont aujourd'hui d'étiologie inconnue. (Morrisson, 1995)⁴⁰

Nous allons nous appuyer sur la classification des étiologies proposée par Tassé et Morin (2003), reprise par Tellier (2011):

1- les désordres génétiques (5% des cas, Morrisson)

Il s'agit de pathologies héréditaires telles que l'X Fragile, se transmettant à l'enfant par l'intermédiaire d'un gène récessif ou dominant.

2- les désordres chromosomiques

Il s'agit d'altérations chromosomiques telles qu'une micro-délétion ou une duplication. Elles ne sont pas héréditaires mais se produisent lors de l'organisation des chromosomes au sein du caryotype.

Nous avons parmi les exemples les plus connus la Trisomie 21, le syndrome de Prader-Willy, le syndrome d'Angelman.

3- les causes biologiques-organiques

Elles se répartissent en causes prénatales, périnatales ou postnatales.

Dans les causes biologiques-organiques prénatales, on retrouve les maladies contractées par la mère, entre autres pendant les trois premiers mois de la grossesse.

Pour les causes périnatales, il s'agit des complications à l'accouchement: par exemple l'exposition à des toxines, un traumatisme physique de l'accouchement, une asphyxie du bébé.

Enfin, en ce qui concerne les causes postnatales, ce sont la plupart du temps une infection survenant chez le jeune enfant (encéphalite, méningite) ou bien un traumatisme crânien, ou encore une chute.

4- les causes environnementales

Pour Tassé-Morin (2001) ce sont « des facteurs que les parents peuvent contrôler »: nutrition,

⁴⁰ TASSE Marc J. et MORIN Diane, *La déficience intellectuelle*. Boucherville, 2003 et TELLIER Alice, *Déficience intellectuelle et littérature jeunesse ou l'impact du mode de présentation sur la compréhension de la narration.*, année universitaire 2010/2011.

stimulation physique et sensorielle, « sécurité physique et psychologique » de l'enfant.⁴¹

Caroline Bourdier reprendra ceci en donnant pour exemple la négligence, la maltraitance, la consommation de drogues illicites et d'alcool pendant la grossesse. Elle ajoutera: « les facteurs environnementaux reliés à la pauvreté sont associés à un grand nombre de cas de déficience intellectuelle. La mise en évidence de ces facteurs socio-affectifs est plus difficilement vérifiée et vérifiable. »⁴²

D'un point de vue psychanalytique, Winnicot propose les « besoins du moi » que René Roussillon définira comme suit: « tout ce qui est nécessaire au moi, à un moment donné, dans une conjoncture et un contexte donnés, pour qu'il puisse faire son travail de métabolisation de ses expériences subjectives ». ⁴³

La non-réponse aux « besoins du moi » pourrait entraîner des troubles, dont éventuellement une déficience intellectuelle qui aurait valeur de symptôme. Ces besoins sont entre autres celui d'être porté (holding), nourri, de recevoir des soins corporels adaptés, d'être communicant et communiqué par les interactions précoces mère-enfant, etc.

Les études menées en périnatalité ont bien objectivé ce type d'étiologies.

Caroline Bourdier s'appuie également sur les théories psychanalytiques de Pierre Bruno et Maud Mannoni pour faire le lien entre névrose parentale et retard mental: « L'enfant, par sa déficience, vient combler chez la mère un manque fondamental; il est le symptôme de la névrose parentale. La déficience serait donc la conséquence de cette névrose. La déficience mentale s'organiserait dans le maintien d'un lien aliénant et perversissant [...] »⁴⁴

Selon une approche plus cognitive, le manque de stimulation de l'enfant amène un manque de manipulation mentale, d'élaboration de la pensée, de construction des concepts. L'homogénéité de ce manque pourrait être appelé « déficience intellectuelle », en rapport avec un QI déficitaire en comparaison de la norme.

41 TASSE Marc J. et MORIN Diane, *La déficience intellectuelle*. Boucherville, 2003 et TELLIER Alice, *Déficience intellectuelle et littérature jeunesse ou l'impact du mode de présentation sur la compréhension de la narration.*, année universitaire 2010/2011.

42 BOURDIER Caroline, *L'orthophoniste en libéral et l'accompagnement parental, le cas de l'enfant présentant un retard mental d'étiologie inconnue*, année universitaire 2005-2006

43 René ROUSSILLON, sous la direction de J. Furtos, Chapitre 5: Le besoin de sécurité, *Les cliniques de la précarité, Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2008

44 BOURDIER Caroline, *L'orthophoniste en libéral et l'accompagnement parental, le cas de l'enfant présentant un retard mental d'étiologie inconnue*, année universitaire 2005-2006

En termes socio-anthropologiques, un état de précarité

- sociale (relations sociales quasi inexistantes ou pathologiques, exclusion par le chômage...)
- physique (manque d'accès aux soins)
- pécuniaire (difficultés à subvenir financièrement à ses besoins, consommation inadaptée...)
- culturelle (aucune activité culturelle, culture stigmatisée amenant à l'exclusion...)

pourrait amener une précarité intellectuelle.

Enfin, suite à plusieurs discussions avec des orthophonistes, l'idée très globale qu'un « manque d'amour parental » peut être en lien avec certains états psychotiques (de « manque de structuration interne ») et qu'un manque de « stimulations cognitives et de langage » (« parler le monde ») peut être en lien avec une déficience intellectuelle, revient souvent.

Cependant, ces relations de cause à conséquence ne sont pas une règle. Des enfants peu stimulés ou vivant dans un milieu précaire peuvent se développer sans retard à la norme. C'est bien là que l'étiologie environnementale interroge.

Pour synthétiser cette partie sur la déficience intellectuelle, nous pouvons constater que ce concept n'a pas de définition unanime. Il peut trouver sa source et des explications dans des courants très divers et même cliniquement, les troubles des enfants ne sont pas vraiment les mêmes.

On y trouve aussi beaucoup de connotations sociales, implicites, gommées par une terminologie scientifique et objective.

Les étiologies de la déficience intellectuelle sont nombreuses et parfois floues (dans le cas de l'étiologie environnementale ou dans les cas où elle est inconnue).

On retiendra ainsi l'hétérogénéité et la multifactorialité du retard mental.

Finalement, la déficience intellectuelle se base sur un accord quant au symptôme majeur de l'enfant: être en retard par rapport à la norme d'au moins deux ans. Ceci étayé de l'intuition du professionnel selon laquelle des soins pourraient être bénéfiques à l'enfant.

II- Fratrie, Famille, Parentalité

Lorsque l'orthophoniste reçoit des enfants qui sont frères et/ou sœurs, on peut se demander si l'on a affaire avant tout à un groupe familial représenté par plusieurs individus ou si l'on rencontre plusieurs personnes ayant un fort dénominateur commun : le groupe familial, voire le patronyme. Quels sont les liens suggérés par la notion de fratrie? Qu'implique le fait d'appartenir à la même famille, d'être issu de l'union des mêmes parents? Et bien sûr à l'inverse, quelle place occupe l'individualité de chacun des membres dans la fratrie? Avant d'évoquer l'idée de troubles communs qui amènent à orienter des frères et sœurs chez l'orthophoniste ou en centre de soin, faisons le point sur les connaissances et les différentes approches possibles de l'entité fratrie.

2.1 Le concept de fratrie

a) Pour une première approche de la fratrie : étymologie et champs sémantiques concernés

Regardons tout d'abord l'origine du mot « fratrie » pour le situer dans l'histoire et dans la langue. Monique Buisson nous renseigne à ce sujet : « D'un point de vue sémantique, le terme « fratrie » apparaît très récemment dans les dictionnaires, le Petit Robert situe son apparition aux alentours de 1970, mais son étymologie recèle de nombreuses ambiguïtés. En effet, le terme « phratrie » est quant à lui apparu en 1842 et dérive des termes grecs *Phratia* et *Phrater* désignant un groupe d'hommes liés par un ancêtre commun. Pour désigner la consanguinité, les grecs utilisaient le terme *adelphos* signifiant issu de la même matrice. Le sens étymologique du terme « fratrie » vient du latin *frater* qui est porteur d'une ambiguïté sémantique puisqu'il regroupe les acceptations des deux termes grecs *phratia* et *adelphos* portant ainsi le double sens des liens affinitaires ou d'alliance et des liens consanguins. En considérant la fratrie comme « l'ensemble des frères et sœurs d'une même famille », le Petit Robert tente d'éloigner le sens symbolique du terme *frater* que l'on trouve dans celui de « fraternité » et de le référer exclusivement au domaine de la

démographie, voire du patrimoine génétique. »⁴⁵

Nous pouvons ajouter à cela l'ambiguïté de sexe puisque le terme fratrie désigne tant les frères que les sœurs.

Si nous reprenons l'adjectif « adelphique », il caractérise la relation entre enfants issus des mêmes parents selon Monique Buisson. En revanche, pour Martine Yvernault le terme est tout autant source d'interprétation :

« En grec *adelphos* signifie « jumeau, frère », et renvoie, dans bien des domaines autres que la sphère familiale, à l'union, la réunion d'éléments ayant la même fonction ou appartenant à la même espèce (la flore, par exemple).

Ainsi, partant de définitions quelque peu figées, cependant toujours utiles, on peut ouvrir un vaste champ interprétatif et considérer que les adjectifs « adelphique » et « fraternel » impliquent en premier le couple biologique formé par deux frères, ou bien les liens entre plusieurs frères. À partir de cette présentation liminaire, on peut ensuite articuler d'autres problématiques :

le couple, l'affection, l'amour, la complémentarité, mais aussi le conflit, l'antithèse, la haine, la dissension, le fratricide. La parenté interroge les notions de gémellité, de double et de specularité, le croisement, l'hybridité, la déchirure ou au contraire, la réunion. Bien souvent, la problématique de la fraternité recourt à la métaphore textile en parlant de fils, de liens de tissage, de trame, de déchirure.

Il s'agit donc d'un thème polysémique et universel, imageant des réalités sociales et historiques, des hiérarchies ancrées dans le droit. »⁴⁶

Didier Lett tentera de retracer l'histoire des frères et sœurs et sera confronté à ce problème qui est précisément de situer la fratrie : « Depuis le début des années 1960, les historiens, s'appuyant d'abord sur les démographes puis sur les anthropologues, ont intégré l'enfance, la famille et la parenté à leurs objets d'étude. L'accent a d'abord été mis sur les structures de parenté; les relations parents-enfants, accouchement, maternité, autorité paternelle, éducation et les liens conjugaux. Parmi ces travaux, force est de constater que les frères et les sœurs apparaissent comme les négligés du roman familial. Cet « oubli » s'observe également dans les autres secteurs des sciences sociales.»⁴⁷

45 BUISSON Monique, Chapitre 1: Des problèmes méthodologiques, *La fratrie, creuset des paradoxes*, l'Harmattan, Paris, 2003, collection Logiques Sociales, page 20

46 YVERNAULT Martine, Introduction, *Frères et sœurs: les liens adelphiques dans l'Occident antique et médiéval*, Actes du colloque de Limoges, 21 et 22 septembre 2006, Brepols Publishers n.v., Turnhout, Belgium, 2007, page 5

47 LETT Didier, *Histoire des frères et soeurs*, éd de la Martinière, Paris, 2004, page 8

Ceci nous amène à penser la fratrie comme un vaste domaine, à étudier sous un aspect forcément pluridimensionnel. Le manque de références se fait sentir : il faut aller chercher la fratrie dans tous les domaines environnants pour pouvoir baliser le concept. Monique Buisson illustrera quant à elle ce manque en citant Odile Bourguignon : « Quelle que soit la discipline relative aux sciences de l'homme et de la société, les auteurs s'accordent pour reconnaître la fratrie comme « un élément silencieux dans notre culture ».⁴⁸

b) Quelle méthodologie pour une approche pluridisciplinaire de la fratrie?

Monique Buisson a relevé avec pertinence toutes les failles que l'on rencontre lorsqu'on veut étudier les fratries selon un point de vue sociologique. Elle citera tour à tour plusieurs auteurs pour justifier un regard pluridisciplinaire :

« Desplanques note que les principales hypothèses qui rendent compte de l'influence de la fratrie sont à la frontière entre le psychologique et le sociologique, ce qui, selon lui, « explique que cette variable ait été longtemps laissée dans l'ombre, au profit des facteurs géographiques ou socioculturels. La sociologie, dont l'objet est global, et la psychologie qui, en France, s'est surtout attachée aux comportements pathologiques, ne font pas très bon ménage ; la démographie, qui se sent plus d'affinités avec la première, a peu investigué les relations à l'intérieur de la famille, champ traditionnellement dévolu aux psychologues » [...]

« Il semble que si le lien fraternel peut sans doute constituer un mode d'approche d'une grande richesse clinique puisqu'il est porteur de représentations multiples susceptibles d'engendrer des affects contrastés, et inscrits dans une réalité pluridimensionnelle (psychique, biologique, culturelle, juridique), son usage s'accompagne de difficultés méthodologiques que renvoient à la nécessité suivante: intégrer l'analyse de situations individuelles dans un système – la fratrie – qui est autre chose que leur addition » (Navelet, 1999) [...]

« La fratrie est une sorte de creuset des relations sociales, la construction du lien social devient une des composantes de l'analyse du lien fraternel tant « le social et le psychologique sont deux scènes, à la fois autonomes et interdépendantes sur lesquelles se jouent les destinées humaines » (De Gaujelac, 2000) [...]

« Or « l'individu » ne devient pas facilement un objet sociologique. En France, la « sociologie classique » s'est constituée contre la psychologie et sa focalisation sur l'individu » (Dubar, 2000) [...] Matrice de construction de l'identité, la fratrie conduit à en dévoiler l'entrelacement des deux

48 BUISSON Monique, *La fratrie, creuset des paradoxes*, 2003, page 14

facettes: identité sociale et identité personnelle »⁴⁹

Si nous suivons son cheminement, nous pouvons premièrement scinder psychologie et socio-anthropologie de la fratrie, les étudier séparément, pour finalement suggérer des liens entre ces deux domaines. Nous pouvons aussi envisager la fratrie sous l'angle historique et démographique.

La démographie ne nous intéresse pas outre mesure, quantifier des données n'étant pas notre préoccupation. Nous cherchons plutôt à qualifier. Pour cela il faut nommer. Une fois le champ lexical des relations fraternelles et les premières études a-théoriques de découverte de la fratrie présentés, nous pourrions découvrir l'apport psychanalytique, puis l'apport socio-anthropologique. Enfin, nous constaterons que l'histoire met surtout en exergue des cas particuliers de fratries. Elle vient, par ses tableaux ou sa littérature, signaler du singulier.

c) Le lexique spécifique qualifiant la fratrie

Revenons dès maintenant sur l'ambiguïté de sexe du terme « fratrie » qui désigne à la fois un ensemble de garçons, ou un ensemble de filles, ou encore un ensemble mixte. Didier Lett présente le problème ainsi : « quand il s'agit d'un groupe de germains composé uniquement de sœurs, les mots manquent. [...] en suivant l'exemple de Jacques Maître, nous emploierons celui de « sororie » pour évoquer le groupe ne comprenant que des sœurs. »⁵⁰

Quant à nous, dans ce mémoire, nous emploierons les deux termes « fratrie » et « sororie » pour une fratrie de filles, par souci de commodité.

Le membre d'une fratrie peut être, certes, qualifié par son genre (masculin ou féminin) mais aussi par sa position, son rang de naissance. Ainsi un enfant seul sera « enfant unique », un enfant ayant le même rang qu'un autre sera « jumeau » ou « jumelle », un premier né sera « aîné(e) », un(e) second(e) sera « cadet(te) » et un(e) dernier(e) né(e) sera « benjamin(e) ». Comme le signale Didier Lett, l'emploi d'un de ces termes pour désigner un enfant lui octroie « un statut déterminant au sein de la fratrie et parfois dans la société ».⁵¹ Cette terminologie est donc à usage tant personnel que social.

49 BUISSON Monique, *La fratrie, creuset des paradoxes*, 2003, pp 35-36-37

50 LETT Didier, *Histoire des frères et sœurs*, 2004, p 60

51 Ibid p 10

Le lien unissant les frères et sœurs peut, lui, être « utérin », de nature « adoptive », ou « issu de famille recomposée ». Auquel cas, les enfants entre eux peuvent être « des germains, des demi-sœurs ou des demi-frères utérins [de même mère], des demi-sœurs ou des demi-frères consanguins [de même père]. Mais ils peuvent encore être des « quasi-frères » ou des « quasi-sœurs », sans aucun lien de sang, lorsqu'un homme déjà père, prend pour compagne une femme, ayant elle-même un ou des enfants d'une première union. »⁵²

d) Les travaux initiaux sur la fratrie

Les premiers travaux effectués sur la fratrie sont a-théoriques: il s'agit d'observer des fratries et d'en classer les comportements, puis d'en qualifier les interactions (*The child and his family*, Bülher Charlotte, Londres, Routhledge et Kegan Paul, 1940)..

Suivant la voie de Charlotte Bülher, d'autres auteurs ont identifié quatre aspects de la relation fraterne :

- 1) la structure affective des relations (affection, froideur, indifférence...)
- 2) le contenu objectif de ces relations (activités jeux, intérêts, conflits, stimulations réciproques...)
- 3) la structure formelle des relations (phénomènes de hiérarchie)
- 4) la rivalité pour la conquête de l'amour parental et la possession des ressources familiales

De leur côté, les auteurs qui étudient la façon dont l'enfant perçoit ses frères et sœurs notent:

- une évolution de cette perception entre 8 et 17 ans (la relation devient plus symétrique, plus égalitaire, mais aussi plus distante car l'écart d'âge reste fixe et irrattrapable)
- une asymétrie fondamentale dans les sentiments réciproques (les plus jeunes valorisent leurs interactions avec des plus âgés versus ces derniers qui trouvent ces interactions ennuyeuses)
- une intimité plus forte entre frères et sœurs de même sexe mais des querelles plus nombreuses quand l'écart d'âge est faible.⁵³

Les objets d'étude sont finalement quantitatifs et sont l'interaction avec l'autre ainsi que la perception de l'autre. La fratrie n'est qu'un support pour ces interactions et représentations.

52 LETT Didier, *Histoire des frères et sœurs*, 2004, p 63

53 BOURGUIGNON Odile, Chapitre : Le lien fraternel, *La fratrie à l'épreuve du handicap*, sous la direction de Claudie BERT, éd Eres, Paris, 2006

e) La fratrie sous l'angle psychanalytique

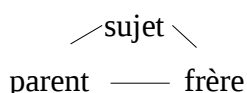
D'après Didier Lett, en psychanalyse « les modes de raisonnement reposent surtout sur les travaux de Freud, centrés sur la triade mère-père-enfant, et n'envisagent que de manière latérale le lien fraternel ».⁵⁴

De même selon Monique Buisson « même en psychologie où les frères et sœurs sont souvent pris en considération, ils le sont dans le cadre d'une problématique réductrice et l'interprétation des relations de fratrie reste souvent soumise à un « certain impérialisme psychanalytique » [Ginsberg-Carre, 1996, p.80 - « Le frère de mon frère n'est pas mon frère ». *Étude de la relation de fratrie et des places généalogiques dans la famille recomposée*] qui subordonne les divers aspects de la relation fraternelle à celle que chaque enfant entretient avec ses parents notamment dans le cadre de la triangulation œdipienne. »⁵⁵

Cependant cet aspect triangulaire n'est pas à négliger dans l'étude des fratries.

La fratrie intervenant dans la relation verticale parents-enfant

Dans son ouvrage *Vie et mort en psychanalyse*, J. Laplanche propose en 1989 un triangle œdipien rivalitaire, non pas entre l'enfant, le père et la mère, mais bien entre l'enfant, son frère (ou sa sœur), et le parent « convoité » :



Ce triangle vient théoriser les découvertes de Freud au sujet de l'œdipe et de la fratrie : dans ses études de cas névrotiques, il a décelé le déplacement de sentiments Œdipiens sur les frères et sœurs possible, ainsi que l'effet pathogène d'une position activement séductrice d'un aîné sur un plus jeune.⁵⁶

S.A. Sharpe et A.D. Rosenblatt vont étayer cette notion de triangle rivalitaire et ils proposent en 1994 les triangles fraternels (Oedipal sibling triangles, Journal of the American Psychanalytic Association, 1994, Vol. 42,2, p. 491-523).

⁵⁴ LETT Didier, *Histoire des frères et soeurs*, 2004, p 8

⁵⁵ BUISSON Monique, *La fratrie, creuset des paradoxes*, 2003, p 14

⁵⁶ BOURGUIGNON Odile, Chapitre : Le lien fraternel, *La fratrie à l'épreuve du handicap*, 2006

On y trouve les problématiques suivantes:

- éliminer l'autre pour garder un lien privilégié avec la mère
- la compétition avec un rival pour obtenir l'amour de l'objet
- la culpabilité de désirer l'élimination
- la crainte d'une vengeance face à l'hostilité projetée et de la résolution du conflit par renoncement

La rivalité peut s'exercer tant avec un frère qu'avec un parent. D'où les triangles suivants possibles:

frère
frère ——— parent

père
enfant ——— mère

... etc.

On note une multiplicité de combinaisons, et l'existence possible de plusieurs triangles simultanément. On peut en conclure que les protagonistes sont réels physiquement mais aussi dans la réalité psychique.⁵⁷

Les termes employés (compétition, culpabilité, vengeance...) sont particulièrement proches du lexique mythologique.

Pour Didier Lett, qui s'inspire d'Adler, l'origine de cette lutte entre les frères et sœurs intervient à l'arrivée d'un second enfant dans la famille :

« Selon Adler [ancien disciple de Freud NDLR], lors d'une seconde naissance, le premier-né serait « détrôné », ce qui provoque chez lui un véritable traumatisme. « Chaque nouvelle naissance implique une renégociation des places et des territoires respectifs », note Odile Bourguignon. L'aîné qui réussit à surmonter ce bouleversement aurait tendance, pour se défendre, à imiter le comportement des parents. Comme l'écrit Adler, « l'enfant qui a perdu son ascendant, petit royaume sur lequel il régnait, comprend mieux que les autres l'importance du pouvoir et de l'autorité ». Il précise que le second « se comporte comme s'il faisait la course; il est sans cesse sous pression, et essaie en permanence de surpasser son aîné et de le vaincre. [...] Il supporte rarement la domination stricte des autres ». Les derniers-nés, qui ne font pas l'expérience de cette destitution, passent selon Adler, pour être paresseux et gâtés. »⁵⁸

57 BOURGUIGNON Odile, Chapitre : Le lien fraternel, *La fratrie à l'épreuve du handicap*, 2006

58 LETT Didier, *Histoire des frères et sœurs*, 2004, p 67

Les travaux d'Adler seront poursuivis par Sulloway.

Ce dernier (F. Sulloway, *Les enfants rebelles*, Odile Jacob, 1999) propose une théorie de la lutte pour l'individualité plus douce : il suggère une différenciation adaptative dans le comportement des enfants selon l'ordre de naissance et les écarts d'âge entre les frères et sœurs. Il présente la notion de « sélection perturbatrice » qui s'oppose à la sélection naturelle (élimination des individus): les différences entre enfants d'une fratrie sont favorisées donc préservées, et augmentent même au fur et à mesure que les enfants grandissent. Ceci provoque une minimisation de la compétition fraternelle directe, une hausse de l'investissement parental pour chacun des enfants, et une diminution de la dépendance des enfants aux parents qui peuvent sans crainte développer leur propre personnalité.⁵⁹

Dans ces théorisations, le lien fraternel n'est pas mis au premier plan mais il est fonction d'autre chose: il appartient à la catégorie de la lutte individuelle pour survivre dans un environnement commun à plusieurs.

« Cela étant dit, ces idées ont permis aux psychanalystes actuels de prendre la mesure du rôle de la relation adelphique dans la construction du sujet. Longtemps, les conflits entre un frère et une sœur ont été vus comme une « latéralisation du conflit oedipien », c'est-à-dire une manière de déplacer le conflit avec le père ; cette explication permettait de réinscrire le conflit fraternel dans les théories freudiennes en gardant l'idée que le lien vertical, entre *ego* et le père ou entre *ego* et la mère, était central. Mais depuis une vingtaine d'années, certains psychanalystes proposent une autre approche, et une autre cure analytique, prenant davantage en compte la dynamique fraternelle, les pulsions, la sexualité à l'intérieur même de la fratrie » affirme Lett.⁶⁰

Ainsi, si la psychanalyse explore l'individualité, elle traite aussi l'idée de similitude à l'autre comme nous allons le découvrir.

Psychanalyse et relations fraternelles horizontales

Odile Bourguignon stipule que les frères et sœurs sont très précocement l'objet d'un

59 BOURGUIGNON Odile, Chapitre : Le lien fraternel, *La fratrie à l'épreuve du handicap*, 2006

60 LETT Didier, *Histoire des frères et sœurs*, 2004, p 70

attachement spécifique, avant la fin de la première année de vie commune. Elle s'appuie sur les travaux de J. Bowlby (*Attachement et perte*, I- L'attachement, Paris, PUF, 1978). On en extrait les données qui suivent :

Les frères et sœurs peuvent être les uns pour les autres

- des objets narcissiques (reflet ou complément de soi)
- des objets érotiques (que l'on désire)
- des objets d'amour

La vie fraternelle stimule

- les pulsions libidinales
- les sentiments hostiles
- la rivalité, l'envie, la jalousie (ces sentiments peuvent être inhibés par la crainte de perdre l'amour des parents, l'identification à eux, l'admiration des plus jeunes pour les plus grands).

Tout ceci se décharge par le jeu.

Le vie fraternelle aide

- dans la construction de la pensée et des apprentissages
- à s'adapter à l'environnement
- à savoir se comporter en face des adultes
- à écouter un tiers
- à partager
- à être solidaire
- à savoir garder un secret
- à canaliser l'hostilité, la rivalité
- à renforcer l'autonomie et l'identité individuelle

L'appartenance au groupe « fratrie » permet à l'enfant:

- de juguler les angoisses archaïques
- de supporter la non-réalisation des désirs œdipiens
- de se protéger contre les ébranlements psychiques pouvant affecter la vie familiale (décès

d'un parent, divorce...)

- d'élaborer les prémices du lien social psychiquement⁶¹

Le paradoxe de la fratrie humaine est que les frères et sœurs sont élevés ensemble, comme des semblables, alors qu'une hiérarchie est pourtant notable puisque les enfants sont d'âges différents. Ce qui est contradictoire avec la notion de « semblable ».

Cette situation déclenche un processus d'élaboration psychique: l'enfant commence par s'identifier à son frère ou sa sœur pour ensuite s'en détacher et accepter qu'il/elle ait une vie en dehors de lui. C'est ainsi que le concept de *socius* est mis en place.

On retrouve ces notions d'identification et de séparation dans la définition suivante du complexe fraternel: « Structure fondamentale des relations interpersonnelles et la façon dont une personne y trouve sa place et se l'approprie. » (J. Laplanche et J.B. Pontalis dans Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, PUF, 1967).⁶²

On y perçoit l'idée de la construction psychique de l'autre, soit une représentation intérieure, narcissique et fantasmatique. On trouve en outre l'idée de réalité extérieure, de l'autre, qui a une vie physique et psychique séparée de soi. Ces théorisations conviennent donc au modèle familial (vision verticale) mais toujours pas au modèle fraternel (vision horizontale).

Il faut plutôt aller chercher des informations sur les théorisations psychanalytiques du groupe restreint (*La pensée scénique, groupe et psychodrame*, O. Avron, Toulouse, érès, 1996).

Odile Bourguignon nous relate les « effets de présence » dans un groupe thérapeutique d'adultes : le seul fait d'être en présence les uns des autres provoque « des états directs de stimulation et de réceptivité entre psychismes, effets interactifs continus et discrets qui se mettent en mouvement dès que deux ou plusieurs personnes sont en présence, l'effet de communauté primant alors sur l'effet proprement libidinal. »

Soit : lorsqu'il y a relation, la stimulation et la réceptivité priment, quand la relation disparaît seul le libidinal reste et permet de garder autrui en soi comme objet interne. Notons que cette inter-liaison psychique ne se réalise que s'il y a réciprocité.⁶³

Bion estime quant à lui que la pulsion à la socialité ne se révèle qu'en situation de groupe et se base sur les 3 facteurs de lien suivants:

61 BOURGUIGNON Odile, Chapitre : Le lien fraternel, *La fratrie à l'épreuve du handicap*, 2006

62 Ibid

63 BOURGUIGNON Odile, Chapitre : Le lien fraternel, *La fratrie à l'épreuve du handicap*, 2006

- l'amour
- la haine
- la compréhension

On retrouve bien ceci lorsque l'on observe le fonctionnement d'une fratrie: amour, haine, curiosité pour l'autre. Le frère est alors *objectivé* (« situé comme objet dans la réalité, incarnant l'altérité »)⁶⁴

Le statut d'enfant est le même pour tous les membres de la fratrie d'un point de vue hiérarchique par rapport aux parents. Cette situation pose d'emblée un lien de proximité privilégié que les enfants auront entre eux et qu'ils n'auront jamais avec leurs parents. C'est pourquoi on peut qualifier la relation fraternelle de « mature » lorsque les enfants ont su créer une relation qui inclut altérité et différenciation par rapport à l'autre. Si la réciprocité de la relation n'existe pas ou est rompue, la vie de la fratrie sera une cohabitation les contraignant sans cesse à la négociation.

Quelle est vraiment la place des parents dans cette approche?

Souvent mis en avant dans l'étude des fratries, il y a peu d'études qui ne les prennent pas en compte.

Il existe des relations triangulaires sur deux générations. D'où, par croisement des ces liens, se crée un enchaînement des générations entre elles. Des tendances inconscientes sous-tendent ces conduites et permettent de comprendre ce qui resterait inexplicable: la position qu'un enfant occupe dans l'inconscient de son parent, en référence à sa propre histoire ou sa propre fratrie, la façon dont les parents pensent devoir se comporter pour correspondre à leurs idéaux parentaux. », « des projections parentales peuvent aller jusqu'à déloger l'enfant de sa propre place ou nier son existence »⁶⁵ « Les deux parents ont leur propre représentation de chacun de leurs enfants, y sont différemment attachés selon le moment ou les circonstances de leur venue ou selon ce que cet enfant représente pour eux. »⁶⁶ « La façon dont ils considèrent chaque enfant, en aiguissant ou non le sens de sa valeur propre, peut provoquer des rapprochements ou des éloignements entre les membres de la fratrie, même en leur absence. »⁶⁷

La place du parent est donc celle abordée par le thème de la relation parents-enfants.

⁶⁴ Ibid

⁶⁵ Ibid

⁶⁶ BOURGUIGNON Odile, Chapitre : Le lien fraternel, *La fratrie à l'épreuve du handicap*, 2006

⁶⁷ Ibid

La psychanalyse nous apporte finalement de nombreux éléments théoriques sur la fratrie, mais toujours en partant du sujet et toujours en relation aux parents. Si nous voulons envisager l'ensemble, soit la fratrie entière, alors nous devons nous pencher sur les approches socio-anthropologiques pour recueillir des éléments.

f) Socio-anthropologie et fratrie

« Les anthropologues, influencés par les études déterminantes de Claude Levi-Strauss, se sont parfois occupés des liens sociaux entre frères et sœurs adultes, spécialement au moment du mariage. La relation adelphique ne les intéresse qu'en tant que mode original de la circulation des femmes orchestrée par les hommes. Cette approche n'éclaire qu'en partie le lien fraternel, car toute relation entre deux êtres ne procède pas uniquement d'un comportement social. Il est tout à fait fondamental en effet de prendre également en compte le contenu de ces relations »⁶⁸ annonce Lett. Pour lui, ce sont donc les relations inter-fraternelles qui doivent être étudiées.

D'après Monique Buisson, « en anthropologie, la force de structuration du couple aîné/cadet dans les rapports familiaux comme dans les rapports sociaux est mis en évidence dans de nombreuses sociétés »⁶⁹ Puis elle relèvera la quasi-absence de la fratrie comme objet sociologique à part entière.

Ici, ce sont bien les relations inter-fraternelles qui semblent influencer sur les rapports sociaux extérieurs à la famille.

En socio-anthropologie, le lien fraternel est en effet souvent considéré comme une matrice du lien social. C'est sous cet angle que nous allons à présent aborder la fratrie. Nous citerons à nouveau Didier Lett pour introduire cette idée de matrice des liens sociaux : « Les liens qui se nouent entre les membres d'une fratrie « conditionnent l'évolution affective de l'enfant, stimulent ou inhibent ses facultés d'insertion sociale et marquent durablement la destinée de l'adulte », écrit Denis Gayet. [...] Le déterminisme qui préside parfois à l'élaboration de ces théories est toujours contestable. Cependant, il permet de prendre en compte l'ensemble du contexte familial et culturel qui influe sur la formation de la personnalité d'un individu et sur le rôle de la fratrie. »⁷⁰

68 LETT Didier, *Histoire des frères et sœurs*, 2004, p 63

69 BUISSON Monique, *La fratrie, creuset des paradoxes*, 2003, p 15

70 LETT Didier, *Histoire des frères et sœurs*, 2004, p 66

C'est bien grâce aux écrits témoignant de la création de liens fraternels entre enfants élevés ensemble, que l'on peut voir la fratrie comme un microcosme social. Ainsi, des enfants biologiquement apparentés (familles recomposées) ou adoptés, tissent des liens plus ou moins identiques à ceux de fratries germaines. La conséquence d'une intimité développementale partagée est la création d'un système de références sociales communes. Nous trouvons ce type de témoignages dans les ouvrages suivants : *Douze des quatre coins du monde* (en référence aux douze enfants adoptés par Joséphine Baker) de Michel Gourbeyre, *Des frères, des sœurs, les méconnus du roman familial*, de M. Gourbeyre également, ou encore *Les enfants du rêve*, (en référence aux enfants Kibboutz élevés par des métapelets) de Bruno Bettelheim.⁷¹

La question des familles recomposées se pose alors : quelle est l'influence de ce phénomène sur les liens fraternels? La réponse semble relever plus du plan vertical (troubles ou différences dans la relation parents-enfants) que du plan horizontal (liens entre les frères et sœurs). L'important est plutôt le fait que les enfants vivent sous le même toit, au même régime. C'est-à-dire par exemple une maison où vivent un couple avec leur enfant biologique, et un autre enfant que la mère a eu d'une union précédente : si l'enfant de la mère passe la semaine dans la maison auprès de sa mère et de son beau-père ainsi que son demi-frère, et le week-end chez son père, alors il ne sera pas au même régime que son demi-frère vivant lui semaine et week-end avec ses deux parents. C'est bien ici la relation aux parents qui vient interférer avec un rythme de vie des enfants. C'est donc l'ensemble « famille » et non pas l'ensemble « fratrie » qui est en jeu.

Bien que le phénomène des familles recomposées semble récent et inquiète, on se rend compte qu'il n'est pas d'hier. En effet, « les sociologues contemporains ont attiré notre attention sur le phénomène des familles recomposées. La fréquence des séparations et des divorces dans l'Europe de la fin du XX et du début du XXI siècle multiplie en effet le nombre de « demi-frères » et de « demi-sœurs ». Ce phénomène n'est en réalité pas nouveau. Malgré les difficultés; les réticences et interdictions ecclésiastiques, il arrivait par le passé que des couples se séparent [...] mais la recomposition des fratries d'autrefois tient essentiellement à la fréquence de la mort de l'un des parents et au remariage de celui ou celle qui survit. »⁷²

Ce sont les convictions religieuses et une forte pression sociale, soutenues par la politique, qui ont imposé pendant environ un siècle le système familial basé sur une union maritale inflexible.

71 BOURGUIGNON Odile, Chapitre : Le lien fraternel, *La fratrie à l'épreuve du handicap*, 2006

72 LETT Didier, *Histoire des frères et soeurs*, 2004, p 61

L'histoire nous permet de retracer ces changements sociologiques de la famille. Mais elle laisse aussi des traces sur la fratrie.

g) L'histoire comme témoin de singularités fraternelles

« Il suffit d'être attentif aux mythes, aux contes, aux romans, aux rituels, aux liens sociaux pour constater qu'à côté de la relation de filiation (parents-enfants) et de l'alliance (mari-femme), le lien de germanité est au centre des systèmes de parenté. Dans de nombreuses sociétés, la relation fraternelle apparaît même comme une sorte de modèle idéal à l'aune de laquelle les autres liens se jaugent et se jugent, un lieu privilégié de l'expression des émotions et des sentiments.

Les relations entre les frères et sœurs sont construites socialement et culturellement. Elles se modifient donc au cours de l'histoire. »⁷³

Les témoignages laissés par l'histoire au sujet de la fratrie, viennent plutôt souligner l'anormal. La peinture et la littérature ont capturé ce qui, dans la relation fraternelle, fascine ou met mal à l'aise. Les frères et sœurs sont sujets à des thématiques, et c'est ainsi que nous allons développer cette partie, qui synthétise les perceptions de la fratrie dans l'histoire.

Qualifications de la relation fraternelle

« Dans la relation adelphique, comme dans tous les liens de parenté, il convient toujours de maintenir la « bonne distance ». Une haine farouche ou un amour trop grand provoque une terrible menace, familiale ou sociale: le fratricide ou l'inceste. »⁷⁴

Les sentiments extrêmes liant les frères et sœurs sont posés, indiquant par là même des états pathologiques de la fratrie.

Le thème des ressemblances et dissemblances

« Comment construire une personnalité parmi ses frères et sœurs, individus si ressemblants et si différents, êtres qui « auraient pu devenir moi et qui, par hasard, ont eu d'autres visages? » écrit Colette Fellous. Chaque membre de la fratrie doit trouver sa propre identité en se différenciant des

⁷³ Ibid p 8

⁷⁴ Ibid p 10

autres membres, mais aussi parfois en cherchant à ressembler au(x) germain(s). [...] L'anthropologue Françoise Héritier perçoit le rapport de germanité comme « le lieu primordial où s'expérimente l'identité et la différence au sein d'une équivalence : celle du statut partagé d'enfant par rapport aux mêmes parents. » »⁷⁵

Ainsi de nombreux tableaux répertoriés dans l'œuvre de Didier Lett illustrent parfaitement cette thématique.

On peut trouver là aussi des extrêmes : l'extrême ressemblance est la jumeauté, alors que la différence se situe plutôt au niveau du rang de naissance ou de l'enfant unique. En revanche, la jumeauté est une situation « naturelle ». Là où la ressemblance pose un problème, c'est lorsque les parents assimilent un enfant à un autre.

L'enfant de remplacement :

« La mortalité infantile est si forte dans les sociétés anciennes que, souvent de manière explicite, les familles ont parfois tenté de « refaire » un enfant disparu, sur lequel portait l'espoir de la famille. Est attesté en particulier la pratique qui consiste à attribuer à un nouveau-né le prénom d'un membre de la famille venant de mourir, comme pour le « refaire ». »⁷⁶

« Pour être certain que le prénom choisi sera porté par un enfant qui vivra longtemps, il semble que les parents n'aient pas hésité à attribuer à un enfant un prénom déjà porté par l'un de ses frères ou l'une de ses sœurs encore en vie. »⁷⁷

Si autrefois cette pratique semblait être monnaie courante, aujourd'hui on la qualifie volontiers de pathologique :

« La pratique du *rifare* peut avoir sur l'individu de graves conséquences psychologiques, ce dernier se percevant comme venant remplacer son germain. L'enfant de remplacement est celui ou celle qui naît immédiatement après le décès d'un frère ou d'une sœur, dont il ne porte pas nécessairement le prénom, et qui se sent hanté par l'aîné disparu. Le « remplacement » s'avère impossible puisque celui qui n'est plus est totalement idéalisé. Tout enfant de remplacement se sent inconsciemment coupable d'avoir rejeté dans la mort celui ou celle qui l'a précédé pour prendre sa place. Il ou elle est en proie aux « scrupules de culpabilité ». »⁷⁸

Réputés pour être des enfants de remplacement, Ludwig Van Beethoven, Vincent Van Gogh, et Salvador Dali entre autres ont traité ce thème dans leurs œuvres.

75 LETT Didier, *Histoire des frères et sœurs*, 2004, p 64

76 Ibid p 71

77 Ibid p 74

78 LETT Didier, *Histoire des frères et sœurs*, 2004, pp 74-75

Odile Bourguignon reprend les propos de Sabbadini pour évoquer cette situation : l'enfant de remplacement doit non seulement assumer le deuil de l'enfant mort, mais en outre il doit aussi s'identifier positivement au disparu. On peut dire des parents qu'ils « ont substitué une grossesse au travail psychique d'élaboration de cette perte » (*L'enfant de remplacement*, A. Sabbadini, La psychiatrie de l'enfant, 1989, XXXII, 2, p. 519-541). Elle élargit la situation à celle de l'enfant qui prend la place d'un parent (en cas de rupture du couple parental, de psychose de l'un des parents...) : ceci peut détruire la cohésion de la famille et de la fratrie, ou consolider les liens affectifs entre ses membres, mais n'est jamais bénéfique pour l'enfant.⁷⁹

Le thème du rang de naissance

Les jumeaux :

« Dans l'histoire, et particulièrement dans la mythologie, les naissances multiples et les jumeaux ont toujours fasciné. Symbiotiques ou fratricides, bénéfiques ou maléfiques, leurs relations apparaissent toujours marquées du sceau de l'excès: excès de similitude, excès d'amour ou de haine. »⁸⁰

Dans la mythologie, de nombreux couples de jumeaux sont évoqués. Le plus connu étant certainement le couple Romulus et Rémus, fondateurs de Rome.

De même la peinture recèle de nombreuses œuvres présentant la gémellité.

L'enfant unique :

« Expérience très singulière puisqu'elle repose sur l'absence de germain qu'il doit s'imaginer. Enfant, ne connaissant pas la confrontation et le conflit avec un frère ou une sœur, il doit s'inventer un double. Cette absence de rivalité fraternelle n'est pas sans incidence sur la structuration de sa personnalité. »⁸¹

L'enfant unique a souvent eu dans l'histoire la place d'héritier choyé, pourtant prisonnier des désirs parentaux qu'il est le seul à pouvoir réaliser, étant le seul enfant. Porteur de tout l'espoir de ses parents, il avait le devoir de répondre à leurs attentes.

Didier Lett ajoutera à leur sujet : « Aujourd'hui comme hier, les psychologues observent combien les enfants uniques ont été choyés en enfance car les parents peuvent leur consacrer beaucoup plus de temps que s'ils étaient membres d'une fratrie. On se rend compte que ce sont souvent des enfants indépendants qui aiment plus que les autres établir, à l'extérieur de la famille, une relation

79 BOURGUIGNON Odile, Chapitre : Le lien fraternel, *La fratrie à l'épreuve du handicap*, 2006

80 LETT Didier, *Histoire des frères et sœurs*, 2004, p 13

81 LETT Didier, *Histoire des frères et sœurs*, 2004, p 82

privilegiée avec les adultes, le maître ou la maîtresse. »⁸²

Constatations fiables ou conclusions hâtives ? L'enfant unique le plus évoqué est Jésus, fils de Marie et Joseph. La bible met cette petite cellule familiale particulièrement en valeur, en présentant comme idéale les relations entre les trois individus.

L'aîné(e) :

« Les aînés furent valorisés à partir du Moyen-Age au détriment des cadets, les garçons de même par rapport aux filles (ce qui ne fut pas toujours le cas puisqu'on connaît le droit d'aînesse «intégral»). » Ils héritent alors de la totalité du patrimoine familial (maison, biens, droit au mariage...).⁸³ Le thème du rang de naissance est en effet souvent associé à l'idée d'héritage.

Plus tard, bien souvent représenté comme ayant eu une éducation plus soignée, l'aîné est un exemple et une protection pour les plus jeunes de la fratrie. Que ce soit dans la littérature ou la peinture, l'aîné est représenté comme ayant une proximité avec les parents. Il a un statut intermédiaire, surtout dans les grandes fratries, où il n'est ni l'un des parents, ni l'un des enfants parmi les autres, puisqu'il a le devoir implicite d'avoir un comportement exemplaire, cohérent avec l'image parentale.

Le cadet / la cadette :

Il est celui qui discute les limites, qui a la liberté de faire autrement que l'aîné (soumis aux désirs parentaux), mais qui ne sera jamais le premier à... Il n'aura pas cette place et il devra s'inscrire dans une famille déjà composée avant sa naissance. Fréquemment représenté comme batailleur, il est parfois suivant l'aîné comme dans une course où il chercherait à avoir la même légitimité et les mêmes droits que lui.

« Tout va commencer à changer au Siècle des Lumières, les cadets vont chercher à s'émanciper de la tutelle paternelle et du frère aîné : le système commence à être contesté avec l'émergence des libertés individuelles. [...] Les familles peuvent alors investir davantage sur chacun des enfants qui sont moins nombreux : on se met à calculer, à faire des projets pour chacun. L'individualisation est en cours au sein même de la famille.[...] Du fait de la baisse de la mortalité, la cohabitation devient plus fréquente, d'autant que les lois sur la scolarisation de Jules Ferry rendent obligatoire la fréquentation de l'école jusqu'à l'âge de 13 ans. C'est donc pendant toutes ces années-là que l'on cohabite à la fin du siècle au lieu de 6 ou 7 ans au début du XIXe siècle. L'enfance s'élargit, se dilate, offrant donc des opportunités aux frères et sœurs de se connaître. On vit ensemble, on se

⁸² Ibid p 85

⁸³ Catherine ROLLET, « Fratries et politiques sociales des temporalités décalées », acte du colloque du 9 novembre 2006, *La fratrie dans le cadre du placement*, Association SOS villages d'enfants pp 5-6

connaît mieux, on joue même. On assiste alors à une montée des relations sociales au sein des fratries, avec ses conflits dus aux frottements des caractères, et l'affichage des affinités, des préférences. »⁸⁴

Caïn et Abel sont un exemple parmi tant d'autres de fratries où les places d'aîné et de cadet sont le cœur de la problématique.

Le benjamin:

« Dans la famille contemporaine, on a pu constater qu'il est celui qui, statistiquement, est le plus épargné par la maladie ou la mort. Il bénéficie d'appellation variées selon les régions. Ainsi, au siècle dernier, en Normandie, le benjamin est appelé « fourniau » car c'est celui qui ferme le ventre (le four) de la mère ou encore « redo », c'est-à-dire le « ravisé », enfant qui arrive après plusieurs années sans grossesse. »⁸⁵

Le benjamin quant à lui doit savoir trouver sa place dans une cellule familiale déjà constituée, mais il est réputé pour bénéficier d'un traitement de faveur. Il est aussi sujet à la problématique de l'attachement au père et à la mère, qui selon la littérature, ont des difficultés à le laisser grandir et quitter le foyer. Il est celui qui, dans de nombreux récits de famille, reste au chevet des ses vieux parents malades, alors que les autres enfants de la fratrie ont construit leur vie ailleurs.

Nous avons désormais parcouru les thèmes principaux rencontrés dans la mythologie, la littérature divers et la peinture.

Nous avons précédemment approché le concept de fratrie par l'étymologie, puis la multiplicité des champs théoriques et thématiques grâce auxquels il peut être envisagé. Nous l'avons vu comme une notion changeante selon les facettes invoquées. Nous pouvons à présent faire état des données fixes concernant la fratrie, soit aborder les aspects législatifs et les considérer comme une base stable.

h) La fratrie dans la loi

C'est Monique Buisson qui traite le sujet : « En droit, « à côté du droit conjugal et du droit parental, il n'existe pas à proprement parler, de droit de fratrie [...]. Le code civil contient seulement des rudiments du statut de fratrie qui se résume principalement dans un interdit, une

84 Catherine ROLLET, « Fratries et politiques sociales des temporalités décalées », acte du colloque du 9 novembre 2006, *La fratrie dans le cadre du placement*, Association SOS villages d'enfants, pp 6-7

85 LETT Didier, *Histoire des frères et sœurs*, 2004

absence et une espérance » (Belmonte, 2000, P.11-12, *Les relations fraternelles saisies par le droit*, thèse pour le doctorat en droit privé) : l'interdit pour un frère ou une sœur de contracter mariage, l'absence légale d'obligation alimentaire entre membre de la fratrie et l'espérance d'hériter d'un germain décédé sans postérité si celui-ci n'a pas exhéredé ses frères et sœurs de la succession »⁸⁶

Les seules situations dans lesquelles le droit de la fratrie est évoqué pour les enfants est lorsqu'il y a explosion de la cellule familiale : soit les parents sont décédés, soit ils sont déchus de leurs droits parentaux. Alors il faut placer les enfants.

« La fratrie comme élément d'une politique publique est beaucoup plus récente, elle est même tout à fait nouvelle.[...] Il est rarement fait mention de fratries abandonnées mais cela a dû exister, comme nous le rappelle le conte du Petit Poucet. Il est encore plus rarement question d'accueil groupé de frères et sœurs dans une même famille nourricière.[...] Cependant, une loi, celle de 1889 concernant les enfants moralement abandonnés, c'est-à-dire pour faire court, les enfants maltraités par leurs parents, pose le problème des fratries. En effet, cette loi établit la possibilité de prononcer la déchéance des droits de l'autorité paternelle à l'égard de tous les enfants et la possibilité que ces enfants relèvent de l'Assistance publique. Ces services ont été bien embarrassés pour savoir quoi faire de ces enfants, de ces fratries. Que faire de 3, de 5 ou de 7 enfants dont le père a été déchu de ses droits ? Aucune solution pertinente à l'époque ne fut imaginée, si bien que la solution dans bien des cas fut que les fratries retrouvent le chemin du foyer paternel, sans mesure d'accompagnement. Cette loi, on l'aura compris, fut un échec au point de vue de son application mais la notion des droits de l'enfant a néanmoins progressé : on ne pouvait pas faire n'importe quoi avec son enfant et ses enfants. La grande loi de 1904 sur les enfants assistés ne fit pas changer le dispositif à ce point de vue. D'ailleurs la première Déclaration des droits de l'enfant publiée par la Société des Nations en 1924, qui tient en trois lignes, n'énonce que des droits de l'enfant basiques, des droits élémentaires : le droit de l'enfant à être nourri, à être soigné, à être encouragé, à être ramené dans le droit chemin, à être recueilli et secouru. Il n'est nulle part question du droit à ne pas être séparé de sa fratrie. La déclaration des Nations unies de 1959, plus détaillée, n'évoque pas non plus ce droit à vivre avec ses frères et sœurs. Il en est de même de la Convention internationale des droits de l'enfant adoptée en 1989 par les Nations unies : rien n'apparaît concernant les fratries. Ce sont des enfants qui ont permis d'introduire pour la première fois cette notion du droit de l'enfant à ne pas être séparé de ses frères et sœurs. Ceci fait l'objet de l'article 371-5 du code civil, adopté grâce à la loi du 30 décembre 1996. Sans en faire un impératif absolu, ce que l'article du code civil précise (« l'enfant ne doit pas être séparé de ses frères et sœurs, sauf si cela n'est pas possible ou si son intérêt commande une

⁸⁶ BUISSON Monique, *La fratrie, creuset des paradoxes*, 2003, pp 15-16

autre solution»), il est vrai que l'on ne saurait plus longtemps négliger cet aspect-là de la construction de l'identité individuelle. »⁸⁷

On débusque finalement la citation suivante dans La déclaration Universelle des Droits de l'Homme (article 16.1948) : « La famille est l'élément naturel et fondamental de la société et a droit à la protection de la société et de l'État. »⁸⁸

Au niveau législatif, il y a donc les droits conjugaux, les droits familiaux à partir du moment où le couple a des enfants, et le droit des enfants qui traite de situations individuelles mais pas spécifiquement fraternelles si les parents sont en vie et en pleine possession de leur autorité.

Cette citation est très intéressante pour ce qu'elle laisse transparaître. Non seulement la fratrie est d'emblée incluse dans l'ensemble « famille », mais aussi l'ensemble « famille » est d'emblée inclus dans l'ensemble « société ».

C'est bien là que l'on atteint le cœur du problème. Si on élargit la notion de fratrie à celle de famille, et que l'on comprend qu'il y a des rapports de droits et de devoirs entre la famille et la société, alors on peut situer l'intervention de tout professionnel paramédical ou social en lien avec les familles dans cette marge de rapports.

Nous avons déjà affaire à l'entité « famille » lorsque nous avons abordé les fratries recomposées. Là encore, il semble nécessaire de découvrir cette entité « famille » pour comprendre à quoi sont reliées les fratries. Devons-nous finalement parler de « famille comme matrice du lien social »? Soit considérer que les parents aient toujours à être mentionnés si l'on parle de fratrie, comme s'ils la « formataient »?

2.2 Les rapports entre famille et société

« Pour quelles raisons la famille devient-elle objet d'observation et d'intervention? Dans quelle mesure est-elle considérée comme un élément de coordination entre l'individu et la société? Quelle efficacité lui reconnaît-on dans le maintien du lien social? Quelle est sa morphologie, quelles

87 ROLLET Catherine, « Fratries et politiques sociales des temporalités décalées », acte du colloque du 9 novembre 2006, *La fratrie dans le cadre du placement*, Association SOS villages d'enfants, pp 7-8

88 CICHHELLI-PUGEAULT Catherine et CICHHELLI Vincenzo, *Les théories sociologiques de la famille*, éd La Découverte, Paris, 1998, page 3

relations abrite-t-elle? »⁸⁹

Nous utiliserons ici le terme « famille » pour désigner le groupe domestique et non pas la parenté, soit les adultes et enfants vivant sous le même toit, sans élargir aux grands-parents, oncles, tantes ...

a) Y a-t-il des formes relationnelles familiales typiques dans la société française ?

Au-delà des modèles de structures familiales évoqués auparavant (maritale, recomposée...), pouvons nous envisager des modèles de fonctionnement familial ?

Pour Laurent Mucchielli : « Le modèle de la famille nucléaire fondée sur le mariage, le travail du père et l'éducation des enfants par la mère, est un modèle qui n'a vécu que peu d'années (en gros dans les années 50) en tant que norme statistique totalement dominante » [...] Les travaux qu'il a pu mener nous conduisent à « abandonner l'idée d'une influence des formes de la famille pour s'intéresser à la qualité des relations interindividuelles au sein de la famille, que cette dernière soit ou non complète ».⁹⁰

Selon les propos de Jean Kellerhals dans l'article : « Le style éducatif des parents et l'estime de soi des adolescents », *Revue Française de Sociologie*, XXXIII, 1992, p 315., on peut distinguer quatre types de cohésion familiale :

- les familles de type parallèle : « Le groupe est casanier, replié sur soi, ne cherchant pas les contacts extérieurs. Mais à l'intérieur de la famille, chacun a ses territoires, son destin : les activités ne sont pas communes, les rôles sont différenciés, les domaines d'intérêt ne se recoupent guère »
- les famille de type bastion : elles sont fusionnelles et peu ouvertes sur l'extérieur. « Le repli sur le groupe est perçu comme souhaitable, les contacts externes vécus comme frustrants ou dangereux ».
- les familles de type compagnonnage : elles sont fusionnelles pour ce qui concerne la communauté familiale, mais ouvertes sur l'extérieur. Les contacts avec l'extérieur sont privilégiés et sont l'occasion « d'enrichir les relations internes, de permettre le dialogue, la communication ».

89 CICCHELLI-PUGEAULT Catherine et CICCHELLI Vincenzo, *Les théories sociologiques de la famille*, 1998, p 4

90 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, Paris, 2003, collection Logiques Sociales, éd L'Harmattan, p 85

- les familles de type association se caractérisent par une grande ouverture au monde extérieur, et une grande autonomie de chacun des membres dans la mesure où, contrairement à ce qui se passe dans le cas précédent, tout n'est pas rapporté à la famille. « Elles mettent l'accent sur la spécificité et l'indépendance des individus, dont le destin n'est qu'en partie assujetti au couple ou la famille ».

« Ces différents types de fonctionnement ont assurément des incidences sur les pratiques des parents et sur les comportement des enfants. Certains feront appel à la contrainte et à l'injonction, d'autres encore à des valeurs supérieures mettant en jeu la moralisation quand ils ne mobiliseront pas un mélange de style »⁹¹

Pourtant, d'après De Singly, le modèle dominant à l'heure actuelle est celui de la famille relationnelle, basé sur un individualisme contemporain. Peut-être est-ce à assimiler à la « famille de type association » de Kellerhals ? Catherine Cicchelli-Pugeault et Vincenzo Cicchelli décrivent ainsi la famille relationnelle : « Les individus souhaitent une forme d'héritage qui laisse une plus grande initiative aux héritiers. Ces derniers doivent avoir la possibilité de trier ce qui leur est transmis, en choisissant ce qui leur apparaît compatible avec leur épanouissement. Cette sélection apparaît fondamentale dans le processus de formation de la personnalité des individus contemporains : elle dévoile selon l'auteur [De Singly, 1996] une tension entre une dimension statutaire et une dimension élective qu'il revient à chaque individu de pondérer »⁹²

Brigitt et Peter Berger commenteront eux-aussi ce modèle, en le rapprochant de celui de la famille américaine, qui forme des individus tant sociables qu'autonomes : « les deux sociologues se demandent quel type d'organisation domestique est compatible avec une société démocratique : pour que la démocratie existe, ne faut-il pas des « individus confiants en eux-même et d'esprit indépendant, capables d'utiliser les conditions institutionnelles de la liberté et de résister aux multiples pressions sociales vers la conformité »? [Berger et Berger, 1983]. A leurs yeux, la famille relationnelle produit ce type d'individus. »⁹³

Mais comment en est-on arrivé à cet individualisme ? D'après Catherine Cicchelli-Pugeault et Vincenzo Cicchelli, c'est en raison d'une rupture, un décalage entre les mœurs institutionnelles et

91 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, Paris, 2003, collection Logiques Sociales, éd L'Harmattan, pp 94-95

92 CICHELLI-PUGEAULT Catherine et CICHELLI Vincenzo, *Les théories sociologiques de la famille*, 1998 p 109

93 CICHELLI-PUGEAULT Catherine et CICHELLI Vincenzo, *Les théories sociologiques de la famille*, 1998, pp 109-110

familiales : « La déconnexion des mœurs familiales des institutions qui les régissaient permet aux familles contemporaines de remplir des fonctions nouvelles, et aux sociologues qui les observent d'attirer l'attention sur de nouveaux enjeux, de considérer autrement le changement familial.[...] De Singly met l'accent sur une fonction qui prend une ampleur originale : celle de soutien identitaire dans le temps court de la famille conjugale et de ses descendants les plus proches. En fait, à une société qui prend pour modèle des rapports sociaux la psychologie, correspond une famille qui doit garantir à chacun, beaucoup plus que par le passé, d'amples satisfactions individuelles : la famille trouve sa justification si elle parvient à créer les conditions de l'épanouissement de chacun. »⁹⁴

L'autonomie psychique serait donc une nouvelle mission que se donne la famille contemporaine, ceci sans le soutien des institutions.

b) Hypothèses sur la rupture familles-institutions

Dans leur mémoire d'orthophonie, Lucile Bourget et Anne Le Corre évoquent le problème ainsi : « L'enfant peut se retrouver confronté à deux modèles éducatifs: celui de la famille et celui de l'École. [...] Il existe bien entendu des divergences en matière d'éducation selon les familles quels que soient les milieux et les cultures. »⁹⁵ « L'enfant est dans une position fragile car il est amené à se construire en référence à deux modèles »⁹⁶.

Elles étudieront surtout le rapport des familles à l'institution « École », et rapporteront l'avis des enseignants : « Les variables relevées concernant les parents les plus en difficultés dans le rapport à l'École sont le vécu scolaire et le milieu socio-culturel. La variable langue n'est pas considérée par les enseignants, comme pouvant influencer le rapport à l'École. »⁹⁷

Prenons ces trois variables : le vécu scolaire, le milieu socio-culturel et la langue.

En effet, pour certaines familles, « l'École a déçu, elle n'a pas joué les rôles qui lui étaient alloués: instruction, ascension sociale, égalité des chances... Les rapports peuvent être alors conflictuels. Nous pouvons parfois observer alors, un refus implicite ou explicite des savoirs et des

94 Ibid p 102

95 ORTHOPHONIE ET DIVERSITE CULTURELLE : *Analyse et questionnements sur l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste en exercice libéral*, Lucile BOURGET et Anne LE CORRE, sous la direction de BEAU Marie-France, juin 2012, Soutenu à Nantes, p 63

96 Ibid, p 65

97 BOURGET Lucile et LE CORRE Anne, *ORTHOPHONIE ET DIVERSITE CULTURELLE : Analyse et questionnements sur l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste en exercice libéral*, année universitaire 2011-2012, p 53

valeurs que transmet l'École. L'enfant perçoit tous ces ressentiments qui peuvent avoir des conséquences sur le travail en classe. »⁹⁸ Il est là question d'un « désinvestissement » des parents dans le soutien à la scolarité de leurs enfants, par manque de conviction sur les apports de cette institution à l'enfant.

Au sujet du milieu socio-culturel, on peut suggérer l'idée de stigmatisme social par les institutions :

« les critiques adressées aux parents ne se limitent pas toujours à certains milieux sociaux et les parents qui « en font trop » sont parfois aussi décriés que ceux qui « n'en font pas assez ». Mais d'une manière générale, les « jeunes qui posent problème » de même que leurs parents sont socialement identifiés avant même qu'un acte ne soit commis, le soupçon ne pouvant porter légitimement que sur eux. »⁹⁹

On peut également évoquer la diversité culturelle, et les personnes en situation de migration qui sont partagées entre deux cultures d'éducation de l'enfant, avec un positionnement difficile à trouver : « Il est difficile d'assumer son rôle de parent qui souhaite s'intégrer en appliquant les codes éducatifs de la culture d'accueil, tout en respectant sa famille et sa communauté dont le poids dans l'éducation est fort. »¹⁰⁰

Enfin, si la langue ne semble pas être un problème pour les enseignants, qu'en est-il de l'utilisation culturelle du langage ?

Selon un point de vue sociologique, « Basil Bernstein [Bernstein B. (1975), *Langage et classes sociales*, Éditions de Minuit, p. 30] a étudié les différentes formes de langage, leurs liens avec les formes de relation sociale et les conséquences, sur le plan social et scolaire, de l'inégalité d'accès à ces différentes formes de langage. »¹⁰¹

Deux types de langage sont révélés et chacun fait référence à un type de classe sociale. Dans les classes supérieures, le « langage formel » est employé : *«le type de discours dominant et caractéristique dans les classes supérieures a pour particularité de faire du discours une attention spéciale et de développer une attitude réflexive à l'égard des possibilités structurales*

98 Ibid, p 50

99 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, 2003

100 BOURGET Lucile et LE CORRE Anne, *ORTHOPHONIE ET DIVERSITE CULTURELLE : Analyse et questionnements sur l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste en exercice libéral*, année universitaire 2011-2012, p 42

101 BOURGET Lucile et LE CORRE Anne, *ORTHOPHONIE ET DIVERSITE CULTURELLE : Analyse et questionnements sur l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste en exercice libéral*, année universitaire 2011-2012, p 66

d'organisation de la phrase» (Bernstein) Alors que dans les classes sociales les plus faibles, le « langage commun » est utilisé : «inversement le type de discours en usage dans les strates les plus basses de la classe ouvrière se distingue par la rigidité de la syntaxe et par l'utilisation restreinte des possibilités structurales d'organisation de la phrase, de sorte que l'on peut aisément prévoir les éléments du discours de tout interlocuteur» (Bernstein)¹⁰²

« D'après Bernstein, ces deux types de langage reflètent non pas des différences d'aptitudes linguistiques entre les classes sociales, mais plutôt une importance différente conférée aux différentes potentialités du langage. Cette dernière différence va se ressentir dans le milieu scolaire, puisque les savoirs et les apprentissages se basent sur une maîtrise du langage formel »¹⁰³

Anne Le Corre et Lucile Bourget vont étayer ces propos par l'apport de Bourdieu, également sociologue [Documentaire de Pierre Carles (2001), La sociologie est un sport de combat » p 85] : « la langue fait partie du capital culturel que les parents transmettent à leurs enfants. Ce capital culturel est inégalement distribué puisque toutes les familles ne possèdent pas le même capital culturel et notamment le même niveau de langue ou les mêmes pré-savoirs (savoirs qui ne sont pas liés à ce que l'on peut acquérir à l'École). La différence engendrée par cette distribution inégale met en avant, par exemple, le fait de bien parler français ou de bien se comporter en société. L'École participe à renforcer ses inégalités en valorisant le fait de bien parler français. »¹⁰⁴

Ici il est donc question de la dévalorisation d'une culture jugée comme insuffisante, et par là même du stigmate dont sont sujets les parents, qui transmettent cette culture au niveau familial alors que l'idéal des institutions est le modèle véhiculé par l'école.

« Mais ces fonctions de socialisation, d'éducation et de protection que doivent remplir les parents et qui concourent à l'identité de l'enfant et à son adaptation à la société sont en lien étroit avec les moyens culturels, affectifs, matériels, ... que les parents peuvent mobiliser. » assurent Bughin, Lamarche et Lefranc.¹⁰⁵

Si les uns avancent un manque de culture (intrinsèque à la famille comme une défaillance parentale), d'autres préfèrent un déficit de moyens et de ressources (imposé par la société). La question d'une co-production peut alors être posée.

102 Ibid

103 Ibid

104 Ibid

105 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, 2003, p 36

c) La perception de chacun dans l'attribution des rôles et des attentes

Bughin, Lamarche et Lefranc ont mené une enquête sur la ville de Lille, auprès de parents, d'enfants et de jeunes, ainsi qu'auprès de très divers professionnels intervenant auprès des familles dont les suivants : des policiers, des enseignants, des travailleurs sociaux, des éducateurs ...

« il s'agissait dans un premier temps de mettre en lumière les attentes réciproques des intervenants sociaux et des familles, de s'interroger sur les valeurs des parents et des professionnels, et de favoriser une réflexion plus générale grâce à des échanges et à des conférences ouvertes aux intervenants de la ville. »¹⁰⁶ « L'enquête porte donc sur un échantillon de près de 2000 personnes, se prononçant sur la question de l'éducation et des relations parents-enfants. »¹⁰⁷ « Ainsi, des thèmes aussi divers que l'école, la violence, l'autorité, la sexualité, la sanction, la responsabilité, la réussite, etc, ont pu être abordés à la fois par les parents et par les jeunes. »¹⁰⁸

Ils admettent en revanche que le recueil de données par questionnaire a certainement empêché les parents mal à l'aise avec l'écrit ou la langue française de répondre. Ils ont en outre précisé leur volonté quant aux interviews de professionnels : «leurs représentations méritent d'être mises à jour, d'autant que les relations qu'ils entretiennent autant avec les jeunes qu'avec les parents, débouchent généralement sur des prises de position et des actions spécifiques. »¹⁰⁹

Nous allons donc résumer les résultats de cette étude, en évoquant tour à tour les points de vue de chacun : les parents, les enfants ou jeunes, et les professionnels.

Le point de vue des parents (réponses aux questions uniquement pour les parents)

Bughin, Lamarche et Lefranc commentent ainsi les réponses obtenues : « La variété des réponses et le sérieux avec lequel la plupart des parents ont répondu témoignent de l'acuité de leurs préoccupations en matière d'éducation. Nous verrons que les attentes formulées par les parents les mettent, de même que leurs enfants, en jeu dans un processus éducatif, mais nous savons aussi que celui-ci ne peut pas être considéré indépendamment du contexte social dans lequel ils évoluent et qui est le creuset même de l'intégration. En effet, en matière d'éducation et de formation des futurs adultes, les parents se trouvent au centre d'un système (éducatif) dont ils ne possèdent pas toutes les clés. Ils sont cependant sommés de remplir « leur » rôle, permettant à l'enfant de trouver « sa » place, alors que le fait d'être adulte et d'avoir mis au monde ne suffit pas à structurer la fonction

106 Ibid p 21

107 Ibid p 23

108 Ibid p 22

109 Ibid p 28

parentale, à permettre de l'assurer dans le cadre quotidien et symbolique, ni à penser et à fabriquer les futurs citoyens dans la seule sphère privée.

Les fortes attentes sociales dont sont porteurs les parents se retrouvent bien dans leurs propos »¹¹⁰

Ils estiment donc que les réponses des parents (y compris au quotidien) sont largement influencées par ce qu'on pourrait nommer « pression sociale », et sont très attentifs à l'éducation de leurs enfants.

Ceci contraste particulièrement avec l'idée de « démission parentale » ou de « laxisme » dont on peut les soupçonner.

À la question « Que redoutez-vous le plus? », les réponses sont majoritairement la drogue, l'alcool, puis la violence et les mauvaises fréquentations. « On voit que les craintes des parents renvoient à ce qu'ils ne maîtrisent pas, cet extérieur inquiétant et incontrôlable. »¹¹¹

Est-ce donc une vision inquiétante de la société et du monde qu'ont les parents ? Avec peut-être l'impression qu'aucune institution, parmi toutes celles qui existent, ne peut ni les protéger ni les aider ?

Enfin, les parents craignent les manques : de respect, de moyens financiers, d'interaction, d'enthousiasme. Ce qui du coup renvoie plus à ce que eux peuvent apporter.

Mais que penser alors du « manque d'intelligence » ? N'est-ce pas une crainte fondamentale des parents? La déficience intellectuelle pourrait-elle faire partie de ce qu'ils craignent le plus ? Une situation où ils seraient d'emblée dans l'« incapacité » à se positionner comme « bon parent » ?

Le point de vue des enfants et des jeunes (réponses aux questions uniquement pour les jeunes)

1105 jeunes ont répondu à une question concernant ce qu'ils attendent de leurs parents:

dans plus d'un cas sur quatre leurs réponses font état d'une demande d'aide et de soutien. L'écoute y est souvent rattachée (citée 129 fois). Ils attendent également de leur parent une « éducation », de l'amour, puis de la compréhension et de la confiance. 46 réponses mettent l'accent sur les études et les résultats scolaires. 5 réponses seulement abordent les notions de limites, interdits, ou de repères. La question de la sécurité (physique et psychique) n'est abordée que par 4 jeunes filles.

901 jeunes ont émis un avis quant au parent qu'ils aimeraient être :

le parent qui serait leur idéal est avant tout attentif (cité 145 fois), gentil (cité 115 fois), il a une bonne écoute (cité 109 fois). 44 jeunes se projettent comme possédant de l'autorité, tout en nuancant

110 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, 2003, p 60

111 Ibid p 66

leurs propos pour la plupart. 54 personnes souhaitent donner une « bonne éducation » à leurs enfants. Ce que cette expression recouvre est très variable selon chacun :

- « J'aimerais donner la meilleure éducation possible à mes enfants, je voudrais être le meilleur des pères ».
- « J'aimerais être courageux, bien éduquer mes enfants et être heureux comme tout le monde ».
- « Bien les éduquer et une baffe quand ils diront une insulte ».
- « Je voudrais un bon job pour assurer un bon avenir à mon enfant ou bien pouvoir lui offrir une éducation extraordinaire (ex: vie en Afrique). En fait, pas une éducation banale. Et puis, on verra bien. »¹¹²

« Futurs parents attentifs, gentils, à l'écoute mais pas dépourvus d'autorité, voilà ce que les jeunes disent vouloir être plus tard. Alors qu'ils attendent surtout aujourd'hui de leurs propres parents, aide, soutien, écoute et compréhension, on constate un décalage entre la manifestation de leurs besoins actuels et de leurs engagement futurs »¹¹³

Et pourtant ...

« Ce qui frappe dès la première lecture des résultats des questionnaires, c'est la grande homogénéité qui se dégage de la comparaison entre les propos des parents et ceux des jeunes. En effet, quel que soit le type de question et sans rentrer encore dans le détail des réponses, parents et jeunes émettent globalement le même avis dans 4 cas sur 5. On le verra, parents et enfants sont plus souvent en accord qu'en désaccord dans le domaine de l'éducation. Il s'agit là d'un élément non négligeable qui contraste avec tous les discours sur le conflit des générations. »¹¹⁴

Ce décalage entre la réception et la production de parentalité chez les jeunes, et pourtant leur accord global avec les parents, peut évoquer deux choses :

soit nous avons là la démonstration qu'être un parent parfait est impossible, et donc qu'il faut faire au mieux (d'où le décalage entre les attentes et les idéaux), soit nous avons les réponses de jeunes globalement en accord avec leurs parents parce que n'ayant pas encore atteint un âge suffisant ou une autonomie psychique suffisante pour se désengager de l'éducation qu'ils reçoivent chez eux.

112 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, 2003, pp 78-79-80

113 Ibid p 80

114 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, 2003, p 83

Croisements des données entre parents et enfants (réponses aux questions communes aux parents, enfants et jeunes)

Règles, autorité et morale :

- Tous s'accordent pour dire que les règles doivent toujours être expliquées aux enfants.
« On ne s'étonnera pas que ceux qui s'opposent à cette idée sont majoritairement ceux qui considèrent qu'à la maison, « un enfant ne doit pas discuter, il doit obéir » [...] Pour les jeunes [...] plus ils sont jeunes et plus ils pensent que l'enfant, à la maison, ne doit pas discuter mais obéir. »¹¹⁵
- « La majorité des personnes interrogées considère que « l'autorité est la base de l'éducation » [69,39% pour les jeunes et 70,62% chez les parents]. On peut dire qu'il s'agit là d'un point de vue plutôt défendu du côté masculin, par les pères comme les enfants, les mères et les filles étant plus souvent nuancées dans leurs réponses. [...] De même, plus on estime que « l'autorité est la base de l'éducation », et plus on soutient l'idée qu'« une bonne gifle remet bien souvent les idées en place ». »¹¹⁶
- 77,50% des parents jugent que « les leçons de morale devraient faire partie du programme scolaire », alors que 56,81% des jeunes et enfants refusent cette éventualité (dont 30,93% y sont entièrement hostiles)¹¹⁷

Parler et écouter :

- Les parents estiment en majorité accepter d'écouter ce qu'exprime l'enfant. En revanche, ceux qui sont prêts à prendre au sérieux la parole de leur enfant sont aussi ceux qui ne se sentent pas en danger dans cette situation d'écoute.
« de ceux qui estiment ne pas devoir prendre au sérieux ce que dit un enfant, [...] on peut penser qu'ils défendent une conception de l'éducation basée sur des rôles fixés et des comportements déterminés. [...] La dynamique relationnelle instaurée dans la famille est alors celle du « dévouement inconditionnel et de la toute puissance parentale » [selon les propos de Jean Kellerhals] et laisse peu de place à la négociation, à la parole et à la motivation de l'enfant. »¹¹⁸

La question de la responsabilité parentale :

115 Ibid pp 95-96-97

116 Ibid pp 102-103

117 Ibid p 99

118 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, 2003, pp 94-95

- 66,25% des parents estiment devoir tout savoir sur leurs enfants. Au contraire, 56,26% des enfants et jeunes désapprouvent, dont 19,05% qui récusent complètement cette idée. « On peut y voir le décalage entre une revendication à l'autonomie des uns et le sentiment de devoir tout maîtriser, des autres, qui peut être l'un des effets des exigences croissantes vis à vis des parents. »¹¹⁹
- 77,71% des jeunes et enfants, ainsi que 69,12% des parents interrogés décrètent que « c'est aux parents de trouver toutes les solutions pour aider leur enfant »¹²⁰. Bien sûr cette tâche n'aura pas le même degré de difficulté pour tous les parents. On peut même ajouter que cette tâche se complique dans le cas de difficultés économiques, sociales, de santé... « Il est remarquable de constater que les publics les plus soupçonnés de démission sont ceux qui ont le plus intégré les injonctions de responsabilité. Ils semblent ne pas s'accorder le droit à l'erreur; rejetant même le recours à des tiers en cas de problème. »¹²¹ Ainsi les parents qui estiment devoir trouver toutes les solutions pour leur enfant sont aussi ceux qui ne veulent pas faire appel aux institutions, et qui sont d'autant plus désarmés en cas de problème avec leur enfant, car ils ont bien reçu l'injonction de leur responsabilité.

En effet, si les parents semblent pour un bon nombre prêts à consulter quelqu'un, et surtout les mères, les jeunes y sont particulièrement réfractaires (tous milieux socio-culturels confondus).

On peut développer cette idée en citant directement Bughin, Lamarche et Lefranc :

« Les parents de milieux populaires sont le moins d'accord pour envisager, pour un enfant en difficulté, une consultation thérapeutique. Cela ne veut pas dire pour autant que rien n'est envisagé, car parmi les parents qui n'envisagent pas de recourir à un psychologue, la majorité affirme que c'est aux parents de trouver toutes les solutions pour aider leurs enfants. On peut cependant y voir une résistance à un type d'approche jugé parfois intrusif (« de quoi vont-ils parler? ») et stigmatisant (« mon enfant n'est pas fou »), mais aussi un décalage déjà analysé par certains sociologues entre la perception du problème par les parents et la lecture qui en est faite par certains spécialistes. Ceux-ci, en effet, dans leur recherche de « conflit relationnel » qui pourrait expliquer les difficultés, remettant en quelque sorte en question le fonctionnement de la famille qui ne saisit pas de manière spontanée le rapport qu'il peut bien y avoir entre le problème qu'elle rencontre et les questions que l'on va aborder. « Le questionnement sur la vie privée et la culpabilisation ne peuvent alors être acceptés que si la légitimité de la démarche est reconnue, ce qui implique soit un minimum de familiarité et de reconnaissance de l'univers « psychanalytique », soit une prédisposition sociale à

119 Ibid p 101

120 Ibid p 113

121 Ibid pp 117-118

reconnaître l'autorité de la parole du spécialiste. » (Pinel et Zafiropoulos) »¹²²

Le problème ici est l'incompréhension du rôle des professionnels, avec non-reconnaissance de leur savoir et de surcroît un sentiment d'intrusion dans la sphère privée. Mais un temps d'explication, de confrontation des représentations, est-il toujours observé auprès des familles chez qui les professionnels interviennent ? Les limites sur ce qui est de l'ordre du « privé » sont-elles les mêmes pour les deux partis ? Certainement pas, si les parents considèrent qu'ils doivent tout régler seuls.

Le point de vue des professionnels

La question des droits et devoirs du parent envers l'enfant et vice-versa :

Globalement les professionnels affirment que les parents ont des droits et devoirs envers leurs enfants, et que les enfants ont également des droits et devoirs envers leurs parents, quoique la question des devoirs de l'enfant laisse transparaître des opinions mitigées : l'enfant doit-il quelque chose à ses parents ?

Le parent idéal :

Dans un premier temps, les professionnels refusent l'idée d'un parent idéal. Puis on repère l'expression d'un consensus sur quelques points forts dans les 323 interviews :

- écoute, dialogue, échanges, ouverture cités 15 fois
- amour partagé, bonheur de l'enfant, relation affective et confiante cités 12 fois
- transmission de valeurs, dont celles du respect, du bien et du mal, poser un cadre, des limites, une sécurité sont cités 11 fois
- qui soigne bien l'enfant cité 10 fois
- reconnaître l'enfant comme une personne, son individualité, le comprendre cités 10 fois
- la disponibilité, le temps, les activités partagées, cités 8 fois
- la réussite sociale des parents citée 6 fois

Le repérage des problèmes familiaux par les professionnels interrogés :

- Les discours sont hétérogènes, parfois contradictoires, présentant à la fois de stigmates envers les parents, tout en étant très nuancés : il n'est pas facile d'en extraire des représentations types.

¹²² BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, 2003, pp 115-116

Cependant, les citations suivantes sont assez représentatives des réponses obtenues :

« Le comportement des enfants est souvent apprécié comme révélateur d'une structure familiale, d'un mode de communication rompu ou problématique entre parents et enfants »

« Au sujet des familles, les qualificatifs de « *dépassées, démunies, inquiètes* » rassemblent plutôt enseignants et travailleurs sociaux. Certains policiers évoquent le manque de confiance, le manque de dialogue entre parents et enfants. Un certain consensus s'établit autour de la structure des familles « incriminées ». Il s'agirait de familles en situation de précarité sociale. »

« les familles d'origine étrangères restent assez souvent suspectées. Les protections que leur confère les lois sur la discrimination relativisent le discours »

« A noter que les rares fois où sont citées les « familles de gitans », il n'est fait allusion à aucune circonstance atténuante. »

L'écart à la norme en terme de composition familiale reste un marqueur social efficace. Ainsi, les familles nombreuses font l'objet d'un regard particulier :

- « ... en général les familles nombreuses, ça pose beaucoup plus de problèmes ». (Policier)
- « ... c'est des enfants bien souvent issus de familles très nombreuses, qui ne savent pas se concentrer, qui n'écoutent jamais... ». (Enseignant) »¹²³

- Les familles recomposées et monoparentales sont également ciblées, comme source potentielle de problèmes. Notamment en ce qui concerne la monoparentalité maternelle, alors le père est jugé inexistant, coupable de « démission passive ». L'écart au modèle stable matrimonial avec peu d'enfants étant toujours « un facteur aggravant »¹²⁴ Pourtant nous l'avons vu, ce n'est pas un marqueur de risque selon les parents et les enfants.
- Quelques personnes interrogées abordent la structure communicationnelle familiale comme étant le cœur du problème : celui d'une « défaillance » des savoirs faire, de valeurs, soit une défaillance de transmission.¹²⁵

Les qualificatifs pour désigner les parents :

On remarque dans les propos des professionnels des termes bien spécifiquement destinés aux parents : « on entendra évoquer les « *parents incompetents* », les « *parents inquiets, perdus* », et les parents « *disqualifiés* » » en majorité.¹²⁶

Au-delà de ces simples termes, la plupart tentent d'explicitier leurs propos :

123 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, 2003, pp 150-151-152-153

124 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, 2003, pp 153-154

125 Ibid p 154

126 Ibid p 155

« Les « parents incompétents » sont ceux « qui ne voient pas et qui ne veulent pas voir » (Travailleur social)

« Les parents qu'on a en face de nous ne se sentent pas concernés. C'est toujours le gamin du voisin qui est la cause des troubles. » (Travailleur social) »

« Il y a ceux qui sont « immatures », « des parents qui n'investissent pas leur enfant, qui n'investissent pas leur responsabilité de parents ». (Travailleur social)

« Il y a certains parents qui ont tendance à voir leurs enfants comme des anges et des martyrs » (Enseignant), et nos interlocuteurs pensent souvent avoir un regard plus objectif sur les enfants que les parents sur leurs propres enfants. »

« Ils sont souvent perdus, ils ne savent plus quoi faire ». (Travailleur social).¹²⁷

« [...] Le monde dans lequel on vit, ça va trop vite pour eux. Ils n'ont pas de boulot, ils sont sur la touche (...). Et ils se sentent disqualifiés pour permettre à leur gamin de rentrer de plain-pied dans cette société qui les a mis, eux, dehors [...] ils ont besoin d'un petit peu de reconnaissance » (Travailleur social) »¹²⁸

Si les enseignants et les policiers sont majoritairement en accord avec le terme « démission », ce dernier provoque plutôt le désaccord des interlocuteurs de l'action éducative.

Dans tous les cas, un écart à la norme dans une certaine marge (propre à chacun) peut être explicatif des difficultés rencontrées.¹²⁹

Quelles sanctions – quelles mesures ?

« Ceux qui qualifient les familles d'incompétentes auront plus tendance à tenter l'application de mesures répressives, même s'ils ne sont pas entièrement persuadés des effets.

Ceux qui tentent une approche compréhensive des conditions dans lesquelles la famille doit faire œuvre d'éducation auront tendance à douter de tout système de sanction à priori. »¹³⁰

La majorité des professionnels estiment qu'il faut apporter une aide à la parentalité, aux parents. Et chacun spécifiera selon sa profession quelques pistes. Ainsi, pour le juge des enfants, il peut s'agir de décisions judiciaires et de mesures d'investigation. Il précisera la difficulté à vouloir soutenir les parents lorsque ceux-ci n'approuvent pas la démarche. Sa préoccupation première sera la sécurité de l'enfant.

127 Ibid p 155

128 Ibid p 156

129 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, 2003, p 159

130 Ibid p 163

Pour les enseignants, l'aide à apporter doit être centrée sur l'élève et les parents d'élèves (soutien scolaire, aide aux devoirs dans les quartiers, uniquement des sanctions qui apportent des éléments éducatifs, prendre un temps pour écouter les parents quand ils viennent à l'école, valoriser leur investissement, partager leurs interrogations soit créer des lieux et temps de parole, pour aussi rompre l'isolement et amener des éléments de compréhension ...). L'essentiel pour eux étant que le parent arrive tout autant que l'enseignant à se positionner comme adulte par rapport à l'enfant.

Donc l'aide à proposer serait majoritairement de l'ordre du groupe de parole : ce genre de dispositif est fréquent. Est-il insuffisant (quantitativement) ou inefficace (qualitativement) ?

Tous s'accordent pour parler de précautions déontologiques à la mise en place de ces groupes de partage : « *L'aide doit être faite de façon délicate, sensée, réfléchie, et en aucun cas induire des choses encore plus lourdes. (...) Intervenir dans le lien parental, c'est compliqué, parce qu'il y a plein de choses que l'on ne maîtrise pas. Ça doit être mené par des gens qui savent ce qu'ils disent, comment ils le disent et pourquoi, et qui ont fait un sacré travail sur eux-mêmes pour savoir aussi ce que ça réveille en eux ou pas...* » (par une responsable de secteur enfance)¹³¹

En résumé, les points importants à respecter seraient les suivants :

- une relation parents-professionnels la plus symétrique possible, aucun ne possède plus de savoir que l'autre, mais chacun possède une intuition et un savoir différents
- les parents doivent être volontaires pour participer, afin de créer un partenariat, de trouver des valeurs communes aux deux partis
- sortir d'un lieu déjà connoté (école, commissariat...) pour s'installer plutôt dans une salle de quartier (un lieu neutre)
- ne pas juger, ne pas conseiller, ne pas s'immiscer dans la vie privée des familles, garder « secret » ce qui se passe pendant les rencontres. « De quel droit s'immiscer dans la vie des gens? Nous, on peut donner un conseil, mais c'est difficile de définir une norme du dialogue avec un gamin »¹³² affirme un policier.

Quant au contenu des réunions il s'agirait par exemple :

- d'échanger, de partager un vécu etc.
- d'aider chacun à trouver un positionnement adapté avec ses enfants

¹³¹ Ibid p 177

¹³² BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?* 2003, p 179

- d'une aide à la découverte culturelle pour les mères isolées : d'après une conseillère en action sociale : « Il faut qu'elles s'ouvrent à la culture notamment ... Certaines femmes n'ont jamais quitté leur quartier ». ¹³³
- d'effectuer un travail sur une relation plaisante et stimulante du parent envers l'enfant : « un apprentissage de la parentalité est possible [...] Cet apprentissage peut concerner le développement des savoir-faire, du jeu, de la communication, du positionnement dans une relation adulte-enfant. » ¹³⁴ Selon un magistrat : « C'est aussi bête que d'aider les parents à jouer avec leurs enfants ». Selon une éducatrice : « Jouer, changer la relation pour qu'elle devienne plutôt de l'ordre de l'éveil, du ludique, plutôt que de l'ordre de l'autorité, ou du soin... » ¹³⁵

Le terme de « parentalité » est amené ici pour la première fois. Nous y reviendrons. Quant au jeu, au ludique, c'est bien souvent ce genre de relation de plaisir que souhaite avoir l'orthophoniste avec l'enfant en séance.

Au-delà de ces temps de rencontre, la plupart des interrogés s'accordent pour une aide matérielle, une aide au niveau des conditions d'existence : logement, temps, disponibilité (c'est la disponibilité temporelle qui est évoquée, mais libre à nous de suggérer une disponibilité psychique), ressources économiques. Pour un responsable de prévention spécialisée : « Pour changer les choses, je pense qu'il faut aussi leur donner les conditions pour remplir leur rôle de parent correctement. Je pense que les parents ne sont pas égaux sur le plan matériel et de l'éducation (...). Déjà, la question du logement est centrale... » ¹³⁶

Toutefois, une question importante mérite d'être abordée : comment faire en cas de refus parental catégorique de toute mesure d'aide ou de soutien ? C'est bien la protection de l'enfant et le rappel à la loi qui priment. Selon un responsable de centre de soin : « En tant que professionnels, c'est à nous d'être à l'affût (en cas de toxicomanie par exemple), d'accompagner. Je suis bien obligée de dire que là, il faut que je surveille, que je mette en lien, en réseau ... » ¹³⁷

Mais au-delà de cette réponse, aucune solution efficace n'a pu être proposée. D'ailleurs dans cette étude, la question de l'origine de la demande est peu abordée : comment faire pour faire alliance avec les parents, reconnaître leur demande ou en faire émerger une ?

¹³³ Ibid p 181

¹³⁴ Ibid p 179

¹³⁵ Ibid p 179

¹³⁶ BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?* 2003, p 179

¹³⁷ Ibid pp 180-181

« On pourrait voir un paradoxe entre la mise en avant massive de structures et dispositifs publics ou privés, identifiés comme recours possible aux compétences de différents professionnels de l'aide (partenariat, réseau), et la réticence [des professionnels] énoncée envers les conseils, les modèles, les marches à suivre. Peut-on parler ici d'« abstention pédagogique », de doute sur les propositions avancées? Ne peut-on y voir un constat de l'inefficacité des solutions élaborées en dehors des intéressés eux mêmes ou encore une perte des modèles et repères normatifs? »¹³⁸

On repère une « réserve déontologique vis à vis des possibles intrusions dans la sphère privée. Ne faut-il pas y voir l'expression d'un doute sur la légitimité et l'efficacité de leurs actions, lié à la difficulté d'évaluer la portée de celles-ci ? Qu'il s'agisse de l'action des parents ou de celle des professionnels, la suspicion ne fait-elle pas office d'évaluation? »¹³⁹

Pour Paul Durning (« Répression, soutien ou formation des parents », Informations Sociales, n°73-74, 1999, p 192) : « la mise en cause médiatique des parents (...) évite d'interroger l'efficacité de l'action des professionnels et surtout des institutions éducatives, extrêmement coûteuses, qui participent à l'éducation des enfants très précocement et sur de très longues durées »¹⁴⁰

Le terme parentalité :

aucun des professionnels interrogés sauf un n'y fait référence spontanément. « Sans être totalement inconnu, il ne fait pas partie du vocabulaire courant ». ¹⁴¹ Ceci peut s'expliquer par :

- Une difficulté à lui donner du sens
- L'impression de nommer ce qui existait déjà (relations parents-enfants, responsabilité parentale, fonction parentale)
- L'impression qu'on « peut le mettre à toutes les sauces » donc, lui donner n'importe quel sens.
- L'idée que c'est avant tout un objet de réflexion sur ce qu'il recouvre, et qu'il est précisément à définir

Nous allons donc préciser le concept de parentalité et envisager quelle réalité ou construction de pensée il représente.

138 Ibid p 183

139 Ibid p 191

140 Ibid p 195

141 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?* 2003, p 183

2.3 L'intervention institutionnelle en cas de « parentalité défailante »

a) Ce que recouvre la parentalité

On peut accoler divers préfixes au terme « parentalité » comme par exemple mono(-parentalité), homo(-parentalité)... etc. Ainsi, « parentalité » désigne bien leur fonction commune : être parent. Et les préfixes quant à eux spécifient ces différentes façons d'être parent. Certaines peuvent être source de stigmatisation, de jugement, mais surtout de soupçons. « Se pencher sur la parentalité, c'est « chercher ce qui ne va pas ». »¹⁴² Il s'agit certainement là encore de comparer des écarts à la norme, sociale ou morale propre à chacun. Aller voir ce qui se passe du côté des parents serait donc une demande sociale, voire politique ? Comme le souligne Jean-Claude Quentel : « Les recherches en matière de parentalité ne doivent pas découler de cette « commande » effectuée par la société actuelle. »¹⁴³

Étymologie et premières définitions

Selon Burghin, Lefranc et Lamarche : « Le terme « parentalité », est un néologisme dérivé de « parental », ses origines remontant au XVI^e siècle. Comme l'indique le Dictionnaire Critique d'Action sociale, « il n'est nullement dépourvu d'intérêt de noter qu'un terme voisin, « *parentalies* », désignait dans l'Antiquité romaine les fêtes annuelles célébrées par chaque famille en hommage aux ancêtres, c'est-à-dire aux morts ». D'une façon très large, la parentalité désigne la fonction de parent, en prenant en compte les responsabilités juridiques, morales et éducatives du père et de la mère. Cette notion de parentalité est liée à la prise de conscience qu'être parent ne va pas toujours de soi et que, pour reprendre un propos souvent attribué à Françoise Dolto, « on ne naît pas parent, on le devient » [...] »¹⁴⁴ Ces trois auteurs préciseront qu'à nouveau, il ne faut pas confondre la parentalité (qui s'exerce auprès des enfants vivant sous le même toit que l'adulte concerné) et la parenté (qui est de l'ordre généalogique).

La parentalité serait donc l'ensemble des devoirs parentaux, comme une transmission de ce qu'auraient apporté les ancêtres familiaux, tout en devant trouver sa propre façon de faire.

142 Ibid pp 7-8

143 QUENTEL Jean-Claude, *Le parent, Responsabilité et culpabilité en question*, 2008, Bruxelles : Éditions De Boeck, p 9

144 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, 2003, p 33

Pour G. Poussin, il s'agit avant tout de se sentir parent, soit accepter d'endosser le rôle de parent. Mais comment accéder à ce ressenti s'il ne vient pas naturellement ?

La loi, elle, traite plutôt d'autorité parentale que de parentalité. Cette autorité est un « ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne ». Article 371-1 du Code Civil¹⁴⁵

Des personnes telles que Claude Martin, Armelle Debroise ou François De Singly nous ré-assure de la pleine autorité de l'État qui dépasse l'autorité parentale, dans une démarche de protection de l'enfant. Ainsi, Martin et Debroise nous rappellent qu'après la Révolution Française, l'état de minorité a été attribué à l'enfant jusqu'à ses 21 puis 18 ans pour le déresponsabiliser. En outre, ces auteurs signalent le fait que l'État se doit de retirer l'autorité parentale en cas de mise en danger de l'enfant, et font appel aux propos de François De Singly : « Le seul fait que des lois puissent limiter, dans les pays occidentaux, les interventions des parents, voire même leur retirer leur enfant, montre bien que c'est l'État qui, en dernière analyse, possède les enfants dont il confie, dans les conditions les plus ordinaires, la responsabilité à leurs parents biologiques. »¹⁴⁶

C'est plutôt l'article 29 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant qui précise quels sont les besoins de l'enfant au niveau éducatif. L'éducation de l'enfant doit viser à :

« - Favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités.

- Inculquer à l'enfant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales.
- Inculquer à l'enfant le respect de ses parents, de son identité, de sa langue, de ses valeurs culturelles, ainsi que le respect des valeurs nationales du pays dans lequel il vit.
- Préparer l'enfant à assumer les responsabilités de la vie dans un esprit de compréhension, de paix, de tolérance, d'égalité entre les sexes et d'amitié entre tous les peuples et groupes ethnique et religieux. »¹⁴⁷

Mais pourquoi utiliser ce nouveau mot, « parentalité » pour désigner ce qui est déjà présent dans la loi et la morale ? Qu'apporte-t-il ? Jean-Claude Quentel nous propose l'idée suivante : « Il s'agit là d'une *dénomination* sociale, c'est-à-dire d'une formulation qui a pour effet de produire une réalité,

145 Ibid p 35

146 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?* 2003, p 100

147 Ibid pp 111-112

qui sera dès lors socialement construite, et du même coup relative »¹⁴⁸

Ce terme aurait-il alors pour finalité de rendre réelles des intuitions implicites ?

Ce que je nomme ici par « intuition » est peut-être cette dimension anthropologique de la parentalité que suggère Quentel :

« il existe bien une dimension du fonctionnement humain qu'on peut désigner du terme de parentalité et qu'elle détermine spécifiquement les processus un jeu entre le parent et l'enfant, quelle que soit la forme qu'ils vont prendre. » Il ajoutera plus loin : « il n'est pas question d'aller chercher en dehors de l'homme lui-même les raisons de son propre fonctionnement. Et il n'est d'autre part pas possible de continuer à soutenir qu'il tient son humanité du seul fait de s'inscrire dans une société qui lui préexiste »¹⁴⁹

Comment « produire » de la parentalité ?

L'auteur cité le plus fréquemment dans divers ouvrages est Didier Houzel (pédopsychiatre et psychanalyste), il propose 3 axes pour la parentalité qui sont les suivants :

- Exercer la parentalité → exercer la parentalité se peut quand on a l'autorité parentale (ensemble des droits et devoirs attribués aux parents). Nous sommes donc au niveau symbolique qui renvoie à l'identité de parent.
- Pratiquer la parentalité → pratiquer la parentalité inclut les actes de la vie quotidienne dont les interactions avec l'enfant, nous sommes ainsi dans le registre effectif, le registre de l'action.
- Expérimenter la parentalité → expérimenter la parentalité c'est l'expérience de relation affective et imaginaire avec son enfant. Le registre est alors subjectif. C'est là que se loge chez le parent l'enfant réel, imaginaire et enfin fantasmatique.¹⁵⁰ «*Il se projette «narcissiquement», dira Freud, sur son enfant ; il opère plus précisément une projection de sa propre enfance.*» (Quentel)¹⁵¹

148 QUENTEL Jean-Claude, *Le parent, Responsabilité et culpabilité en question*, 2008, p 11

149 Ibid p 12

150 BOURGET Lucile et LE CORRE Anne, *ORTHOPHONIE ET DIVERSITE CULTURELLE : Analyse et questionnements sur l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste en exercice libéral*, année universitaire 2011-2012 → pp 33-34, et BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, 2003, → pp 37-38

151 QUENTEL Jean-Claude, *Le parent, Responsabilité et culpabilité en question*, 2008, p 47

Marie-Pierre Mackiewicz (Maître de Conférences en sciences de l'éducation) complétera ce modèle par une dimension supplémentaire, le « capital social » : cet axe permet de prendre en considération les conditions d'existence des parents, qu'elles soient matérielles, culturelles, symboliques ...¹⁵² en estimant que ces données façonnent la parentalité, là où Houzel aurait pu disséminer ces éléments dans chacun des trois axes que, lui, propose.

Cependant, pour d'autres (Parent C., Drapeau S., Brousseau M., Pouliot E. (sous la direction) (2008), *Visages multiples de la parentalité*, Presses de l'Université du Québec, p. 74) et plus précisément dans le domaine de la psychologie, la parentalité est plutôt reliée à la notion de « compétence parentale ». Celle-ci est développée selon quatre axes¹⁵³ :

- la qualité de la relation affective (là où se situe l'expérience subjective de la parentalité de Houzel)
- l'exercice de l'autorité (soit le niveau symbolique de Houzel)
- la réponse aux besoins de l'enfant (dimension effective de la parentalité pour Houzel)
- la capacité de médiation avec l'environnement (on y retrouve à nouveau la dimension effective de Houzel, mais aussi le « capital social » de Mackiewicz)

Globalement, les modèles de la parentalité recouvrent des réalités qui sont proches.

Et si Mackiewicz ajoute une déclinaison au modèle de Houzel, des auteurs tels que Champagne-Gilbert (1987) et Smolla (1988) viennent, eux, renforcer la « capacité de médiation avec l'environnement » du modèle psychologique : ils évoquent des «*éléments contextuels renforçateurs*»¹⁵⁴. Ils désignent par ce terme l'ensemble des conditions et normes sociales qui sont en vigueur et qui touchent la parentalité dans son exercice par le biais des institutions (entre autres l'École) qui ont une influence sur l'éducation et le vécu de l'enfant.

La question d'une co-production entre les parents et la société est donc à nouveau clairement en jeu.

152 BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, 2003, pp 37-38

153 BOURGET Lucile et LE CORRE Anne, *ORTHOPHONIE ET DIVERSITE CULTURELLE : Analyse et questionnements sur l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste en exercice libéral*, année universitaire 2011-2012, pp 33-34

154 BOURGET Lucile et LE CORRE Anne, *ORTHOPHONIE ET DIVERSITE CULTURELLE : Analyse et questionnements sur l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste en exercice libéral*, année universitaire 2011-2012, p 70

Une autorisation parentale pour co-produire de la parentalité ?

Comme évoqué précédemment, l'État délègue naturellement son autorité et sa protection aux parents de l'enfant. Et bien qu'une majorité de parents estime, apparemment, devoir tout savoir sur leur enfant, l'enfant est bien heureusement présent pour réclamer une vie autonome tant physiquement que psychiquement. C'est d'ailleurs certainement le rôle des institutions telles que l'École d'éviter une toute-puissance parentale. Les parents doivent ainsi, à un moment donné, déléguer leur responsabilité aux institutions : s'ils veulent inscrire de façon normative leur enfant dans la société, ils doivent le lui confier dans des temps et espaces prédéfinis et communs.

Tout d'abord traitons de la responsabilité avant d'envisager sa délégation. « L'enfant n'assume pas de responsabilités, *«il est celui pour qui l'adulte doit assumer cette responsabilité»* [Quentel J.-C. (2006) d'après un compte-rendu de conférence rédigé par Couraud F., *Conforter les compétences parentales*, Les rendez-vous régionaux du travail social organisés par l'IRTS de Rennes] Et c'est là, ce qui différencie un enfant d'un adulte, dans notre société. »¹⁵⁵

On comprendra alors que le parent choisisse pour l'enfant un mode de vie, un mode relationnel ... : « Son rôle principal [au parent] consiste à l'orienter dans la vie, c'est-à-dire à lui proposer une trame d'analyse de son vécu et de celui de son entourage immédiat. »¹⁵⁶ Cela recouvre le langage, le comportement, la technique, les règles, les concepts auxquels le parent se réfère...

L'enfant sera alors porteur de la culture parentale, que l'on peut désigner par « l'habitus » de Bourdieu (sociologue) : « L'habitus constitue donc une organisation de traits appris par l'enfant à partir des usages sociaux particuliers que lui ont légués ses parents. Il les tient d'eux, mais ils viennent en fin de compte constituer un mode d'être dont il n'a pour l'essentiel aucune conscience. »¹⁵⁷

C'est donc avec cet habitus que l'enfant part à la rencontre de la culture, cette fois sociétale, lorsqu'il n'est plus dans son cercle familial. Quentel rapprochera l'habitus de la notion d'imprégnation de Gagnepain (auteur de la théorie de la médiation) :

« La problématique est incontestablement similaire chez les deux auteurs : il s'agit en l'occurrence que c'est le parent – et non le géniteur – qui se retrouve dans l'enfant, c'est-à-dire un être

155 BOURGET Lucile et LE CORRE Anne, *ORTHOPHONIE ET DIVERSITE CULTURELLE : Analyse et questionnements sur l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste en exercice libéral*, année universitaire 2011-2012 p 36

156 QUENTEL Jean-Claude, *Le parent, Responsabilité et culpabilité en question*, 2008 p 53

157 Ibid p 54

éminemment social, marqué par la totalité de ses appartenances et de ses engagements. »¹⁵⁸

Le parent prépare donc son enfant à entrer en relation avec un certain type de société. L'enjeu est que l'enfant ne soit pas désarmé lorsqu'il sera confronté aux normes sociales en vigueur hors de son domicile, et qu'il ne soit pas dans l'obligation de devoir choisir entre sa culture familiale et la culture sociétale.

C'est par délégation de leur responsabilité aux institutions que l'enfant pourra découvrir progressivement une culture extérieure et normative. En effet, vient un moment où les parents ne peuvent plus tout apporter à leur enfant : la sociabilité, l'ouverture, les savoirs scolaires. Pour certains ce sera très tôt avec la garderie, pour d'autres ce sera intermittent avec l'introduction de temps de loisirs par exemple, mais pour presque tous les enfants, l'école sera un passage obligé.

« Le parent n'assume pas seul sa responsabilité, il la délègue et la confère à d'autres, principalement à l'École[...]. Ces autres ne sont pas n'importe qui, ce sont des professionnels, et le parent délègue dans des conditions bien déterminées. S'établit alors un contrat entre les parents et le professionnel, ce terme est à entendre dans le sens anthropologique, un contrat qui crée et noue des relations, qui définit le type de rapports ». ¹⁵⁹

Si la délégation semble bien sécurisée par un cadre fiable et stable, elle n'est pas si simple. Comme nous l'avons vu, ce que semblent le plus craindre les parents pour leur enfant, ce sont certaines réalités extérieures et faits de société qu'ils ne maîtrisent pas (violence, mauvaises fréquentations ...). S'ils estiment ne pas pouvoir accorder leur confiance à certaines institutions ou leurs représentants, la délégation des responsabilités ne peut pas bien se passer. De même si le professionnel ne fait pas confiance au parent et soupçonne une parentalité défaillante, alors un « contrat relationnel » peut difficilement être envisagé autrement que par du chantage de l'un envers l'autre. Quant à l'enfant, il ne pourra que subir ce clivage, ou investir l'un des partis au détriment de l'autre.

La situation est donc d'emblée plus simple si la culture familiale se rapproche un maximum de celle des institutions. L'essentiel, nous l'aurons compris, sera de trouver un terrain d'entente entre la famille et l'institution ou le professionnel en jeu. C'est bien là que se situe la question du positionnement de l'orthophoniste avec les familles. Pour cela, il faudra au moins différencier les rôles et compétences de chacun (parents/orthophoniste).

158 Ibid p 54

159 BOURGET Lucile et LE CORRE Anne, *ORTHOPHONIE ET DIVERSITE CULTURELLE : Analyse et questionnements sur l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste en exercice libéral*, année universitaire 2011-2012, p 36

On pourrait analyser aussi cette situation de délégation de la responsabilité sous l'angle plus psychanalytique de la fonction paternelle : c'est bien cette fonction qui interdit une dualité mère-enfant pour amener « autre chose », l'extérieur. Pour ces familles qui ont du mal à déléguer leur responsabilité aux institutions, il est intéressant de suggérer une absence ou une conception hors norme de la fonction paternelle. Ces parents, qui estiment devoir trouver toutes les solutions pour leur enfant, préféreraient-ils une situation duelle de type couple parental-enfant, sans place pour la socialisation à l'extérieur de la famille ?

La situation de handicap de l'enfant est quant à elle bien particulière : si l'on soupçonne une parentalité « défaillante » comme cause de handicap, on peut aussi se questionner sur le fait que le handicap puisse entraver le fait de bien devenir parent. Ainsi, si l'on envisageait la parentalité comme facteur important dans les liens fraternels, elle est peut-être encore plus prégnante avec la question de l'étiologie de la déficience intellectuelle.

b) La parentalité entravée : cause ou conséquence du handicap de l'enfant ?

Dans le cas d'un handicap visible à la naissance, « la loi de la Grèce antique ordonnait aux parents d'exposer l'enfant, c'est-à-dire de confier son destin aux dieux en l'abandonnant dans un lieu prescrit, inhabité et inhospitalier. Le devenir de cet enfant, dès lors, n'appartenait plus aux hommes. Une telle décision était publique: elle ne relevait jamais du seul fait des parents. C'est l'ordre social qui était compromis dans son entier, pas celui de la famille ». ¹⁶⁰

La responsabilité des parents était épargnée et l'on s'en référait à une faute commise par l'enfant lui-même à l'égard des dieux. L'exemple le plus connu étant celui d'Œdipe (dont l'étymologie signifie « pieds enflés »), enfant exposé qui a par la suite survécu, tué son père et commis l'inceste avec sa mère.

« Cette histoire nous permet de remarquer que, déjà à cette époque, l'infirmité rendait plus claires, plus transparentes, les relations implicites qui existent entre les personnes, notamment entre les parents et les enfants ou vice versa. [...] » ¹⁶¹ (Denis Vaginay)

Ce même auteur reprendra Simone Korff-Sausse en explicitant le désir de mort que peuvent éprouver les parents (souvent inconsciemment) envers leur enfant quand celui-ci se trouve étiqueté

¹⁶⁰ VAGINAY Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2005, pp 15-16

¹⁶¹ Ibid, p 16

« handicapé ».

Actuellement, ce désir de mort est toujours présent dans certaines communautés. Chez les Nuers (Afrique de l'ouest), on parle de l'enfant hippopotame remis à ses vrais parents par l'intermédiaire du fleuve (c'est-à-dire mangé par les crocodiles). Chez les Mossi (dans certaines zones du Burkina-Faso et du Ghana), l'enfant hypotonique est un enfant serpent. Lors de la révélation du handicap, il sera « en cérémonie », soit placé plusieurs jours dans une case et soumis à des fumigations, mais sans nourriture ni contact humain. À l'issue de cette épreuve, s'il est mort, « l'ordre cosmogonique » sera rétabli. Sinon, l'enfant réintégrera la communauté mais n'aura pas le droit de cultiver un champ et d'avoir des relations sexuelles. Il sera de surcroît élevé par une nourrice.

Denis Vaginay évoquera également Michel Foucault: les parents sont, selon lui, soumis à un « système de pensée » dominant. Soit l'ensemble des schémas et représentations qui appartiennent à l'ensemble social, et non pas à la psyché individuelle. Ainsi, les règles du groupe passent avant la décision parentale.

C'est à l'époque des « fous du roi » que l'on trouve les premières traces sociales d'un statut de la personne présentant un handicap: le fou du roi est un « nain, bossu, mais aussi débile ou caractériel semble-t-il »¹⁶². Il est l'interface entre le peuple et le pouvoir, tout en ayant la place de « soupape de sécurité ». C'est-à-dire que sa parole peut être celle du peuple (expression des récriminations contre le roi) ou celle du roi par ironie, sans avoir les capacités d'avoir une vraie parole de roi (raisonnée, pertinente...). « Le monde d'alors est encore affilié à une ombre satanique qu'il vaut mieux se concilier en flattant certains de ses représentant »¹⁶³ en reconnaissant un statut, celui de fou.

Dans les campagnes, les personnes présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne trouvaient facilement une place et des tâches simples à effectuer dans les fermes et les villages. D'autant plus que l'instruction y était modeste, les différences inter-individuelles étaient plus floues.

Enfin, les classifications par les asilaires et leur souci d'éducation des arriérés conduira à responsabiliser les parents, et amènera une compréhension des troubles. On exclut Dieu et la divinité pour une pensée rationnelle.

C'est à partir de ce moment là que la notion de responsabilité parentale apparaît, et que la question de la parentalité de l'enfant dit « handicapé » peut être traitée.

162 VAGINAY Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2005, p 20

163 Ibid p 21

Annnonce du handicap aux parents : un tremblement de terre pour la parentalité

« Il faut bien un temps de rencontre avec le handicap. » décrète Denis Vaginay. Les parents sont « confrontés à une réalité qui les concerne au premier chef puisqu'il s'agit de celle de leur enfant. » Passage obligatoire et réputé traumatisant, l'annonce du handicap est souvent décrite comme un « tremblement de terre » par les parents.¹⁶⁴

Le rapport à la norme, là encore, questionne et met à mal les parents. Si l'on s'en réfère au Petit Robert, l'anormal est celui « qui est atteint d'une anomalie dans son développement physiologique ou mental », ou encore ce « qui, étant imprévu et inexplicable, provoque la surprise ou l'inquiétude ». Pour Denis Vaginay, « L'inattendu, ici, est l'enfant qui ne nous ressemble pas et auquel on ne peut pas ressembler. [...] Cette réaction explique en partie la question à jamais sans réponse qui taraude de nombreux parents: « Pourquoi cela m'arrive-t-il à moi? » Autrement dit, que suis-je ou qui suis-je, qu'ai-je pu faire et à qui, pour qu'à travers moi soit passé un être de qui je ne suis pas le semblable? »¹⁶⁵

Il est alors question d'une blessure narcissique provoquée par la non correspondance de l'enfant réel à l'enfant imaginaire. Le parent se voit dans l'impossibilité de rejouer sa propre enfance, ou au contraire, de faire autrement avec son enfant. Tout est déconstruit et doit se reconstruire. L'auteur explicitera ainsi sa pensée: « Destabilisés par la perte de nos repères habituels, nous sommes amenés à réinterroger notre propre fonctionnement psychique, qui a tendance à défaillir tant que l'enfant déficient apparaît comme anormal. Du coup, nous ne sommes plus pour lui le réceptacle d'émois anticipé, stable et fiable dont il a besoin, le médiateur qui, progressivement, initie à une structure et à une culture, mais quelqu'un qui se reconstruit en même temps que et avec lui. C'est cette simultanéité qui induit l'interdépendance des psychismes, interdépendance proportionnée à la déstructuration psychique des adultes. »

Le parent se trouve donc en situation de devoir « inventer » une nouvelle façon d'être avec son enfant que celle qu'il avait pu projeter et préparer.

Ceci évoque aussi l'idée que « cet enfant-là ne les quittera jamais, qu'il restera accroché à eux comme une malédiction [...] la jouissance d'un enfant, l'idée même que l'on voudrait ne jamais s'en séparer, tout cela n'est possible que parce que la séparation est toujours là, en filigrane, comme un point d'avenir incontournable. »¹⁶⁶

164 Ibid p 51

165 VAGINAY Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2005, chapitre 3 : Rencontre avec le handicap

166 Ibid p 54

Cette question n'est certainement pas la même pour les parents présentant eux-mêmes une déficience intellectuelle, puisque leur enfant peut alors être leur semblable, justement par la spécificité qu'est la déficience. Ou encore dans le cas d'une déficience intellectuelle dont l'étiologie est la carence affective, on peut se demander ce qui, dans le comportement parental, consciemment ou inconsciemment, les amène à provoquer cette « anormalité ».

Denis Vaginay reprendra EVANS (« *The grief reactions of parents of the retarded and the counsellor's role* », *Australian Journal of Mental Retardation*, vol. 4, 1976) et LAMARCHE (*L'enfant inattendu*, Montréal, Boréal Express, 1987), et décrira en cinq étapes le processus d'adaptation des parents à l'annonce du handicap:

- 1- L'état de choc (« crise » psychique et identitaire, parents confus, effrayé, anxieux, coupables, abasourdis par le côté irréversible de la situation.)
- 2- La contestation ou la négation (refus ou mise en doute du diagnostic)
- 3- Le désespoir, la colère, l'anxiété, la tristesse (tout se polarise autour de l'enfant, envers lequel les parents éprouvent des sentiments contradictoires : vœu de mort-culpabilité, c'est un moment propice à l'éclatement de conflits latents entre les conjoints ou avec la génération précédente. La déception que cause l'enfant se transforme souvent en surprotection.)
- 4- Le détachement, l'adaptation (résignation, rythme quotidien monotone)
- 5- L'acceptation (« Les limites de l'enfant semblent admises de manière réaliste, c'est-à-dire que les parents peuvent accepter les aides nécessaires sans pour autant en rechercher systématiquement d'autres qui seraient plus aptes à nourrir leurs rêves. L'enfant prend une place plus appropriée dans la relation et la fratrie, sans doute parce que les parents peuvent enfin reconnaître leurs sentiments à son égard, les bons comme les mauvais. Il peuvent souhaiter pour lui un bon développement et une bonne intégration. »)¹⁶⁷

Ce parcours ne fait pas l'unanimité, n'aboutit pas pour tout le monde et de surcroît n'est pas acquis définitivement. Cependant on trouve là un exemple de cheminement pour « devenir parent » d'un enfant qui présente un handicap.

L'enfant présentant une déficience intellectuelle: entre autonomie et dépendance au système familial

Dans un premier temps ce sont les parents qui sont concernés par cette idée tenace de

167 VAGINAY Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2005, pp 62-63-64

dépendance : « La question de la séparation reste centrale chez la personne handicapée. Sans doute parce que les appareils psychiques des parents et de l'enfant se sont imbriqués lors du « tremblement de terre », ces parents auront-ils du mal à imaginer leur enfant devenir autonome. Celui-ci aura aussi du mal à prendre son autonomie dans la crainte de blesser ou de détruire ses parents en s'éloignant d'eux. »¹⁶⁸

Pourtant, le couple parental est un outil pour aider cette séparation et accorder de l'autonomie à l'enfant : « Il convient de ne pas oublier que les parents sont deux, père et mère. Qu'ils peuvent réagir différemment mais surtout qu'ils sont deux paroles et que, déjà et toujours, dans leur complémentarité, ils proposent à leur enfant de ne pas être prisonnier d'une relation duelle. »¹⁶⁹

La fratrie peut elle aussi par la suite se rendre dépendante de l'enfant porteur de handicap : « Nombreuses sont les personnes qui ont abandonné bien des ambitions sociales et professionnelles pour se consacrer à leur frère ou leur sœur handicapé(e), et on ne compte plus celles qui ont renoncé à fonder une famille »¹⁷⁰.

Influence du handicap d'un enfant sur la fratrie

Selon Vaginay, les parents craindraient de transmettre les sentiments négatifs refoulés envers l'enfant qui présente un handicap aux autres enfants de la fratrie. Ainsi, ils auraient tendance à « survaloriser l'amour qui existe entre frères et sœurs. »

Pourtant, si les frères et sœurs n'ont pas à être sidérés d'avoir donné la vie à un enfant hors norme, ils ont à vivre avec cette anormalité au quotidien et eux aussi doivent affronter le regard des autres. De plus, ils sont amenés à se construire dans une dynamique familiale faussée, notamment en ce qui concerne la jalousie entre frères et sœurs, mais aussi au niveau des processus identificatoires et différentiels avec le frère ou la sœur : « tout ce qui relève de la jalousie, sentiment normal et indispensable dans une fratrie, est déformé par la présence du handicap. D'abord parce que leurs parents n'ont pas le même rapport avec l'enfant handicapé (qui bénéficie objectivement de beaucoup plus de temps et d'attention qu'eux), ensuite parce qu'ils doivent faire face à leur propre culpabilité quand ils détestent ce frère ou cette sœur qui, déjà, souffre de son handicap et qui est

168 Ibid pp 55-56

169 Ibid p 56

170 VAGINAY Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2005, p 65

perçu(e), de ce fait, malheureux ou malheureuse. »¹⁷¹

Nous l'avons donc vu, c'est tout le système familial qui est ébranlé lorsque le handicap touche l'un de ses membres. Toutes les dimensions de la parentalité sont modifiées : dans l'exercice car leurs droits et devoirs changent, dans la pratique car l'enfant qui présente un handicap a besoin de plus de soins et d'attention, et enfin dans l'expérience qui est sujette à un « tremblement de terre ».

Influence sur les parents – influence sur l'enfant – influence sur la relation parents-enfant

« L'arrivée dans une famille d'un enfant dont il est dit de manière plus ou moins euphémique qu'il ne sera pas « comme les autres », qu'il présentera du coup socialement un « handicap », déclenche de la souffrance, d'abord du côté des parents, ensuite souvent – mais pas nécessairement – par répercussion chez l'enfant. Celui-ci pourra en tout cas se révéler plus déficient en apparence qu'il ne l'est, eu égard aux capacités qui sont les siennes, du fait des réactions que son trouble entraîne chez ses parents. »¹⁷² Ce sont ces propos, tenus par Jean-Claude Quentel, qui nous permettent d'aborder une réciprocité de « défaillance » dans la relation parents - enfant handicapé. Ainsi, les troubles de l'enfant peuvent entraîner chez le parent une souffrance, qui à son tour conforte une relation « bancale », parce que le parent n'exerce pas sa responsabilité de façon adéquate auprès de l'enfant.

Si l'on récapitule les éléments qui peuvent affecter la parentalité lorsque les parents ont un enfant porteur de handicap, nous pouvons énoncer la liste suivante :

- la souffrance induite par l'atteinte narcissique et la difficulté à s'identifier à l'enfant, accompagnée souvent d'un désir inconscient de mort de l'enfant
- la perte de repères éducatifs et moraux que les parents pensaient utiliser avec cet enfant
- la question du stigmat social qui renvoie au parent l'anormalité de leur enfant, mais aussi sa responsabilité d'avoir donné la vie à un enfant handicapé : c'est la question de la culpabilité . La culpabilité va de pair avec la responsabilité. Elle est causée par ce que renvoie l'enfant d'imparfait et les stigmates sociaux (normes sociales, ou culpabilité induite par les professionnels aux enfants qui la rapportent au parent), ou encore les exigences qu'il a

171 Ibid p 66

172 QUENTEL Jean-Claude, *Le parent, Responsabilité et culpabilité en question*, 2008, p 10

envers lui-même (vouloir être un parent parfait)¹⁷³

- par conséquent l'impossibilité d'offrir un accès à la société aussi simple à cet enfant

Nous pouvons ajouter le cas de la psychose qu'aborde Quentel : lorsque l'enfant peut être qualifié de « psychotique », alors il faut envisager qu'il est globalement dans une négation de l'altérité. Soit une négation de ses parents, tout en limitant les possibilités d'échange avec eux en raison des difficultés à entrer en relation avec l'environnement. Cette situation est particulièrement difficile à gérer pour les parents.

« Il reste que la pathologie n'est pas foncièrement une affaire sociale et qu'elle ne se mesure pas à l'aune d'une normalité qui ne ferait que refléter le niveau social en vigueur. Elle se comprend comme dysfonctionnement de processus et trouve sa cohérence, au niveau conceptuel, dans une mise en relation des symptômes les uns par rapport aux autres, ordonnés ensemble à une même cause logique. »¹⁷⁴ Ainsi, comme nous le rappelle Quentel, nous avons abordé les dysfonctionnements des processus relationnels entre l'enfant présentant un handicap et ses parents. Cependant, nous n'avons parlé que du cas où la parentalité est entravée en conséquence de l'annonce du handicap.

Il y a pourtant de nombreux cas où l'on soupçonne des défauts de parentalité bien avant qu'un diagnostic ne soit posé. Il faut alors s'interroger sur les biais de la parentalité autres que ceux provoqués par le handicap de l'enfant, et qui peuvent préexister à celui-ci, voire peut-être l'induire. Auquel cas, il est envisageable de qualifier le handicap de l'enfant de symptomatique.

Des défauts de parentalité qui peuvent affecter l'enfant ?

Ce qui touche le parent est obligatoirement la névrose, voire éventuellement la psychose ou un état-limite à la frontière des deux. La névrose se traduit par ce qu'il reste de traumatisme de l'enfance du parent en lui, adulte. Ainsi, tout adulte a une part d'enfance gravée (essentiellement inconsciemment) en lui qui l'amène à avoir des réactions et produire des comportements influencés par ces « restes » :

« La dimension d'enfant perdure donc nécessairement en l'adulte, quel que soit son âge. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, celui-ci n'en a jamais terminé de régler ses comptes avec l'enfant qu'il était et, plus encore, qu'il demeure actuellement. Le parent va par conséquent éduquer

¹⁷³ Ibid p 10

¹⁷⁴ QUENTEL Jean-Claude, *Le parent, Responsabilité et culpabilité en question*, 2008, p 10

l'enfant en tentant de faire revivre, dans celui dont il a la charge, sa propre enfance à lui, même si tout ceci reste parfaitement « inconscient », pour reprendre l'expression de Freud. »¹⁷⁵

La névrose de l'adulte est donc partie intégrante de la parentalité, d'où des schémas de répétition ou d'éducation à contre-pied de celle qu'on a pu recevoir.

« En d'autres termes, le parent tend à se reproduire en l'enfant et cela va dès lors rendre compte de la dimension répétitive et transgénérationnelle que l'on retrouve toujours dans l'éducation. Une telle dimension frappe souvent le clinicien qui la saisit sous des manifestations diverses, plus ou moins remarquables.»¹⁷⁶

Parmi ces manifestations dont parle Quentel, nous ne pouvons nous empêcher de penser à la prise en charge de plusieurs enfants d'une fratrie, qui présentent tous des troubles, par forcément identiques, qui ont bien l'air de tenir place de symptômes, et qui donnent des indications sur le fonctionnement parental.

Névrose, état-limite ou psychose, certains traits que présentent les parents auraient tendance à inquiéter les professionnels au sujet du bien être de l'enfant :

« On relèvera en effet, chez certains des adultes qui exercent une responsabilité auprès de l'enfant, des traits psychotiques ou pervers, plus ou moins prononcés. Le clinicien évoque précisément la notion de trait pour bien marquer la différence avec une structure clinique attestée, mais pour faire également ressortir la parenté des manifestations observables. Ainsi, nous connaissons tous des parents qui se feront surprotecteurs à l'endroit de leurs enfants et qui tendront à annihiler toute initiative en eux; ils pourront même se faire de temps en temps franchement dominateurs, tendant alors à confondre attitude éducative et comportement dictatorial. L'enfant de son côté n'a plus qu'à se soumettre. Dans ces attitudes, nous retrouvons les traits paranoïaques classiques ».¹⁷⁷

De même, à l'opposé, une indifférence envers l'enfant peut avoir des effets désastreux.

Quentel cite également les parents qui « tracent à ce point le chemin de l'enfant qu'il ne lui sera pas possible de l'infléchir d'une manière ou d'une autre » ou encore « le cas des parents qui cherchent absolument à faire sauter une classe à l'enfant, au détriment parfois, non seulement de ses possibilités intrinsèques, mais de ses relations sociales avec ses petits camarades ».¹⁷⁸ Etc. Tous les tableaux de névroses et de psychose peuvent ainsi être énumérés.

L'enjeu pour le professionnel est donc de distinguer ce qui est justifié (protéger l'enfant un peu plus que les autres parce qu'il présente un handicap ou des difficultés particulières versus le surprotéger,

175 Ibid p 61

176 QUENTEL Jean-Claude, *Le parent, Responsabilité et culpabilité en question*, 2008, p 61

177 Ibid p 85

178 Ibid pp 86-87

prendre des décisions pour l'enfant dans la mesure du raisonnable versus faire preuve d'abus de pouvoir...) Tout est alors question de mesure et de limites. C'est finalement l'intuition du professionnel et son expérience qui peuvent l'amener à penser en terme de parentalité normale ou anormale. Sauf dans les cas extrêmes où la loi et les classifications médicales indiquent clairement le pathologique et l'interdit.

Si l'on considère que le symptôme peut se loger chez l'enfant où bon lui semble étant donné qu'il est très personnel, alors on comprendra que des enfants, amenés à vivre une situation de relation pathologique avec leurs parents, peuvent réagir selon un panel des possibilités très vaste. Pour quelques-uns, cela se traduit certainement par une déficience intellectuelle ou du moins une inhibition des fonctions cognitives supérieures. Pourtant Quentel évoque que, peut-être, certains enfants pourraient être prédisposés à subir les problèmes de leurs parents : « Régulièrement, on constate que des enfants confrontés à des situations délicates, apparemment semblables, ne réagissent pas de la même manière et qu'ils parviennent parfois à infléchir sur tel ou tel point de la position du parent. À l'inverse d'autres semblent entrer bien trop facilement dans la problématique parentale. »¹⁷⁹

De la même façon, nous pouvons envisager que des parents sont prêts à faire évoluer les choses car étant plus ou moins conscients de leur névrose/psychose et du fait de l'imposer à leur enfant. À contrario, d'autres ne changeront pas leur position car c'est la manière d'être au monde qu'ils se sont appropriée et qui leur « convient ».

Le professionnel qui intervient auprès des parents touche ce problème. Quentel évoquera, à propos du travail autour de la culpabilité des parents avec les professionnels, l'idée qui suit : « Si la culpabilité perdure, quelles que soient les perspectives qui s'offrent au parent d'en enrayer la portée et d'en corriger les effets, c'est sans nul doute qu'il y trouve d'une certaine manière son compte et qu'il ne veut surtout pas que cela change. Nous savons que, chez le névrosé, le symptôme tient lieu de satisfaction »¹⁸⁰

Ainsi, nous sommes partis de l'entité fratrie pour l'élargir à celle de famille. Enfin, nous avons réduit la famille à la relation parent-enfant. C'est bien cela qui semble étonnant : la question de départ est « Comment accueillir des frères et/ ou sœurs qui présentent une déficience

179 QUENTEL Jean-Claude, *Le parent, Responsabilité et culpabilité en question*, 2008, p 88

180 Ibid p 235

intellectuelle ? », et dans le cas d'une étiologie environnementale potentielle, elle devient « Comment recevoir la problématique parentale qui touche ces frères et/ou sœurs ? ».

La parentalité est donc le point de jonction entre les liens fraternels et l'étiologie de la déficience intellectuelle. Elle semble impliquée dans les deux cas de figure, parfois comme facteur causal à la fois des relations intra-familiales et d'une « déficience-symptôme » des frères et sœurs, et parfois de façon dissociée entre les relations familiales et le handicap de l'enfant. Là encore aucune règle de cause à conséquence n'est avérée, et on ne sait quoi de la parentalité, du handicap, ou des liens fraternels a le plus d'influence.

Vient alors le moment d'aborder la question du positionnement thérapeutique face à ce type de situations : celle de la parentalité déviante, qu'elle soit ou non causée par le handicap de l'enfant, mais qu'on soupçonne dans tous les cas de malmenier l'enfant.

III- Le positionnement thérapeutique

3.1 Apport des parties I et II

a) Concernant la déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle, au sujet de laquelle un consensus diagnostic et clinique n'existe pas, serait avant tout un manque de flexibilité mentale, et une difficulté à mettre en œuvre des processus cognitifs efficaces dans la vie quotidienne. Le handicap qui en résulte est avant tout social : la personne qui présente une déficience intellectuelle a des capacités, mais qui sont jugées insuffisantes en comparaison à la norme pour avoir un statut de personne « normale ». Elle ne pourra pas fournir un travail aussi productif et intellectuel que la majorité des individus, et son « manque d'intelligence » incite à la mise en doute : « on ne sait pas si elle saura réagir de façon sensée dans telle ou telle situation ».

Le stéréotype suivant est souvent observé : il y a ceux qui ne dérangent pas outre mesure (simple retard mental homogène), et il y a ceux qui inquiètent plus (déficiences dysharmoniques de Misès, ceux dont on incrimine les parents et le milieu social...).

La déficience intellectuelle est, nous le rappelons, polymorphe. Elle suscite des représentations propres à chacun, selon ses propres expériences et vécus en rapport à la déficience. Les professionnels pourront se nourrir de différentes approches théoriques pour étayer leur pratique. Elles influenceront certainement leur positionnement.

Mais il est tout aussi important de questionner ce que revoie à chacun, très personnellement, la déficience intellectuelle, et surtout l'influence de tout ceci dans les prises en charge. C'est d'ailleurs peut-être le moteur pour se diriger vers telle ou telle théorie ou formation.

b) Concernant le système familial dans lequel s'inscrivent les frères et sœurs

La relation fraternelle peut être analysée de façon verticale, en fonction de la relation de chaque enfant aux parents, et en envisageant des glissements, vers le frère ou la sœur, de conflits œdipiens. Elle peut également être perçue horizontalement comme un microcosme social, qui fera office de matrice des liens sociaux de par ses possibilités d'expérimentations.

Quoi qu'il en soit, une des spécificités de la fratrie est cette limite ténue entre identique et différent de soi. L'identique se trouve dans les liens de parenté, dans le milieu socio-culturel partagé, dans l'habitus « familial ». Le différent est lui d'abord physique (deux corps séparés, nés à deux moments différents même pour les jumeaux), mais aussi dans les projections parentales et familiales envers chacun des enfants : les conceptions ont chacune leur raison d'être et à chacune correspond des attentes et des événements de la vie différents. Que ce soit en raison du rang de naissance, du sexe de l'enfant ... l'enfant imaginaire du parent varie selon les frères et sœurs.

Enfin, dans ce que l'enfant a de propre à lui-même, son caractère, son patrimoine génétique etc. Il trouvera forcément des similitudes et oppositions à son frère ou sa sœur.

Ce sont donc toujours les parents qui fondent la famille, physiquement et subjectivement, d'autant plus qu'en chaque adulte il y a des traces de l'enfance plus ou moins inconscientes : ces traces influencent le parent dans ce qu'il est et ce qu'il transmet à ses enfants. Il peut s'agir précisément de rejouer son enfance ou au contraire d'aller à contre-pied de celle-ci. Les relations fraternelles viennent se loger au cœur de ces représentations et bien sûr chaque enfant vient enrichir les relations au frère ou à la sœur par ce qu'il a de particulier ou d'identique.

Enfin, le système familial ne se suffit pas à lui-même. Il est en interaction avec tout un système social doté de normes différentes. Là encore, la question de la ressemblance et des différences entre système familial et système institutionnel va jouer pour beaucoup. Un terrain d'entente entre les deux est bien sûr plus facile à gérer. Mais l'État, à travers la loi, rappelle qu'il est le superviseur général. Ainsi, des parents dont la responsabilité envers l'enfant n'est pas exercée correctement peuvent être rappelés à l'ordre par la loi, voire destitués de cette responsabilité. L'État prend le relais. Si l'on se permet de soupçonner la parentalité comme source de problèmes, il est tout aussi intéressant de remettre en question les normes institutionnelles qui ont, d'un point de vue législatif, le dernier mot.

La prise en charge de fratries en orthophonie joue donc sur le doublon suivant : la relation fraternelle (horizontalement et verticalement), et la relation du système familial aux institutions. Là encore, on peut rappeler l'importance du vécu conscient ou inconscient qu'a le professionnel de sa famille ou de sa fratrie, ainsi que des normes institutionnelles, et en quoi ceci influe son accueil des parents, des frères et sœurs.

3.2 Généralités sur le positionnement thérapeutique

Au commencement de l'orthophonie, le travail proposé par Suzanne Borel-Maisonny relevait surtout de la rééducation fonctionnelle d'enfants ayant des pathologies médicales précises. Petit à petit, l'orthophoniste a vu son champ de compétences s'ouvrir à tous les troubles du langage et de la communication, quelles qu'en soient les étiologies. L'apprentissage de techniques n'était décidément plus suffisant. Cette profession relève désormais tant de savoirs théoriques que de l'adoption d'un positionnement, qui ensemble, permettent de composer chaque séance de façon unique avec le patient. « L'orthophoniste sans la liberté de créer s'il le faut le traitement qu'il juge approprié devrait abandonner sa tâche. » (Borel-Maisonny, dans *Orthophonie*, p. 3)¹⁸¹ Il est question des dimensions technique et psychique du trouble.

a) Positionnement, posture, une définition ?

Certes fréquemment utilisés, ces termes sont pourtant peu définis. C'est dans la thèse de Geneviève Lameul (en sciences de l'éducation, 2006) que Lucile Bourget et Anne Le Corre trouveront une réponse intéressante :

« cette chercheuse donne sa propre définition du terme de « posture ». Elle s'est appuyée sur des définitions données dans les champs de la sociologie, de la psychanalyse et de la médecine; ainsi que des définitions de concepts connexes, notamment ceux d'attitude (Allport, 1935) et d'habitus (Bourdieu, 1987). D'après Lameul: « La posture est l'expression d'un état mental, façonnée par nos croyances et orientée par nos intentions qui exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, en leur donnant sens et justification. ». Nous considérons que la posture correspond à une

¹⁸¹ BEGUIN Maëlle, *Orthophonie et psychothérapie : questions et limites dans la pratique libérale* sous la direction de Quentel Jean-Claude, mémoire d'orthophonie soutenu à Nantes en 2002.

manière d'être de l'orthophoniste qui a une influence sur la pratique professionnelle. Selon nous, elle est dynamique et évolue en fonction de différents facteurs (personnels, temporels, liés à l'environnement, à la situation...). »¹⁸²

Nous nous baserons donc sur cette définition qui semble bien en adéquation avec ce que nous voulions aborder.

b) Une éthique dans le positionnement orthophonique ?

Le plan éthique, dans la théorie de la médiation (Jean Gagnepain) entretient un rapport étroit à la norme. Il s'agit de gérer le désir, la pulsion, par son analyse éthique, c'est-à-dire les considérer en regard de la norme, pour estimer si cela est moral. Serait-ce alors en cela que ce qui sort de la norme dérange ? Tout comportement hors norme est-il dénué de moralité ? Encore faut-il repérer des normes dans le positionnement en orthophonie.

Il semble que l'éthique en orthophonie, sur le modèle proposé par Maela Paul (Docteur en sciences de l'éducation), soit « l'instauration de relation d'un *autre genre* : à savoir des relations qui ne perpétuent pas les modèles dans lesquels celui qu'on accompagne est étiqueté, disqualifié, infantilisé, stigmatisé, réduit à être le symptôme qu'une société souhaiterait éradiquer – mais un interlocuteur, un partenaire dans les échanges et un porteur de parole dans le dialogue » pour qu'il se réapproprie « sa capacité à s'autodéterminer moralement ». Elle ajoutera : « Être autonome, c'est être capable d'analyser la situation, d'inventorier les obstacles, d'envisager des solutions, de repérer des moyens et de faire des choix d'action, *avec* et en *présence* d'un autre. »¹⁸³

Rendre à une personne son autonomie de jugement pour faire émerger du « moral », c'est une mission qui nous semble pourtant s'éloigner des troubles du langage, et surtout qui paraît très ardue.

182 BOURGET Lucile et LE CORRE Anne, *ORTHOPHONIE ET DIVERSITE CULTURELLE : Analyse et questionnements sur l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste en exercice libéral*, année universitaire 2011-2012, p 176

183 Maela PAUL, *L'accompagnement, promesses et paradoxes*, Rééducation Orthophonique n°247 septembre 2011, édité par la F.N.O (Fédération Nationale des Orthophonistes), pp 60-61

c) Considérations possibles des troubles

Le langage, support du travail en orthophonie, possède bien une dimension psychique. En effet, s'il nous sert à exprimer nos pensées, il les conditionnent également parce qu'il est un système bien structuré. Ainsi on peut exprimer une idée ou un sentiment dans une langue, et ce même concept sera inexistant dans une autre langue. Pour dire, alors ils faut trouver dans le langage ce qui correspond à notre pensée. Il faut également avoir envie de dire par ce système de communication commun à plusieurs. Enfin, on peut ne pas vouloir dire, ou alors pas directement, ou encore pas à cet interlocuteur-ci. On peut aussi être dans l'incapacité de dire. Auquel cas le symptôme s'autorise à venir dire à la place d'un langage formel.

Mais à partir de quand peut-on parler de symptôme?

Le symptôme implique un trouble, qui amène la consultation. Le trouble devient donc symptôme quand on le met en relation avec d'autres faits pour comprendre ce trouble. On suppose une logique entre des phénomènes et des relations de cause à conséquence. Si l'on a la conséquence, alors on recherche la cause, soit la source ou le sens du trouble-symptôme.

D'un point de vue médical, le symptôme donne la clé. Par exemple le symptôme « mal à la dent » donne la clé « carie ». Mais d'un point de vue psychologique, le symptôme laisse entrevoir quelque chose sans en donner la clé, c'est le mode d'expression de l'inconscient.

Et que faire du symptôme?

« Tout comme un ensemble de faits scientifiques nous conduiraient à émettre des hypothèses sur un fonctionnement, un ensemble de symptômes observables doit amener le professionnel à se poser des questions, à tâcher de mettre en relation ce qu'il observe et ce qu'il peut en comprendre. Il ne s'agit absolument pas d'analyser, nous laisserons cette particularité à la psychanalyse, mais de formuler des hypothèses sur ce que présente le patient, et sur les relations que nous pouvons en faire par rapport à ce que l'on sait de lui (ce qu'il nous a laissé voir), et ce que l'on connaît de notre métier (notre savoir-faire). »¹⁸⁴ Voici l'avis de Maëlle Beguin.

Pour traiter le symptôme, il est nécessaire selon elle de réunir des conditions préalables :

« Il faut, d'une part, que l'entourage autorise l'enfant à lâcher son comportement, qu'il ait l'espace d'évoluer avec les interactions que ça entraînera, et d'autre part que nous lui propositions un mieux-être sans son symptôme, afin qu'il ait tout à gagner. À nous, donc, de préparer l'entourage, et de

184 BEGUIN Maëlle, *Orthophonie et psychothérapie : questions et limites dans la pratique libérale*, année universitaire 2001-2002

créer auprès de l'enfant le cadre, le climat et l'accompagnement qui l'amèneront à quitter son symptôme, à ce que celui-ci ne lui soit plus nécessaire. »¹⁸⁵

Puis, on peut faire avec ce symptôme:

« La rencontre se fait au nom du symptôme (comme en rééducation) et nous sommes dans une dimension de sens (comme en psychothérapie). » [...] « Quand bien même il apparaît que l'inconscient est « aux commandes » -ce qui pourrait enjoindre tout sujet à consulter psychothérapeute ou analyste- nous pensons qu'il est fondamental de préserver la dimension de communication du trouble, c'est-à-dire permettre à l'enfant, à l'adulte, d'élaborer un travail à visée signifiante en « passant par » ce symptôme, mode de communication privilégié. » (G. Dubois reprise par Beguin).¹⁸⁶

C'est donc là que s'articule notre positionnement avec les troubles-symptômes du patient : dans un premier temps en trouvant un terrain d'entente avec la famille/les parents pour laisser à l'enfant une marge de manœuvre avec son symptôme, et dans un second temps, en lui proposant en séance un travail via ce symptôme, qui touche son langage ou sa communication. Bien souvent le plus difficile semble être la première partie : faire alliance avec la famille qui peut être, entre autres, en situation de rupture avec les institutions et normes sociales (évoqué dans la partie 2.2 b)) ou en situation de se satisfaire du symptôme de l'enfant ou du symptôme parental (évoqué dans la partie 2.3 b)), voire les deux.

Guidance, accompagnement, accueil des parents... Selon les professionnels en lien avec les familles de la ville de Lille (partie 2.2 c)), se poser comme guide connaissant le chemin n'est pas la position à tenir, puisqu'il n'y a précisément pas de marche à suivre déterminée. La rencontre se voudrait symétrique. « Accueil » et « accompagnement » semblent des termes plus adaptés.

d) Il s'agit d'une rencontre, d'une relation à l'autre

Selon M. Beguin, la rencontre est forcément déséquilibrée par des statuts qui, d'emblée vont influencer le positionnement de chacun:

- le rapport adulte / enfant (pédagogie)
- le rapport professionnel / demandeur (métier)¹⁸⁷

¹⁸⁵ Ibid

¹⁸⁶ BEGUIN Maëlle, *Orthophonie et psychothérapie : questions et limites dans la pratique libérale*, année universitaire 2001-2002

¹⁸⁷ Ibid

Ce qui nous invite à suggérer sur le même modèle :

- socialement bien connoté / socialement stigmatisé.
- Ou autrement dit : dans la norme sociale / socialement hors norme.

Ce type de rapports asymétriques n'est pas celui idéalement souhaité par les professionnels : il peut soit creuser l'espace qu'il y avait déjà entre la famille et l'institutionnel, soit les inciter à exiger une « solution miracle » du professionnel, lui qui est en position de supériorité.

Mais le savoir du professionnel (soit le savoir technique ajouté à ce que l'enfant lui a laissé voir de son trouble), ne peut être mis en application qu'après avoir installé un cadre adéquat avec les parents. L'enfant doit se sentir libre de ses parents et du professionnel pour choisir quoi faire de son symptôme.

Alors, comment inverser les rôles ? Peut-être faut-il commencer par mettre en valeur le savoir des parents ? En effet, il connaissent de nombreux éléments sur la vie personnelle et quotidienne de l'enfant. Ils sont les référents de l'enfant, donc les plus « savants » car ils récupèrent toutes les informations sur lui. Ils centralisent tous les retours des personnes à qui ils ont délégué leur responsabilité. Cependant, étant eux-mêmes au cœur de la vie (et notamment affective) de l'enfant, ils en ont une vision subjective. Comment mettre ce savoir en avant sans être intrusif dans leur vie privée ?

Pour Maela Paul, mettre en avant leur savoir n'est pas suffisant, elle développera en trois points la mise en œuvre de la relation d'accompagnement, en partant du principe que la position professionnelle à tenir est celle d'une personne qui se joint à une autre pour inciter un mouvement. On doit considérer l'autre personne comme capable :

« s'il s'agit de se joindre à elle, c'est que la présence de l'un à l'autre et la parole qu'ils échangent sont incitatives à la mise en mouvement. Car :

- en relation, celui qui est accompagné peut *s'entendre dire* à un autre ce qu'il a besoin de se dire à *lui-même*. Cela suppose donc une relation d'interpellation et d'interlocution qui sollicite et incite à se dire.
- C'est parce qu'il ne pourra pas reconnaître qu'il *vaut* quelque chose qu'en ayant expérimenté, au sein d'une relation, que ce qu'il a à dire *vaut* la peine d'être écouté.
- Cette reconnaissance de soi par l'autre donnant accès à la reconnaissance qu'il peut avoir de lui-même de *valoir*, est nécessaire pour qu'il puisse tenter de *faire valoir* ce qu'il vaut au niveau social. »¹⁸⁸

188 PAUL Maela, *L'accompagnement, promesses et paradoxes*, Rééducation Orthophonique n°247 septembre 2011, p 61

C'est dans cette idée que la co-construction entre le professionnel et le parent est possible. Ainsi, pour entamer la rencontre, et « inciter à se dire », peut-être que la première chose à faire est de laisser dire ?

Alain Brice, psychanalyste, a suggéré cette suspension du jugement, de sa réflexion, donc de son savoir, et même au maximum de sa parole pour un premier temps de rencontre : pour comprendre, il faut d'abord ne pas comprendre et recevoir les informations.¹⁸⁹

« La rencontre suppose que le thérapeute suspende momentanément son savoir et accepte le temps de la perplexité ; et c'est en ce sens, selon lui, à l'opposé de la communication. La rencontre suppose un non-savoir, se construit dans le doute, le tâtonnement, l'erreur passagère »¹⁹⁰ pouvons nous dire.

Maela Paul reformule encore l'idée ainsi : « La disponibilité vient de l'absence d'idée ou de position arrêtée. Elle est au fondement de la compréhension : au lieu d'être rivé à son propre point de vue, elle permet de rencontrer l'autre dans ses propres points de vue. »¹⁹¹

Et c'est probablement pendant ce temps que peut émerger la demande, que le parent peut investir à sa guise l'espace, le temps et la présence de l'autre dont il dispose. Le savoir être du thérapeute sera alors de rebondir de façon à interpellier, à inciter.

Paul résumera ainsi les processus en jeu dans la rencontre, pour le parent ou le patient :

« A travers le dialogue questionnant, la personne est sollicitée dans sa subjectivité et dans son rapport au réel : c'est la condition de son implication. Comme on se retrouve dans une logique d'action volontaire, cela présuppose la capacité de se désigner à la première personne, comme un JE. On ne se contentera pas de considérer autrui comme sujet : on créera, à son intention, des conditions pour lesquelles la *narrativité* comme récit de soi, la *réflexivité* comme retour sur soi, l'*explication* comme conscientisation de soi, constituent les outils appropriés de sa responsabilisation. »¹⁹²

189 BRICE Alain, Journée de l'Association de Formation Continue de l'Ecole d'Orthophonie de Nantes (10 décembre 2011), «*La relation de soin : une rencontre singulière*», intervention : «La rencontre clinique, les à-côtés de la relation»

190 BOURGET Lucile et LE CORRE Anne, *ORTHOPHONIE ET DIVERSITE CULTURELLE : Analyse et questionnements sur l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste en exercice libéral*, année universitaire 2011-2012 p 166

191 PAUL Maela, *L'accompagnement, promesses et paradoxes*, Rééducation Orthophonique n°247 septembre 2011, p 65

192 Ibid p 62

L'enjeu de la rencontre est donc que l'autre soit sujet et capable. Soit une démarche de demande et de travail sur soi. Paul assure : « Paradoxe : être sans position, s'adapter aux circonstances, accueillir ce qui se présente, n'est pas se laisser entraîner et être sans consistance. La disponibilité suppose au contraire une rigueur intérieure, suppose d'être doté de fermeté. Ce n'est être ni passif ni faible. C'est être *consistant*. Or on prétend souvent être consistant alors qu'on se contente d'être résistant. La consistance vient d'être *en pouvoir* – sans prendre le pouvoir. »¹⁹³

La rencontre peut prendre du temps, et elle ne se résume pas au premier contact, au premier échange. La rencontre est bien le lieu où vont se croiser les savoirs du parent et l'écoute du professionnel pour donner suite à cette rencontre par un travail qui se poursuit.

e) Il s'agit d'un retour sur soi

Ainsi la première qualité du thérapeute est d'être consistant, soit pouvoir tout accueillir sans que cela provoque de l'indisponibilité. On peut, pour être consistant, exiger de soi ce que l'on exige de son patient. C'est-à-dire en reprenant les termes de Paul : la narrativité, la réflexivité, l'explication pour devenir conscient de mécanismes inconscients, ou du moins reconnaître notre inconscient. Comme le stipule Vaginay : « S'occuper des personnes déficientes, c'est faire avec ce reste, c'est-à-dire accepter de travailler sur la part inconsciente de nous-mêmes qui est systématiquement engagée par notre confrontation à une différence dérangeante. »¹⁹⁴

Selon le courant psychanalytique, il pourra s'agir de connaître, reconnaître et utiliser les mécanismes du transfert. Pour d'autres, il pourra s'agir de participer à des groupes d'analyse ou d'échange sur la pratique...

« Reconnaître le transfert, c'est en percevoir la dynamique dans la relation thérapeutique ,rester sensible, lucide sur les différents affects dont nous sommes l'objet au cours des séances »¹⁹⁵ énonce Geneviève Dubois.

La question du transfert et du contre-transfert est bien celle qui est en jeu ici.

Pour Madame Harel Biraud (*Manuel de psychologie à l'usage des soignants*), ces qualités ne doivent pas être construites mais bien inhérentes à la personnalité du thérapeute.¹⁹⁶

193 PAUL Maela, *L'accompagnement, promesses et paradoxes*, Rééducation Orthophonique n°247 septembre 2011, p 65

194 VAGINAY Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2005, p 46

195 BEGUIN Maëlle, *Orthophonie et psychothérapie : questions et limites dans la pratique libérale*, année universitaire 2001-2002

196 Ibid

L'idée est donc la suivante : pour se positionner comme thérapeute, l'idéal serait d'avoir été soi-même patient d'un thérapeute. Pour ne pas être dans un « faire semblant » de consistance, il faut l'acquérir en soignant l'inconsistant en soi. Si l'on travaille auprès de personnes qui présentent une déficience intellectuelle, alors il faut se pencher sur ce que cela nous revoie. Si l'on travaille auprès de fratries, alors un travail sur soi et sa propre fratrie serait conseillé. La démarche est finalement particulière.

À l'I.E.A du Bondon, dont nous allons découvrir le fonctionnement dans la partie pratique, l'approche en vigueur est celle dite systémique. Nous allons rapidement la présenter pour mieux cerner les approches des professionnels de l'institution avec les familles et les enfants.

3.3 L'approche familiale systémique : imprégnation

« Les approches familio-systémiques tendent à répondre à ces aventures affectives dans les croissances simultanées, individuelles et collectives. Sont concernés tous les champs émotionnels dans lesquels se co-construisent les personnes de tous âges, liées réciproquement dans leurs évolutions individuelles. »¹⁹⁷

Jean-Claude Benoît nous parle ici de la place de l'individuel au cœur du système familial, c'est bien le fondement de l'approche systémique.

La thérapie systémique « intervient dans des situations où les circuits d'échanges interpersonnels ont été bloqués [...] C'est en cherchant d'abord des solutions qu'un certain nombre d'entre eux ont échoué. »¹⁹⁸ nous indique Jacques Beaujean.

Ainsi, nous ne serions pas en face de parents démissionnaires, mais plutôt des parents qui n'arrivent pas à trouver toutes les solutions malgré leur investissement. L'idée d'épuisement est aussi une trame de fond : les parents ont souvent l'impression de n'avoir plus les ressources nécessaires pour continuer à solutionner seuls le problème. Beaujean estime donc qu'une des

197 BENOIT Jean-Claude, en préface de Jacques BEAUJEAN, *Coopération et approches systémiques*, individus, couples, institutions, formation, éd. Erès, collection Relations, 2009, Toulouse

198 Jacques BEAUJEAN, *Coopération et approches systémiques*, individus, couples, institutions, formation, éd. Erès, collection Relations, 2009, Toulouse, p 13

premières mission du thérapeute est de « reconnaître les mérites des demandeurs d'aide dans ce qu'ils ont tenté parfois durant plusieurs années ; d'être capable d'une qualité d'écoute telle qu'elle puisse relancer un processus d'autothérapie ; de laisser le moins de traces possible de son passage tout en rendant les relations à tel point vivantes qu'on oublie même comment elles étaient auparavant. »¹⁹⁹

On retrouve donc le positionnement thérapeutique proposé par Paul : le professionnel est là pour impulser quelque chose en l'autre le plus discrètement possible, qui vient de l'autre, de la reconnaissance de ses ressources et de son jugement. Et bien sûr, par son regard renvoyer que des ressources sont encore à disposition.

On retrouve également dans l'approche familiale systémique l'idée que la narrativité vient évoquer le symptôme, objet de la demande : « En plaçant son récit dans une finalité structurante, le demandeur de soins va acquérir une capacité de discernement sur ce qui lui est imputable ou pas dans la crise en cours [...] la maladie peut être une solution de vie, une invention pour se supporter [...] Disons pour simplifier que la demande s'organise d'elle-même autour d'un symptôme. Le symptôme est porteur de la demande. »²⁰⁰

De même l'idée de réflexivité du thérapeute est une des trames du travail : « La question pour tout thérapeute ou intervenant est de savoir ce qu'il fait là, lui, quand il reçoit un couple, un individu, ou une famille. », « Nous ne savons pas si nos questions sont bonnes ou mauvaises, et d'ailleurs elles peuvent être les deux à la fois. Ce sont nos consultants qui nous diront parfois, un jour, comment ils ont réagi, positivement ou négativement, aux échanges que nous avons eus avec eux. À priori nous ne pensons pas qu'il y ait de la part du thérapeute ou de l'intervenant une posture qui soit meilleure qu'une autre ; nous devons être attentifs à la manière dont le consultant l'accepte. »²⁰¹

Le but étant la mise à mal de stéréotypes et d'idées préconçues pour entrer dans un solutionnement efficace : « Les situations que nous avons à traiter doivent trouver des solutions complexes. Il s'agit de multiplier les niveaux d'action. Le plus grand apport de la systémique est de s'ouvrir à la complexité, d'inciter à penser de nouveaux choix et d'éviter à tout prix le réductionnisme. »²⁰²

199 BEAUJEAN Jacques, *Coopération et approches systémiques, individus, couples, institutions, formation*, 2009, p 13

200 Ibid pp 14-15

201 Ibid p 16

202 Ibid p 18

Les maîtres mots de la thérapie familiale systémique sont donc les suivants:

- la reconnaissance (de l'autre et de ses efforts, de soi et de son vécu)
- la coopération (avec le consultant ou patient)
- l'isomorphisme (« l'isomorphisme se caractérise par le fait que le thérapeute se met à fonctionner sur le même modèle que le système consultant » et ceci afin d'être, dans un premier temps, dans une relation symétrique et non pas asymétrique et surtout pour accéder à la compréhension : « Le thérapeute va constater qu'il construit le même modèle que ses consultants : à y réfléchir, c'est la meilleure affiliation qui soit », « Il est comme eux, il ne pourra pas mieux faire ».²⁰³
- l'échange (avec l'autre, dont on a conscience qu'il est corrélé à notre capacité intrinsèque à échanger avec nous-mêmes par un dialogue intérieur)
- les ressources (« ne pas constituer une seule ressource mais rendre actives les ressources de l'entourage »²⁰⁴)
- l'évolution (du système, et les moyens à mettre en œuvre pour provoquer une évolution)

Si la réflexivité et un travail sur soi semble très important, la théorie n'est pas à dénigrer pour autant. Car si nous avons beaucoup évoqué le savoir être de l'orthophoniste, son savoir faire est aussi à construire et va venir composer le positionnement thérapeutique. À ce sujet, Beaujean (formateur à la thérapie familiale systémique) exige de ses « élèves » d'être eux aussi sujets de leur formation, et par-là même de s'impliquer par ce qu'il appelle le « partage de vignettes » : chacun doit résumer ses lectures et questionnements.

Il développera son idée dans le paragraphe suivant, qui mérite d'être cité largement:

« Il s'agit en fait de constituer une base de savoirs issus d'un réseau et de fonder son identité professionnelle non pas sur le savoir comme défense mais sur le savoir comme ouverture aux autres. Tel devient le travail du clinicien. S'y ajoutent deux autres buts : recourir à l'écrit et questionner le savoir ; se débarrasser d'un mode d'évaluation fixe pour le remplacer par un concept d'évolution. Comment construire son identité professionnelle . Trop souvent le thérapeute confirmé donne de lui au débutant l'image de quelqu'un trop exclusivement créatif. Ce que le débutant interprète comme l'obligation pour lui de s'appuyer exclusivement sur ses résonances personnelles et ses intuitions pour rebondir naturellement sans aucune référence à un tiers extérieur. Or le

203 BEAUJEAN Jacques, *Coopération et approches systémiques, individus, couples, institutions, formation*, 2009 pp 34-35

204 Ibid p 65

dialogue intérieur et les résonances personnelles sont là précisément pour personnaliser les concepts théoriques [...] nous mettons également l'accent sur le savoir d'expérience [...] ».²⁰⁵

Nous l'aurons compris, la théorie est importante, tout autant que l'expérience et le partage de cette expérience, avec bien sûr un travail personnel de réflexivité. Là semble être le positionnement type d'une personne qui s'inspire de l'approche familiale systémique.

Bien sûr, ce courant présente des sous-branches, et s'appuie sur divers modèles (de coopération, de relation thérapeutique) qui nécessiteraient une description pointue et longue.

Enfin, nous le rappelons, les professionnels de l'I.E.A du Bondon formés à l'approche familiale systémique (référents des familles et orthophoniste) ne proposent pas une thérapie aux enfants et aux familles. Il s'agit de s'en inspirer, d'avoir une base de compréhension et de travail commune aux membres de l'équipe.

205 BEAUJEAN Jacques, *Coopération et approches systémiques, individus, couples, institutions, formation*, 2009 pp 92-93

PARTIE PRATIQUE

Nous allons entamer la partie pratique par un recueil : celui des données contenues dans les dossiers confidentiels de suivi. Pourquoi ce choix ? Pour obtenir un maximum d'informations sur le positionnement de l'équipe pluridisciplinaire, et savoir ce qui est dit et posé par écrit au sujet de l'enfant. Comme nous le verrons, la place de l'orthophoniste dans toute cette équipe n'est pas prépondérante. Ces documents sont une mine d'information. Bien qu'à la fin de chaque fratrie présentée, quelques lignes de commentaires soient rédigées, elles ne sont là que pour suggérer les grandes pistes que m'ont évoqués ces dossiers. Chaque lecteur, en revanche, a certainement un œil particulier sur ce qui est dit, tout comme chacun recevra d'une façon bien à lui les propos des référents des familles ou des orthophonistes. Le plus intéressant fut donc, pour ma part, d'essayer de faire preuve de réflexivité en reconnaissant ce que me renvoyaient chacune des histoires, et chacun des propos tenus par les professionnels, sans pour autant les retranscrire dans ce mémoire.

Le contenu des dossiers sera suivi de trois témoignages : ceux des deux référents des familles sous forme d'entretiens semi-dirigés, et celui de l'orthophoniste sous forme de réponse à un questionnaire. Ces témoignages seront mis en lien avec la théorie.

Enfin, la partie pratique s'achèvera par un questionnaire destiné à des orthophonistes tout-venant, qui ont cependant été en situation de prendre en charge des enfants présentant une déficience intellectuelle d'étiologie environnementale. La transcription des vingt-sept réponses obtenues amènera l'analyse de l'ensemble.

IV - Récapitulatif des contenus des dossiers des enfants des fratries de l'I.E.A. , et analyse en regard de la théorie

4. 1 Fratrie 1 : Bastien et Mélina C.

Famille C. enfant Bastien (aîné)

Bastien est né en 1996.

Il entre à l'I.E.A à 12 ans et 6 mois.

Il quittera l'I.E.A à 15 ans et 5 mois.

Bastien a une petite sœur, Mélina, née 2 ans et 4 mois après lui.

Elle sera prise en charge à l'I.E.A.

Présentation des parents et de la problématique familiale:

La mère a été scolarisée en ImPro, a travaillé à l'usine et est actuellement mère au foyer et/ou en arrêt maladie pour des problèmes aux jambes. Depuis la naissance de Bastien et Mélina, elle est soutenue par une travailleuse familiale qui l'aide à gérer le quotidien et la relation parents-enfants.

Le père est décédé fin septembre 2009. Il a été formé en ImPro, a travaillé en C.A.T, dans le domaine du jardinage. Puis il a passé un an en prison (vol et refus d'obtempérer) pour ensuite être sans emploi. L'aide d'une assistante sociale s'est avérée nécessaire pour l'organisation des vacances et les demandes COTOREP des deux parents.

Le couple, marié, a été déclaré séparé en septembre 2007, puis divorcé en décembre 2007. Le père a un long passé d'alcoolisme et a refusé les soins malgré plusieurs malaises. Il faisait preuve de violence envers sa femme et ses enfants. Après de nombreuses plaintes et mains levées, une proposition AEMO a été faite à la mère, qui a ensuite demandé le divorce afin d'obtenir la garde des enfants et éviter leur placement en famille d'accueil. Le dossier a été traité par le juge des enfants.

Parcours de Bastien:

Données d'anamnèse

Grossesse, alimentation, sommeil: RAS

Suce toujours son pouce à 12 ans.

Marche: acquise à 18 mois.

Propreté: de jour à 4 ans, de nuit à 7 ans.

Langage: pas avant 4 ans.

Autres: Bastien a toujours été gardé par sa mère, il jouait peu, était très colérique, « il fallait lui céder » d'après la mère.

Bastien est un enfant qui avait peu d'intérêt pour les autres.

Bastien a peur quand il est seul. Il a également peur du bruit, des insectes et des orages.

Selon la mère: « Il (le père) les (Bastien et Mélina) excitait beaucoup, il criait »

Parcours scolaire et prises en charge avant l'I.E.A.:

4 ans: Moyenne Section, tout en étant pris en charge en CPEA (hôpital de jour)

5 ans: Grande Section

6 ans: Seconde Grande Section dans la même école

7 ans: Cours Préparatoire

8 ans: CLIS

9 ans: CLIS, couplée d'une prise en charge au CPEA 2 jours par semaine.

10 ans: CLIS, couplée d'une prise en charge en SESSAD, plus une prise en charge orthophonique en libéral.

NB: le SESSAD a déclenché un signalement pour « la pathologie et la violence du père ».

11 ans: Idem que l'année précédente.

12 ans: Arrivée à l'I.E.A du Bondon.

15 ans: Orienté en l'ImPro

Problématique de Bastien:

Description à l'arrivée:

Bastien est très en retrait, quasi-mutique et a des grosses difficultés à s'exprimer. Il présente des difficultés de compréhension et des troubles instrumentaux. On note une immaturité affective, il se bagarre souvent avec sa sœur. L'enfant est cependant décrit comme imaginatif et créatif dans les

activités manuelles. Il ne voudra pas quitter son manteau pendant les deux premiers mois qu'il passera à l'I.E.A..

Lors de l'entretien d'accueil, Bastien s'exprimera ainsi:

« Il boitait beaucoup beaucoup. Il gueulait, il tapait sur moi aussi. » à propos de son père.

« Presque tout le temps je la tape. » à propos de sa sœur.

Il jouera avec des jeux de petits.

Description psychologique:

Lors du premier entretien avec la psychologue, Bastien évoque l'alcoolisme de son père et affirmera que sa mère veut éliminer son père; il parlera également de la violence (épisode dans le passé) d'un oncle maternel. La psychologue repérera une difficulté à aller faire pipi.

« Bastien présente une déficience intellectuelle légère avec un retard de langage important dans un contexte de carences affectives et éducatives. »

« Il s'agit d'un retard mental à mettre en lien avec une problématique affective lourde. »

A titre indicatif, on note les scores suivants au WISC III en novembre 2008:

QIV: 56

QIP: 62

QIT: 55

ICV: 62

IOP: 70

Description psychomotrice:

Bastien est hypotonique. Il semble parfois perdu ou confus. On peut décrire une immaturité psychomotrice globale.

Description médicale:

Bastien est un enfant agréable, demandeur, observateur, volontaire, ayant le souci des autres, mais qui est très influençable et qui manque d'initiative.

La prise en charge à l'I.E.A.:

Premiers axes de prise en charge en orthophonie:

«- Valoriser les capacités de compréhension de Bastien en lui permettant de les exploiter dans des situations variées, en tenant compte de la dichotomie de son langage oral: expression/réception.

- Améliorer son expression verbale par l'enrichissement du vocabulaire (lexique actif) et par l'amélioration de l'évocation verbale.
- Renforcer la construction syntaxique des phrases par la modélisation, mais aussi l'appui sur la trace visuelle (pictogrammes, jetons, dessins). »

Nature des PEC pendant le séjour:

secteur éducatif:

Année:	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Pôle:	A	B	D
Internat (I) / Semi-Internat (SI)	SI	SI	SI
Activités en ateliers	- chant - mosaïque - éducation psychomotrice	- réalisation - éducation routière - cuisine - E.P.S. - Boxe éducative	- cuisine - A.S.S.R. - construction - théâtre (3h/semaine) - E.P.S.
Activités du mercredi après-midi	- cuisine - piscine	- badminton	- multisport

Secteur thérapeutique:

Année:	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Psychologie:	non	psychodrame 1/semaine	psychodrame 1/semaine
Orthophonie:	1 séance individuelle / semaine	1 séance individuelle ou collective / semaine	1 séance collective / semaine
Psychomotricité:	1 séance collective / semaine	1 séance collective / semaine	non
Suivi médical spécifique:	non	non	non

Le psychodrame est mis en place suite au décès du père, ainsi que quelques séances d'accompagnement au deuil.

Bilan scolaire après un an passé à l'I.E.A.:

Au niveau du langage, Bastien a acquis quelques relations lettres-sons. Il est peu disponible pour travailler dans ce champ et présente une incapacité à travailler de façon collective. Il s'approprie le vocabulaire et peut le réutiliser sur sollicitation. Cependant, son langage manque toujours de structure.

En mathématiques, il lit et écrit les nombres jusqu'à 59, les range, les ordonne. Bastien est capable de résoudre des problèmes additifs et soustractifs en utilisant le bon signe et en écrivant l'opération si nécessaire. Il résout également des situations de partage.

Son comportement et sa motivation en classe dépendent des soucis qui le tracassent. Cependant il peut utiliser ce prétexte pour ne pas fournir d'efforts. Bastien commence à accepter d'essayer tout en présentant des épisodes d'opposition et de bouderie.

Évaluation générale après un an de prise en charge à l'I.E.A. (par la psychologue):

EFFICIENCE

lecture: Bastien connaît quelques mots globalement

écriture: pas de graphisme spontané

calcul: dénombre mais n'exécute pas d'opérations

fatigabilité: ne peut pas passer plus d'une heure par activité

coordination: bonne coordination des mouvements

espace-temps: se représente correctement les mouvements à exécuter pour une tâche simple

compréhension-exécution: comprend une seule consigne à la fois, mais celle-ci sera bien exécutée

qualité du travail: réalise seul un travail manuel, avec des difficultés

connaissances pratiques: reconnaît les outils et les utilise de manière adaptée

adaptabilité: s'adapte à une nouvelle tâche après un délai de confrontation

AUTONOMIE

repas-indépendance: est autonome

alimentation-autonomie: a besoin d'aide pour la préparation

déplacement-transports: n'utilise pas les transports en commun, se déplace de façon autonome dans l'établissement.

habillement-vêtement: s'habille seul mais pas de manière adaptée (au temps, aux activités...)

hygiène-santé: détecte lorsqu'il est malade, ne peut pas prendre seul ses médicaments

hygiène-toilette: se lave seul, à son initiative

repères temporels: en a, mais n'utilise pas l'heure

argent: se débrouille pour les petites transactions du quotidien, mais ne gère pas l'argent dans sa globalité

langage quotidien: son langage verbal est compréhensible avec des interlocuteurs familiarisés

langage-compréhension: la compréhension n'est bonne que dans un contexte concret

ADAPTATION RELATIONNELLE

mode relationnel dominant: est dans la séduction affective avec des adultes et des enfants connus, est dans la soumission avec des personnes qui lui sont étrangères

utilisation langage-relation: utilise le langage pour les choses concrètes, langage fonctionnel

autonomie psychique: s'autorise partiellement ses désirs

autonomie psycho-affective: parfois en dehors de la réalité. On remarque certains de ces moments car Bastien se met à sucer son pouce.

Suivi familial:

Bonne participation de Mme C. aux entretiens. Elle n'a cependant presque rien rempli dans le dossier d'inscription de Bastien (a complété la rubrique adresse, date et lieu de naissance, mais rien quant à ses attentes et celles de Bastien sur la prise en charge à l'I.E.A.).

→ entretiens spécifiques:

14.11.08: sur la demande de Mme C. Sujet: Bastien a des difficultés relationnelles à l'I.E.A et n'ose pas en parler aux adultes.

19.01.09: sur la demande de l'I.E.A. Sujet: Bastien se renferme, présente des plaintes psychosomatiques (notamment encoprésie)

22.06.09: sur la demande de l'I.E.A. Sujet: Bastien est très inquiet car son père est hospitalisé pour la troisième fois.

19.10.09: sur la demande de l'I.E.A. Sujet: Bastien a fait preuve de violence sur la cour de récréation. L'I.E.A demande donc l'installation d'un cadre à la maison, et souhaite qu'il puisse faire ses devoirs avec la personne T.I.S.F.

Situation de l'enfant à la sortie de l'I.E.A:

problématique actuelle:

Bastien est un enfant qui a de grosses failles narcissiques dans un contexte de violence et carences familiales. Il présente un profil abandonnique et donne l'impression d'être en situation d'insécurité et d'inhibition anxieuse. Ceci se manifeste par une grande immaturité affective, une agressivité sous-jacente, des difficultés de compréhension ainsi qu'un trouble sévère du langage et des troubles

instrumentaux ayant empêché beaucoup d'acquisitions scolaires.

L'autonomie pratique de Bastien est correcte, il possède des compétences manuelles.

Capacités et incapacités actuelles:

Bastien peut désormais rendre compte de ce qui le préoccupe, il a gagné en assurance et donne son avis ou exprime son désaccord. Les échanges restent brefs et à son initiative.

Il a pu mettre des mots sur le décès de son père, en parler.

Les relations qu'il entretient avec ses camarades sont principalement ludiques, ses centres d'intérêt ayant peu évolué (forme d'enfermement).

Une agressivité est toujours à noter, bien qu'elle soit très contenue.

Bastien présente toujours une certaine immaturité. Cet enfant est décrit comme étant influençable, manquant de recul, et ayant effectué peu de démarches au sein de l'établissement.

Il investit très fortement les activités manuelles, et est plus ouvert au monde. L'angoisse paraît diminuée. C'est pourquoi une demande d'orientation en l'ImPro sera acceptée en semi-internat (l'internat était souhaité par l'I.E.A.).

D'un point de vue scolaire, Bastien prend peu la parole et présente un niveau en lecture équivalent à celui d'un enfant au début du cycle 2. On remarque des confusions graphie/phonie.

Le classement, la comparaison et l'écriture des nombres reste difficiles. Un manque d'abstraction le pénalise pour la résolution de problèmes.

En classe son comportement est adapté et Bastien est bien intégré, bien qu'il soit facilement influencé par certains élèves. Sa participation aux projets de classe est bonne.

Les objectifs pédagogiques sont désormais les suivants: travailler l'estime de soi et la relation de Bastien à l'erreur, stimuler les intérêts et soutenir l'envie. La solidification des bases scolaires et l'ouverture au monde ainsi qu'à la culture ne sont pas à négliger.

L'activité théâtre lui a été bénéfique bien que Bastien ait toujours du mal à se mettre en scène dans les espaces extérieurs à l'I.E.A. Dans tous types d'activités, il est fréquemment inattentif et passif malgré un bon investissement. L'activité construction lui a permis de mieux manier les outils. Son travail est de bonne qualité, il comprend les consignes et peut les reformuler.

Le bilan orthophonique de sortie indique que Bastien a un niveau de compréhension équivalent à celui d'un élève en fin de CP. Il semble plus déficitaire qu'il ne l'est et en joue. Sont toujours altérés: l'accès au combinatoire ainsi que la syntaxe. Il n'utilise toujours pas le « je ».

La mise au travail s'avère laborieuse car Bastien montre peu de motivation et d'investissement. Il « oublie l'idée de progresser ». Son immaturité l'empêche d'apprendre. On note peu d'évolution.

Le bilan psychologique le décrit comme prenant plus souvent la parole, avec une expression cohérente. Beaucoup de violence semble encore contenue, ce qui effraie Bastien. Il est particulièrement mal à l'aise avec les femmes et a peur du conflit.

Il utilise désormais les transports en commun pour venir à l'I.E.A., ce qui est un gros progrès dans son autonomie. Il est décrit comme étant incapable de s'extraire de la réalité, ce qui est à mettre en lien avec les difficultés d'abstraction, mais qui est paradoxal par rapport aux difficultés d'attention.

Le garçon montre toujours de l'inhibition avec des personnes qui lui sont étrangères: il fait preuve de conformisme passif.

Famille C., enfant Mélina (2ème de la fratrie)

Mélina est née en 1998.

Elle est entrée à l'I.E.A. à 11 ans et 2,5 mois soit un an après son unique frère.

Ils seront scolarisés conjointement dans cet établissement pendant 2 ans.

Présentation des parents et de la problématique familiale:

Idem que pour Bastien. Lorsqu'elle arrive à l'I.E.A, le père est décrit comme ayant un long passé d'alcoolisme ayant entraîné plusieurs hospitalisations. Il est à cette période en prison et refuse toute situation de soin.

Parcours de Mélina:Données d'anamnèse:

Grossesse: difficile, avec des contractions dès le 3ème mois. La mère dira: « J'ai failli la perdre. » et restera allongée jusqu'à la fin de la grossesse.

Accouchement: difficile. Mélina a la clavicule cassée et passera 7 jours en couveuse.

Sommeil: réglé à 3 mois

Succion: biberon

Marche: 1,5 ans

Propreté: 2 ans

langage: RAS

autres: pleurs en 2006 suite au changement d'école et au déménagement.

Parcours scolaire et prises en charge avant l'I.E.A.:

3 ans: psychomotricité

4 et 5 ans: PS et MS

5 et 6 ans: GS et CP

6 et 7 ans: CP-CE1 avec un suivi CPEA car elle ne parlait pas en classe

8 ans: idem avec SESSAD en attente.

9 ans et 10 ans: CLIS

Problématique de Mélina à l'arrivée:

Description à l'arrivée:

« Failles narcissiques en lien avec un contexte de violences familiales.

Anxiété, sentiment d'injustice, manque d'estime de soi.

Bonne autonomie pratique. »

Mme C. décrira sa fille comme étant très têtue, n'écoutant pas, répondant; piquant parfois des colères. Madame note beaucoup de violence entre frères et sœurs.

Mélina a des difficultés pour aller se coucher, bouleversée par les problèmes de son père. Il y a des moments où elle ne mange pas.

An niveau de l'attention: « elle décroche facilement ».

Elle joue principalement à la Barbie et à la maîtresse.

Les professionnels de l'I.E.A la décriront comme une enfant qui mange peu, avec un versant anorexique. Elle dit qu'elle « ne veut pas grossir ».

Mélina est en demande d'attention, elle réclame des câlins, veut s'asseoir sur les genoux de l'adulte...

Description psychologique:

Lors du premier entretien, Mélina a une vision manichéenne de son père: il est bon ou méchant. Elle veut être dans un contrôle permanent, dont la psychologue se demandera s'il s'agit d'un contrôle de survie. Mélina est bien présente et fait des liens. Cependant elle s'évade beaucoup dans son imaginaire, ce que la psychologue soupçonnera être la conséquence d'une parentalisation.

Description psychomotrice:

C'est une enfant qui présente une bonne coordination motrice globale, avec des petits troubles de la latéralité et du schéma corporel. Cependant, cela ne pose pas de problème car elle semble confiante.

La prise en charge à l'I.E.A.:

Premier projet individuel:

« - sécuriser, valoriser, aider à augmenter la confiance en soi

— l'aider à s'ouvrir, à s'exprimer, à mettre des mots sur ce qu'elle ressent. »

Premiers axes de prise en charge orthophonique:

« - Proposer à Mélina des activités permettant de développer ses connaissances phonographémiques, afin d'améliorer ses capacités en lecture et en écriture, et de lui donner confiance à l'écrit.

- Utiliser ses bonnes compétences sur le plan mnésique pour augmenter son stock « global » de mots en favorisant la voie d'adressage en lecture.

- Augmenter la vitesse de lecture pour améliorer la compréhension écrite. »

Remarque: lors du premier bilan en orthophonie, Mélina évoquera « son grand frère auquel elle semble très attachée, l'anniversaire de sa maman, ses chiens... »

Nature des PEC pendant le séjour:

Secteur éducatif:

Année:	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Pôle:	C	C	D
Internat (I) / Semi-Internat (SI)	SI	SI	SI
Activités en ateliers:	- cuisine - mosaïque - construction	- construction	- ASSR - construction - théâtre - terre
Activités du mercredi:	piscine		Arts créatifs

Secteur thérapeutique:

Année:	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Psychologie:	- psychothérapie - psychodrame	psychothérapie	psychothérapie
Orthophonie:	1 séance individuelle / semaine	1 séance individuelle / semaine	1 séance individuelle / semaine
Psychomotricité:	non	non	non
Suivi médical spécifique:	non	non	non

Bilan scolaire après un an passé à l'I.E.A:

An niveau du langage, Mélina présente des difficultés pour prendre la parole spontanément. Elle est dans l'échange et a sa place dans le groupe. Elle peut lire et écrire des mots simples quand elle est accompagnée.

En mathématiques, Mélina a progressé tout au long de l'année. Elle connaît les nombres jusqu'à 100, et peut à peu près les lire, les ranger, les comparer. Elle a toujours quelques difficultés pour la résolution de problèmes: quel est le sens du problème? Que cherche-t-on? On notera le besoin de schématiser les données numériques.

Du point de vue du comportement et de la motivation, on remarque une bonne évolution. Mélina a pris ses marques, « a tissé du lien avec ses camarades et les adultes ». Elle a tendance à être dans l'imitation. Parfois triste et peu investie, elle peut interpeller les adultes et se livrer.

Les objectifs pédagogiques pour l'enfant sont les suivants:

- gagner confiance en soi
- poursuivre le travail de déchiffrage en lecture
- faciliter la prise de parole spontanée

Éléments généraux:

Mélina est décrite comme suit:

Elle a « un profil carentiel, avec un petit niveau, des carences marquées en vocabulaire, un manque d'abstraction, une compréhension verbale limite, et présente un trouble de la vitesse de traitement. »

Les enseignants et éducateurs ont remarqué une tendance à « coller » aux attitudes d'une autre élève, et soulignent donc un caractère influençable.

Suivi familial:

Madame C. participe activement aux entretiens, tout comme pour le frère de Mélina

Entretiens spécifiques:

14.12.09: Mélina a entamé une prise en charge psychologique tous les mardis: elle vit difficilement la succession du papa dans la famille.

08.03.10: Discussion autour des règles et des lois à la maison, car un manque de cadre est décelé. Ce qui influe sur les repères des enfants. Les enfants vont régulièrement au cimetière avec la personne AEMO pour se recueillir sur la tombe de leur père.

19.11.10: La première année à l'I.E.A a été très positive pour Mélina. L'enseignant et l'éducateur référent pensent qu'elle ne dévoile pas toutes ses capacités en classe. On note une recrudescence des difficultés alimentaires et une difficulté à se positionner: elle hésite entre une place d'enfant et d'adolescente. Nous apprenons également que Mme C. considère l'extérieur comme dangereux, et exige que ses enfants restent au maximum à la maison sur leur temps libre.

10.01.11: L'équipe s'interroge sur les possibilités de Mélina. Peut-être a-t-on surestimé ses capacités, ce qui lui aurait « mis la pression »? Les relations avec son frère sont quasi-inexistantes: ils n'échangent pas. Désormais elle va à la médiathèque, ce qui est difficile pour Mme C. pour qui il est compliqué de laisser ses enfants expérimenter.

02.02.11: Deux orientations ont été évoquées pour Mélina: une intégration en SEGPA ou en ImPro. La solution ImPro est la plus probable, d'ici un an ou deux. Mme C. affirme être « déboussolée » car elle pensait que Mélina quitterait rapidement l'I.E.A pour aller en SEGPA. « Elle s'illusionnait sur ses capacités qu'elle jugeait supérieures à celles de son frère ».

21.03.11: Madame C. amène des éléments sur sa propre vie: elle rapporte s'être toujours mal entendue avec sa fratrie, et nous apprend que son père avait « disparu ». Elle attendait avec impatience d'aller en pension pour quitter son milieu d'origine.

10.10.11: Mélina se positionne en victime dans de nombreuses situations, avec l'appui de sa mère. A la maison, Mme C. ne se fait pas entendre, et Mélina ne participe à aucune des tâches communes. L'entretien a pour objectif de pointer le problème et d'amener des pistes pour le résoudre.
NB: peu de choses seront mises en place à la maison, il faudra réitérer plusieurs fois l'entretien pour traiter à nouveau ces deux sujets.

Situation de Mélina à l'heure actuelle:

Bilan scolaire:

Mélina est très adaptée, organisée et méthodique.

En terme de langage, elle a un niveau mi-CE1 avec beaucoup de confusions à l'écrit et de nets progrès en lecture.

En mathématiques, elle a un niveau fin CE1, le + et le – sont acquis, elle possède un bon raisonnement logique.

Cependant, elle produit peu de parole spontanée, le manque de confiance est toujours là.

Bilan des activités:

Mélina est curieuse, participe activement à toutes les activités et a envie de découvrir beaucoup de choses.

Bilan éducatif:

Mélina est bien intégrée et appréciée des autres. Elle a tout de même besoin de travailler sa responsabilité dans ses relations aux autres. C'est une jeune fille discrète, que l'on n'entend pas beaucoup. Elle sait tirer profit du conseil des adultes et prend davantage d'initiatives. Soignée, précise et volontaire, elle cherche à bien faire. Un certain potentiel ne serait pas encore exploité.

Bilan psychologique:

Mélina commence à faire des choses seule, à se faire confiance, à s'investir dans ce qu'elle fait et à y trouver de l'intérêt. Elle parle facilement de ce qui la tracasse en entretien individuel; elle sait interpeller l'adulte quand le besoin se présente.

Mélina accepte les conseils des adultes malgré des râleries (notamment sur l'hygiène corporelle, le « groupe filles » lui a d'ailleurs été bénéfique).

Elle a toujours besoin d'être stimulée et accompagnée par l'adulte dans ses prises d'initiative pour être certaine que ce n'est pas dangereux.

Point avec la mère:

Madame C. estime que sa fille a changé depuis qu'elle est dans le groupe D. Elle est plus renfermée et a besoin de gagner en maturité. « Il faut qu'elle grandisse ».

Mélina se dit prête à changer d'établissement. Malgré ses progrès, une SEGPA serait d'un niveau trop élevé. C'est pourquoi une demande ImPro lui permettra de continuer à progresser à son rythme.

Problématique actuelle:

Mélina présente des failles narcissiques en lien avec un contexte de violences familiales et le décès du père. Elle manque d'estime de soi, avec un sentiment d'insécurité, une dévalorisation, et une peur de l'échec.

Elle est en quête affective et en demande de lien. Elle se positionne en victime.

On retrouve des carences éducatives et sociales.

Mélina a une bonne autonomie pratique.

Objectifs généraux:

- « - sécuriser, valoriser, aider à augmenter la confiance en soi
- l'aider à s'ouvrir, à s'exprimer, à mettre des mots sur ce qu'elle ressent
- Effectuer un travail sur l'hygiène corporelle
- Stimuler ses compétences, l'aider à s'affirmer
- développer l'intégration à l'extérieur »

Concernant le dernier point, il est répété que Mme C. ne laisse que peu de place aux initiatives de ses enfants.

Projet orthophonique:

« 2 séances par semaine: une individuelle et une en binôme.

- poursuivre l'entraînement en lecture syllabique afin de perfectionner la reconnaissance des lettres/sons, de réduire les confusions de lettres et les inversions en lecture
- entraîner la mémoire visuelle et auditive; l'attention, la conscience phonologique, en vue d'aider l'amélioration de la lecture, de l'écriture.
- Encourager les productions écrites en s'appuyant sur le binôme avec un camarade pour créer une émulation et donner confiance à Mélina dans ce domaine. »

Commentaires

Un des premiers éléments à souligner semble être la déficience intellectuelle des parents. Ici donc, parentalité et déficience vont être intriqués sans cesse.

Concernant Bastien, l'adjectif qui lui est le plus attribué est « immature », cognitivement, affectivement surtout. Ses troubles sont donc considérés par l'équipe de l'I.E.A comme étant symptomatiques des problèmes parentaux : déficience intellectuelle, alcoolisme et violence du père, puis son décès (« présente des plaintes psychosomatiques », « dépendent des soucis qui le

tracasse », « ceci [le profil abandonnique] se manifeste par ... », « encoprésie »).

En conséquence, on remarque que chaque professionnel joue sur les deux facettes du savoir sémantique et du savoir être. Notamment chez l'orthophoniste (« valoriser », « en tenant compte de » pour le savoir être, et « exploiter » « renforcer » « enrichissement » pour le savoir faire), et chez l'enseignant (travailler l'estime de soi, la relation à l'erreur, « stimuler », « soutenir » concernant le savoir être, « solidification » « ouverture » pour le savoir faire). Enfin, l'orthophoniste estime que le manque de progression de Bastien est du fait d'une immaturité affective qui prédomine sur les autres investissements. Le soin est donc prioritaire, ce qui évoque assez clairement une étiologie psycho-affective des ses troubles.

Du côté de Mélina, la problématique est formulée avec les mêmes mots clés que pour Bastien, mais ses réactions ou symptômes sont différents (anorexie, colère, désobéissance à la maison...). L'intuition de la mère et des professionnels est que Mélina a plus de capacités que Bastien, alors que son anamnèse dévoile plus de problèmes précoces. Ce qui laissait présager un potentiel qui pourrait être moins élevé. L'indicateur environnemental prédomine donc comme étiologie. Les professionnels là encore injectent du savoir être et un positionnement de soins.

Les relations entre Bastien et Mélina sont relatées comme violentes, reflétant le vécu familial des relations. Cependant, leur lien n'est pas aussi prédictif qu'une « matrice du lien social » car à l'extérieur de la famille, Bastien semble entrer plus difficilement et plus violemment en relation avec les autres que Mélina. On peut d'ailleurs faire le parallèle entre les difficultés de Bastien à communiquer, et son langage qui est dit « concret », alors que celui de Mélina semble plus élaboré et permettant d'autres choses : la colère, l'expression du désaccord, l'évocation...

Quant aux relations entretenues entre la famille et l'établissement, on remarque une bonne participation de Madame C. aux entretiens, avec un investissement certain de cet espace de parole. Des sujets sont amenés des deux côtés. On remarque tout de même que l'I.E.A relève des éléments qui interpellent, notamment la peur que Madame C. aurait de l'extérieur. Comme suggéré dans la partie théorique, ce pourrait être un espace de discordance entre la famille et l'institut, entre une peur de laisser sa responsabilité d'une part, et une requête d'autonomie d'autre part.

Ce qu'amènent les dossiers au niveau de la parentalité est une fragilité sociale et affective, ainsi qu'une problématique en relation avec la responsabilité et la culpabilité chez la mère, tout en retrouvant des éléments de sa propre enfance (elle voulait quitter son milieu d'origine). Bien sûr nous sommes placés du point de vue de l'équipe pluridisciplinaire.

4. 2 Fratrie 2 : Jimmy et David L.

Fratrie L. enfant Jimmy (aîné)

Jimmy est né en février 1996.

Il entrera à l'I.E.A en septembre 2007 soit à 11 ans et 7 mois.

Il quittera l'I.E.A pour un ImPro en juillet 2010 soit à 14 ans et 5 mois.

Il a un petit frère David né en juin 1998 qui sera orienté à l'I.E.A en même temps que lui.

Ils ont une petite demi-sœur, Manon, née en 2002 et scolarisée à 4 ans en MS sans problème apparent.

Jimmy et David sont sous la responsabilité judiciaire de leur mère.

Présentation des parents et de la problématique familiale:

La mère:

Née en 1969, elle est aide-soignante en maison de retraite. Elle entamera une formation d'infirmière à partir de 2010.

Il s'agit d'une dame ayant une attitude respectueuse, qui parle facilement de ses difficultés. Elle affirme apprécier la possibilité d'avoir des entretiens et un espace de parole. Elle rapporte avoir des relations parfois difficiles avec son nouveau compagnon (beau-père des enfants), l'équipe de l'I.E.A soupçonne des attitudes perverses de la part de ce dernier. Madame a été sous antidépresseurs pendant plusieurs mois. Ce qui ne l'a pas empêché d'être présente et d'effectuer des démarches pour ses enfants (inscription au rugby... etc.)

Le père:

Né en 1966, il n'a plus de droit de visite ni d'hébergement depuis 2001 pour cause de violence envers les enfants et leur mère. Il est décrit comme dévalorisant la mère, et est largement soupçonné de violences sexuelles sur ses compagnes. Cette violence a débuté avec la naissance de Jimmy et a pris encore plus d'ampleur avec la naissance de David. Le couple divorcera en 1999.

Concernant ses antécédents scolaires et médicaux, on notera une dyslexie.

Le beau-père:

En couple avec la maman depuis 12 ans, mariés depuis 5 ans, ils ont une petite fille ensemble en 2002. Le couple et les trois enfants vivent ensemble.

L'équipe de l'I.E.A émet initialement des doutes quant à la fiabilité de ce monsieur.

Parcours de Jimmy

Données d'anamnèse

Grossesse: accouchement par forceps avec déformation du crâne

Alimentation, sommeil, succion: RAS

Marche: 1 an

Propreté: 19 mois

Langage: a parlé tôt puis mutisme du jour au lendemain à 17 mois, qui durera 3 ans. À 5 ans il ne fait pas de phrases. On notera qu'un oncle paternel a de gros problèmes d'élocution.

Autres: Infections ORL à répétition, obésité de l'enfant, Jimmy est très sujet aux cauchemars depuis plusieurs années.

Parcours scolaire, rééducatif et thérapeutique avant l'I.E.A:

De 1998 à 2000 / de 3 à 6 ans: prise en charge en CPEA pour mutisme « sur un fond de problématique de dysphasie »

1999-2000: PS

Année 2000: prise en charge en orthophonie en libéral

2000-2001: MS

2001-2002: GS

2002-2003: GS

Septembre 2003: CP

Janvier 2004 à 2007: CLIS

2006-2007: prise en charge en SESSAD

Problématique de Jimmy à l'arrivée:

Jimmy est décrit par sa mère comme étant agressif avec son frère, tout en ayant des difficultés de langage et de compréhension. C'est un enfant qui ne prend pas beaucoup d'initiatives.

Les deux frères présentent une grande ressemblance physique, dont une obésité sans hyperphagie. D'où l'hypothèse d'une génopathie liée à l'X. Des recherches sont en cours.

On obtient des précisions sur la problématique familiale et sur celle de l'enfant au cours de deux entretiens.

Entretiens spécifiques et participation de la famille:

La mère participe bien aux entretiens, elle vient seule. Cependant on remarquera plusieurs absences des enfants en classe mal justifiées.

Septembre 2007 (entretien d'accueil):

Jimmy a subi la violence de son père et est actuellement en grande rivalité avec son frère. Il aurait tendance à toujours vouloir protéger sa mère. Il était désireux d'aller à l'I.E.A. Pour une meilleure cohérence dans ses prises en charge (avoir tout sur un même lieu apaiserait un peu sa forte angoisse).

Avril 2007: Jimmy est très dur, très agressif avec son frère. Il faut les séparer, ils ont donc changé de chambre. Madame évoque la petite enfance de Jimmy: il allait chez la nourrice car elle (Madame) avait des horaires qui changeaient sans cesse. Le père ne s'occupait pas des enfants malgré son statut de chômeur, « il allait voir ailleurs ». On peut comprendre par là qu'il menait une double vie.

Bilan après un an de prise en charge à l'I.E.A

Formulation de la problématique:

« Fragilité narcissique due à des violences familiales ayant entraîné un défaut de construction de son identité. Fonctionnement familial perturbé, absence de relation avec le père (déchéance des droits). Troubles sévères du langage, difficultés psychomotrices et immaturité affective. Tendance à somatiser. »

Groupe:

Jimmy s'est vite intégré dans le groupe et a créé un lien privilégié avec un autre jeune. Plutôt tonique et dynamique malgré son physique apathique, il sait trouver la juste place. Il semble épanoui et a vite fait confiance aux adultes du groupe.

Jimmy peut nommer ses difficultés familiales. Il présente une certaine immaturité dans son langage et dans certaines réactions. Il fait attention à son surpoids et suit les prescriptions diététiques.

« Il y a un côté poli et bien élevé chez les deux frères. »

Classe:

Jimmy est dynamique et semble heureux d'être là. Il était pourtant anxieux les premières semaines, « les larmes venaient vite ». Sa relation amicale avec l'autre jeune du groupe est décrite comme saine et porteuse pour les deux enfants. Jimmy est coopérant, volontaire et a le souhait de surmonter ses difficultés. Il peut les évoquer et demander de l'aide si nécessaire.

Le garçon manque d'ouverture sur le monde, même très proche; il passe beaucoup de temps devant la télévision ou à regarder des films. Il présente surtout de très gros troubles du langage oral.

En langage, la lecture est lente avec des confusions de sons, sans compréhension spontanée. À l'écrit, il n'a pas beaucoup d'imagination. Cependant, la copie s'améliore. À l'oral, le vocabulaire est pauvre, la syntaxe est à travailler. Jimmy inverse fréquemment le féminin et le masculin.

En mathématiques, il connaît les nombres jusqu'à 100 et sait faire des additions avec des retenues. Le calcul reste lent mais Jimmy a progressé. En résolution de problèmes, il a des difficultés à cause de la lecture et de ses capacités de raisonnement.

Son comportement en classe est adapté malgré une certaine discrétion. Il est apprécié par ses camarades et respecte les règles de vie. Jimmy sait travailler en autonomie, il est agréable.

Les objectifs pour la suite sont:

- poursuivre la mise en confiance, la sécurisation
- l'aider à trouver sa place, à être authentique, à s'affirmer et à apprendre à se défendre.

Bilan psychologique:

Jimmy manque de consistance, il a des difficultés à se projeter, il s'éparpille facilement. Ses problèmes sont en lien avec un vécu de relations agressives. Il montre d'ailleurs une agressivité latente mais très refoulée. Il semble y avoir un interdit de penser. Malgré une certaine conscience, il se réfugie dans la régression. Il y a un manque de construction.

Bilan psychomoteur:

Jimmy présente une immaturité fonctionnelle avec des syncinésies et un retard. La coordination motrice est correcte. Ses difficultés se situent principalement au niveau de la syntaxe, de la prononciation et de la compréhension des doubles consignes. « Il est très posé, voire lent ». Les notions d'espace-temps sont correctes, l'analyse perceptive est bonne. Il s'agit donc d'un tableau d'inhibition.

Bilan orthophonique:

Objectifs pour l'année à venir:

« - Encourager l'expression orale et écrite en amenant Jimmy à construire, à réfléchir sur la phrase, à manipuler, à « faire fonctionner » de la syntaxe.

- Mettre Jimmy en situation de comprendre des informations linguistiques orales et écrites concrètes, lui faire verbaliser ses raisonnements, l'accompagner vers des données plus abstraites,

l'aider à acquérir une certaine autonomie dans ce domaine.

- Utiliser ses acquis en langage écrit pour affiner le traitement phonologique en vue d'améliorer la précision de sa parole. »

Autres:

Jimmy utilise les transports en commun pour aller à l'I.E.A et à ses activités extra-scolaires.

Nature des prises en charge pendant le séjour:

Secteur éducatif:

Année:	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pôle:	C	D	D
Internat (I) / Semi-Internat (SI)	SI	SI	SI
Activités en ateliers	- cuisine - construction	- construction - ASSR - cirque - sport collectif / cross	- construction - cuisine - bibliothèque - cirque - sport collectif / cross
Activités du mercredi	badminton	badminton	Football à l'extérieur

Secteur thérapeutique:

Année:	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Psychologie:	Non	1 séance / semaine	1 séance / semaine
Orthophonie:	1 séance / semaine	1 séance / semaine	1 séance / semaine
Psychomotricité:	Non	Non	Non
Suivi médical spécifique:	Non	Non	Non

Situation de l'enfant à ce jour:

Description générale:

« Lors de son arrivée, Jimmy se présentait comme un adolescent inhibé, très immature dans sa relation et dépendant de l'autre. Durant ces trois années de prise en charge à l'I.E.A, il est devenu plus autonome, il a appris à s'organiser et est devenu plus mature. Il est resté timide mais accepte volontiers les remarques. Il commence à ajuster ses moyens de défense dans ses échanges avec les autres, mais peut encore se laisser surprendre par de petits épisodes d'agressivité verbale. Il est envahi par les difficultés en lien avec l'adolescence et n'a pas beaucoup de défenses face à elles.

Notamment celles en lien avec le surpoids et ses problèmes d'acné rendent difficiles la confrontation au regard de l'autre, tout particulièrement celui des filles. Il a tendance à se sentir victime tant à cause de sa fragilité psycho-affective que par sa peur du conflit. Même s'il a gagné en maturité, il subsiste des difficultés pour s'opposer.

En orthophonie, l'évolution a été plus marquée durant les deux premières années. On note plus de lassitude la troisième année. Le travail autour de la syntaxe a bien progressé. Sa dysphasie est lourde mais il a trouvé des moyens de compensation, le plus difficile serait la compréhension. Jimmy a des ressources et utilise des stratégies qui l'aident à maintenir la relation.

Dans ses relations avec le groupe, il prend de l'assurance et assure de plus en plus une place de leader positif.

En classe il a acquis la numération, a confiance en ses capacités logico-mathématiques. Le domaine lexical reste difficile, il compense mais a encore beaucoup de difficultés. En mathématiques il a peu de difficultés et peut aller très vite.

En activités éducatives, il a une bonne motricité en sport, il fait preuve de stratégie, il s'investit avec sérieux dans toutes les activités dans lesquelles il est inscrit, en respectant le cadre et les consignes. Il assure bien souvent une place de « grand frère ». Il a participé avec des jeunes de l'I.E.A à une activité au football club de XXX, où il a fait preuve de volonté, d'une bonne adaptation et il a bien progressé au cours de l'année.

Le passage en internat peut être intéressant en faisant attention au versant dépressif car il peut être mis à mal très vite dans ses relations et peut parfois s'effondrer.

Un suivi orthophonique n'est pas forcément nécessaire, s'il continue à lire et à écrire. Il semble en effet qu'après des années de suivi, « une fenêtre thérapeutique » soit souhaitable. »

Décision d'orientation:

Jimmy présente une déficience intellectuelle légère avec des troubles sévères du langage oral, dans un contexte de carences éducatives. Son adaptation sociale est correcte et sa progression est notoire sur le plan de l'autonomie. C'est un jeune volontaire qui a de bonnes capacités pratiques et de bons acquis sur le plan scolaire.

« Jimmy a beaucoup progressé sur le plan personnel, et a une meilleure confiance dans ses potentialités; l'ImPro lui permettra de poursuivre cette évolution. »

Famille L, enfant David (deuxième de la fratrie)

David est né en juin 1998.

Il est entré à l'I.E.A en septembre 2007, soit à 9 ans et 2 mois, en même temps que son frère aîné Jimmy

Il est toujours pris en charge à l'I.E.A à l'heure actuelle.

Présentation des parents et de la problématique familiale: cf. Jimmy L.

Parcours de David:

Données d'anamnèse:

Grossesse: difficile pour la mère qui était en dépression à cause de la séparation avec le père

Alimentation, sommeil, succion: RAS

Marche: un an

Propreté: trois ans

Langage: Suivi en orthophonie depuis ses 4 ans, mais « sa participation est médiocre » d'après la mère. Les raisons de la prise en charge sont les suivantes: troubles de parole, de la mémoire auditive et visuelle, raisonnement défaillant.

Autres: Inhibition et immaturité psychomotrice, peu d'investissement dans les activités symboliques, retard dans les acquis cognitifs spatiaux, souffrance psychique importante.

Parcours scolaire, rééducatif et thérapeutique avant l'I.E.A:

1998: naissance

1 an – 1999: le père quitte le domicile familial car il refusait d'avoir un second enfant. David culpabilise pour ça.

3 ans – 2001: David est en PS, suspension du droit de visite du père.

4 ans – 2002: David est MS, il ne voit plus son père qui a gardé l'autorité parentale

5 ans – 2003: la mère de David refuse son maintien en MS, il passe donc en grande section.

6 ans – 2004: CP. Il sera évalué à Pen Bron sur demande de la mère (habitant pourtant dans la région de Vannes) pour diagnostiquer une dysphasie.

7 ans – 2005: CLIS + CPEA (hôpital de jour à temps partiel + prise en charge en orthophonie)

8 ans – 2006: CLIS + CPEA (en soutien de la CLIS)

9 ans – 2007: orientation à l'I.E.A.

Problématique de l'enfant à l'arrivée:

Description à l'arrivée:

« Inhibition névrotique en lien avec des conflits familiaux. Rupture des liens avec le père après la naissance. Carences narcissiques avec un fond dépressif. Anxiété importante, expression de soi difficile, tendance au retrait. Compétences langagières faibles, dysphasie expressive. »

Informations fournies par la mère lors de l'entretien d'arrivée:

David a été orienté au CPEA pour un mutisme extra-familial. Il entretient une relation fusionnelle avec sa mère, qui par ailleurs, fait un lien entre une dépression qu'elle aurait vécue et celle de David. En effet, en CP, il aurait eu des idées noires et aurait parlé de « se jeter à l'eau ». C'est à ce moment même que le beau-père est soupçonné de violence envers les enfants (« ils entretiennent une relation conflictuelle » selon la mère) et de problèmes d'alcoolisation. Enfin, en CLIS, David aurait eu des « difficultés relationnelles » d'après la mère, ce qui aurait engendré un « manque de confiance en lui ».

Premiers objectifs de prise en charge fixés par l'I.E.A:

Projet individuel:

- Travailler l'estime de soi
- Aider l'expression
- Sécuriser, rassurer, valoriser
- Lui faire vivre des expériences nouvelles
- Besoin d'un contenant

Projet en psychomotricité:

« Travailler avec un homme comme référent. »

Projet en orthophonie:

« Instaurer une relation de confiance, afin d'amener David à s'exprimer plus librement au niveau verbal malgré son inhibition. Tenir compte de sa dysphasie expressive et de ses troubles phonologiques et syntaxiques sévères pour aménager les demandes, favoriser l'évocation verbale par les aides facilitatrices et la tolérance des temps de latence, spécifier le feed-back.

Amener David à se confronter à son langage malgré ses lacunes, plutôt qu'à chercher des stratégies d'évitement, par un étayage contenant.

Renforcer le stock lexical par des activités langagières de mise en réseau ou contextualisées. Améliorer les constructions morpho-syntaxiques des phrases par la modélisation et surtout par un travail structuré (pictogrammes, méthode des jetons, conscience syntaxique...). Développer les pré-requis de la lecture, pour favoriser l'apprentissage en classe et s'appuyer sur l'écrit pour proposer un modèle visuel destiné à mettre en évidence les éléments à améliorer à l'oral.

Nature des prises en charge pendant le séjour:

Secteur éducatif:

Année:	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Pôle:	A	A	B	C	D
Internat (I) / Semi-Internat (SI):	SI	SI	SI	SI	SI
Activités en ateliers:	- Mosaïque - Poterie - Jeux de société - Chant	- Mosaïque - Poterie - Jeux de société - Chant	- Réalisation - Cuisine - Éducation routière - Jeux de société	- Cuisine (1h/semaine) - Construction (1h/semaine)	- Cuisine (3h/semaine) - Construction (1h/semaine) - Multisport - ASSR
Activités du mercredi:	- Piscine - Cuisine - Ludothèque - Sport	- Piscine - Cuisine - Ludothèque - Sport	- Boxe éducative - Cross - Badminton	- Badminton	Non renseigné

Secteur thérapeutique:

Année:	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Psychologie:	Non	Non	Non	1 séance individuelle / semaine	1 séance individuelle / semaine
Orthophonie:	2 séances individuelles / semaine	Non	1 séance individuelle / semaine + groupe langage oral	1 séance individuelle / semaine	1 séance individuelle / semaine
Psychomotricité:	Groupe « expression corporelle »	Groupe « expression corporelle »	Groupe « expression corporelle »	Non	Non
Suivi médical spécifique:	Non	Non	Non	Non	Non

Une prise en charge en psychologie a été demandée pour l'année 2008-2009, car David représentait beaucoup de monstres, des « méchants avec des griffes et des dents » dans ses dessins. Il ne sera pas suivi car il n'était pas prioritaire.

Évaluation psychologique après un an de prise en charge à l'I.E.A.:

EFFICIENCE:

David est un garçon qui ne se plaint jamais. Il est capable d'effectuer un travail manuel sur une longue durée. Il dispose d'une bonne motricité générale. Les difficultés surviennent lorsque plus de précision et de finesse sont demandées. Le résultat de ses productions est alors peu élaboré. Il semble s'en satisfaire et n'éprouve pas le besoin de solliciter l'adulte. Sa compréhension des consignes est assez limitée,

AUTONOMIE

David est autonome dans son régime alimentaire mais il ne perd que très peu de poids.

Au niveau des transports, il paraît être autonome. Cependant il est toujours accompagné de son grand-frère Jimmy.

Sur le plan de l'habillement, il ne sait pas choisir des vêtements adaptés au climat ou à la tâche. En outre, il n'ose pas enlever ses vêtements en raison de son surpoids qui le complexe.

De même, il n'ose pas aller au W.C. Et se retient beaucoup. Il sera soigné plusieurs fois dans l'année pour des problèmes de constipation aiguë.

On notera également des absences fréquentes au cours de l'année dues à des états de maladie diverses malgré ses plaintes qui sont très rares.

ADAPTATION RELATIONNELLE

Le mode relationnel dominant de David est le conformisme: avec les adultes il ne s'affirme pas, et avec les enfants il est « le bon copain » voire dans la soumission (conformisme passif).

En terme langagier, David présente de grosses difficultés d'expression. Il se fait difficilement comprendre car « il passe beaucoup de temps à chercher les mots dans sa tête ». L'expression spontanée est plus facile que l'expression sur demande, il s'y sent presque à son aise. En revanche, l'expression imposée semble mal vécue car il ne peut pas s'exprimer comme il le souhaiterait.

Suivi familial et participation aux entretiens

Aucune participation, aucun entretien.

En décembre 2011, la situation est la suivante:

Madame L. fait une pause dans sa formation d'infirmière depuis le mois de septembre. En recherche de reconnaissance à l'arrivée des garçons, elle évite aujourd'hui les rencontres avec l'I.E.A. Il n'y en aura aucune cette année. L'équipe soupçonne le beau-père, en plus de ses problèmes d'alcool et d'emploi (chômage), d'avoir une certaine emprise sur Madame L. et ses enfants. Notamment en raison d'un courrier stipulant l'absence de David et Jimmy pendant quelques jours, pour aller rendre visite à des membres de sa famille habitant loin. Le voyage fut annulé, et les enfants ne vinrent pas à l'I.E.A. pour autant.

C'est dans ce contexte que Madame L. appelle l'I.E.A pour indiquer qu'elle s'interroge sur un nouvel épisode dépressif chez David: il pleure tous les soirs et se colle physiquement à elle.

Situation de l'enfant à ce jour:

Problématique actuelle:

« Inhibition névrotique en régression. Rupture des liens avec le père dans la petite enfance. Histoire de violence familiale.

Carences narcissiques avec fond dépressif. Anxiété, expression de soi difficile, tendance au retrait, agressivité refoulée. Somatisation importante.

Trouble sévère du langage (dysphasie expressive) sur fond de déficience langagière. Surpoids important. »

Objectifs de prise en charge:

- Travailler l'estime de soi
- Aider l'expression
- Sécuriser, rassurer, valoriser
- Favoriser la créativité
- Favoriser l'ouverture à l'extérieur
- Travailler les aspects corporels, les questions d'alimentation

Projet orthophonique:

Une séance individuelle par semaine.

- Renforcer le langage oral en s'appuyant sur le langage écrit

- Poursuivre la modélisation des constructions syntaxiques des phrases, à travers des activités langagières structurées, afin que David puisse extraire des modèles de phrases adaptables au langage spontané.
- Renforcer le déchiffrage au niveau des confusions de graphèmes, des inversions, des graphies complexes et des règles de déchiffrage
- Améliorer la lecture et la prise de sens, en développant la capacité mnésique de rétention des mots déchiffrés et leur mise en lien syntaxico-sémantique.

Synthèse de suivi (Médecin, pédopsychiatre, psychologue, orthophoniste, éducateur référent, référent famille, enseignant, chef de service présents):

David est apprécié de tout le monde, souvent nommé en exemple par les adultes; il est dans une relation d'aide envers les autres. Compétent dans de nombreux domaines, il se donne les moyens de réussir et veut donner le meilleur de lui-même. C'est un jeune résistant face à l'effort.

En atelier cuisine, il prend des initiatives et s'applique. Il est lucide sur ses compétences et a une bonne estime de lui.

En atelier bois, il présente de bonnes compétences et laisse paraître qu'il apprécie. Pourtant, il ne s'y sent pas bien et ressent de l'angoisse tous les mardis matins avant d'y aller. Il n'ose pas demander d'aide à la personne encadrante.

En activité boxe, David est décrit comme « doué ». Il rentre dans des stratégies complexes. C'est un temps au cours duquel il exprime le fait que son beau-père boive et que ceci provoque de l'angoisse chez lui: il craint que son beau-père s'en prenne à sa mère, il y aurait déjà eu des passages à l'acte. Il affirme également que sa mère est elle-même violente envers son conjoint. David cherche à être parfait et souhaite que sa mère soit contente de lui. Il se met une pression importante. Nous noterons qu'il a pu nommer beaucoup de choses cette année:

- la relation mère-enfant
- la pression maternelle sur ses enfants
- la nécessité de donner une bonne image

En règle générale, David a besoin de « décompresser »: il a été remarqué qu'il était dans un état d'excitation tous les soirs sur le temps de permanence éducative.

David est également un jeune qui présente de grosses fragilités. Prenons l'exemple du second entraînement de basket: David était « perdu ». Angoissé, il était alors dans l'incapacité de s'y rendre

et s'est « écroulé ».

En revanche, il a gagné suffisamment d'assurance pour régler certains problèmes: il a pu se plaindre à un adulte de l'I.E.A qu'on « l'embêtait dans le bus ». Grâce au soutien de cet adulte, il a réussi à questionner le jeune sur ses intentions et à ce qu'il ne l'importune plus.

David se livre de plus en plus et pointe les choses difficiles pour lui.

Commentaires

La particularité de cette fratrie est essentiellement que les deux frères ont été orientés en même temps à l'I.E.A. De surcroît ils présentent le même type de troubles dits « dysphasiques » ainsi qu'une obésité. Donc ils présentent des ressemblances dans leurs parcours, leurs troubles, leurs physiques et leur « côté poli et bien élevé ».

On ne sera pas surpris que leurs relations soient conflictuelles, afin de dégager des critères distinctifs autres que le prénom et l'âge. On voit d'ailleurs que Jimmy tend finalement à trouver une place de « grand frère » avec ses camarades, alors que les discordes entre frères s'apaisent, et que chacun prend de l'autonomie. On note aussi, comme pour la fratrie C. d'ailleurs, que les enfants ont peur du conflit, mais sont eux-même pris dans des relations conflictuelles. Est-ce que ce qui les inquiète est justement de ne pas pouvoir faire autrement qu'être dans ce type de relations ? Est-ce que le manque de flexibilité qu'induit supposément la déficience intellectuelle influence en ce sens ? C'est-à-dire vers une rigidité comportementale ?

Ce qui est également marquant, c'est le rapport de la famille à l'institut qui est fluctuant et source d'interprétation. Rien n'est sûr, tout est mouvant, et surtout l'alliance entre la mère et les professionnels.

Cependant, si nous tâchons de différencier les deux frères, nous voyons que les professionnels sont dans l'hypothèse constante avec Jimmy (« l'I.E.A soupçonne », « est largement soupçonné de », « l'I.E.A émet initialement des doutes », « d'où l'hypothèse d'une génopathie », « il semble y avoir un interdit de penser »...) alors que leur discours est emprunt de plus d'assurance pour David. La relation fusionnelle à la mère est affirmée, tout autant que la culpabilité de David lors du départ du père. Finalement, cette assurance est peut-être due au fait que ce sont des éléments amenés directement par la mère, dont celui de la dépression familiale.

Enfin, la dysphasie est sujette à plusieurs interprétations dans le milieu de l'orthophonie. Pour certains elle est neurologique, pour d'autre c'est un symptôme, selon quelques uns on peut effectuer une dichotomie entre les dysphasies pures (tableau plutôt neurologique) et les troubles qui s'apparentent à la dysphasie (tableau plutôt symptomatique) .. Toujours est-il qu'il est surprenant de voir cet aspect policé chez tous les membres de la famille, et ces troubles dits « dysphasiques » chez les deux garçons, qui viennent entraver leur communication et leur capacité à dire. Le tout couplé de troubles psychosomatiques de type constipation. On semble là encore bien être dans le symptôme et l'étiologie environnementale. C'est pourquoi la prise en charge en orthophonie est complexe dans le cas des deux garçons, puisque si la dysphasie est peut-être considérée comme symptôme, on sait aussi qu'elle peut entraîner des troubles psychiques surajoutés de par ce qu'elle représente de handicapant et blessant pour l'enfant.

4.3 Fratrie 3 : Carine et Amélie M.

Famille M., enfant Carine (troisième d'une fratrie de quatre filles)

Carine est née en octobre 1998.

Elle entre à l'I.E.A en septembre 2005.

Elle quittera l'I.E.A en juillet 2012.

Sa petite sœur, Amélie sera admise à l'I.E.A en septembre 2009. Elles y seront donc prises en charge conjointement pendant 3 ans.

Carine est la troisième fille d'une fratrie de quatre enfants:

- Émilie est née en 1990. Elle a été scolarisée en SEGPA et est actuellement en apprentissage dans une société de nettoyage.
- Aude est née en 1994. Elle est allée au collège, puis a suivi une formation d'aide à la personne.
- Carine est née en 1998.
- Amélie est née en 2002.

Présentation des parents:

Madame M. est née en 1967. D'abord agricultrice, elle fut en congé parental jusqu'en 2005. Elle travaille actuellement dans une usine en tant qu'ouvrière.

Monsieur M. est né en 1967 également. Il est agriculteur.

La couple est marié, la famille vit dans une ferme.

Parcours de Carine:

Données d'anamnèse:

Grossesse: naissance par césarienne comme les deux grandes sœurs

Alimentation: au biberon

Sommeil, succion: RAS

Marche: a commencé à 14 mois, puis a fait une chute entraînant une peur de marcher. Reprise et acquisition définitive à 18 mois.

Propreté: Selles dans la culotte jusqu'en 2004 (soit jusqu'à 6 ans). La propreté de nuit n'est pas acquise en 2005.

Langage: a commencé à parler à 2 ans.

Autres: → A eu plusieurs épisodes ORL sérieux avec opérations, les otites sont fréquentes depuis 2003. Une opération est d'ailleurs prévue en mars 2006. Étant très sujette aux infections, la piscine est proscrite.

→ Carine est une petite fille qui a souvent peur la nuit, elle dort la porte ouverte et pleure souvent. Il lui arrive fréquemment d'aller dormir avec Émilie sa plus grande sœur.

Parcours scolaire, rééducatif et thérapeutique avant l'I.E.A:

2001-2002, 3 ans: PS

2002-2003, 4 ans: MS

Janvier 2003: première consultation au CPEA

2003-2004, 5 ans: GS

2004-2005, 6 ans: deuxième GS + prise en charge au CPEA deux demi-journées par semaine [Activité nursing (prendre soins d'un baigneur) et psychomotricité].

Le maintien en GS dans cette école est jugé exceptionnel. Il concerne donc des enfants en grande difficulté.

De 2001 à 2005, Carine sera suivie de façon ponctuelle par le RASED de l'école.

Carine est orientée à l'I.E.A sur demande de l'école et de la famille, qui trouve que l'aînée Émilie a été orientée trop tard. L'école estime que Carine est en grande difficulté malgré le maintien en GS. Au CPEA, Carine est considérée comme une petite fille très à l'aise, qui est dans le relationnel.

Problématique de l'enfant à l'arrivée:

Problématique:

« Retard global de maturation. Grande immaturité affective, enfant dans la séduction qui manifeste une certaine anxiété. Difficultés langagières, expression verbale perturbée en lien probablement avec les otites fréquentes. »

Groupe éducatif:

Carine est une enfant qui est peu en relation réelle avec les autres enfants, elle papillonne de l'un à l'autre. Elle s'impose dans les jeux des autres, leur prend les jouets des mains. Égocentrique, ses intérêts sont tournés vers elle et son environnement direct. Elle pleure dès qu'elle n'obtient pas ce

qu'elle veut. On note des difficultés d'écoute et d'attention.

Carine colle à l'adulte sans parler, et est en recherche constante de câlins. À table, elle présente des difficultés à rester assise et à s'alimenter.

Elle expérimente comme un tout petit sans tirer bénéfice de son expérimentation.

Orthophonie:

Carine a besoin d'un cadre. Elle présente une déficience langagière: retard global en phonologie, confusions dans la parole. La compréhension orale est celle d'un enfant de 4 ans et demi.

Aucun pré-requis à la lecture n'est en place.

Psychologie:

Les repères parentaux sont très flous. Égocentrisme et plaisir oral. On remarque des mimiques, de l'exagération. La figure paternelle est particulièrement présente. Carine en est « au stade de jalousie Oedipienne ». Il n'y a pas de prégnance du dispositif parental, pas de retour parental. Carine est désespérée quand elle ne comprend pas. Ses réactions sont particulièrement marquées et inadaptées dans le domaine de la sexualité: « pas de pare-excitation ».

Psychomotricité:

Carine présente un retard important en raison de son immaturité, elle en est au stade du vécu. Il est impossible pour elle d'investir l'espace et le temps. Il y a un « manque de feed-back ». Carine présente aussi des syncinésies. En revanche, on note une bonne coordination. Une sollicitation quotidienne serait nécessaire.

Premières semaines en classe:

Carine n'est pas motivée pour les apprentissages, elle reste dans le jeu. Coopérante, elle veut faire plaisir à la maîtresse et obéit. Elle a besoin d'activités très courtes. Son niveau varie selon les domaines: ses capacités vont de la petite section à la grande section.

Premiers objectifs de prise en charge proposés par l'I.E.A:

Projet personnalisé:

« Aider Carine à grandir, à accepter la frustration, à fixer son attention, à développer ses compétences. Prendre de l'attention pour elle, à elle. La solliciter à son niveau et trouver le bon dosage. Stimuler son appétence avec l'exigence et le cadre. Lui proposer des jeux ou des activités de perception, qu'elle puisse faire et terminer. Aider Carine à jouer avec les autres sans être dans la

revendication, à acquérir une distance relationnelle, à faire la différenciation. Explorer la dynamique familiale. Solliciter la famille pour les entretiens individuels. »

Projet avec la famille:

Les parents ont besoin d'être rassurés et encouragés dans leur rôle, il sont soucieux du devenir de leur fille.

Nature des prises en charge pendant le séjour:

Secteur éducatif:

Année:	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Pôle:	A	A	A	B	B	C	D
Internat / semi-Internat:	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Activités en ateliers:	- terre, modelage - bois - activités manuelles	- terre, modelage - bois - activités manuelles	- mosaïque - piscine - cuisine - terre	- cuisine - réalisation - terre - EPS - expression corporelle	- réalisation - éducation routière - cuisine - EPS	- cuisine - construction	- ASSR - construction
Activités du mercredi:	- éducation physique et sportive	- éducation physique et sportive		- piscine	- vélo	- « atelier au féminin »	- « atelier au féminin »

Secteur thérapeutique:

Année:	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Psychologie:	Non	Non	Non	Psychodrame 1/semaine	Psychodrame 1/semaine	Psychodrame 1/semaine	Non
Orthophonie:	Non	Non	1 séance de groupe / semaine	Non	Non	Non	1 séance individuelle / semaine
Psychomotricité:	Non	Non	Non	1 séance individuelle / semaine	Non	Non	Groupe d'expression par le corps
Suivi médical spécifique:	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

Évaluation psychologique après un an de prise en charge à l'I.E.A:

EFFICIENCE

Carine se comporte comme un tout petit enfant. Cependant, il y a une nette amélioration de la voix, du langage, et de ses attitudes depuis son opération des végétations. L'enfant est plus spontanée.

Elle aime les activités manuelles, mais ne tient jamais compte de la consigne proposée.

AUTONOMIE

Carine est en difficulté dans tous les domaines de la vie quotidienne, elle a besoin d'accompagnement pour tout: alimentation, habillage, tenue à table, propreté, toilette, transports... etc.

ADAPTATION RELATIONNELLE

Carine est très immature et a de grosses difficultés à s'inscrire dans un échange avec les autres. Elle a besoin de l'adulte protecteur car elle est rapidement en conflit avec les autres.

Elle utilise le langage comme elle peut sans avoir le souci de se faire comprendre verbalement. Elle est particulièrement invalidée par ses difficultés de repérage dans l'espace et le temps.

C'est une enfant qui manque d'autonomie psychique.

Bilan en 2008:

« Bonne organisation et bonne adaptation pratique et sociale. Les connaissances scolaires sont très faibles et son adaptation scolaire est difficile. »

Voici à titre indicatif les résultats au WISC III

QI Verbal: 52

QI Performance: 53

QI Total: 49

Suivi familial:

Participation de la famille aux entretiens:

Les deux parents sont présents aux nombreux entretiens, la participation est bonne.

Entretiens spécifiques:

Novembre 2005: Première rencontre avec les deux parents, décrits comme étant « chaleureux ». Ils sont satisfaits de l'orientation en I.E.A car ils étaient demandeurs

Avril 2006: Madame M. ayant repris le travail, elle s'absente le matin une semaine sur deux, ce qui provoque une angoisse de séparation chez Carine.

Novembre 2006: L'enseignante note une évolution: Carine veut devenir élève. Les deux parents confirment une amélioration à la maison: elle multiplie ses centres d'intérêt et s'investit plus. Les problèmes d'infections urinaires persistent car « elle ne sait pas s'essuyer les fesses ».

Février 2007: Carine a le désir de clarifier sa place, elle veut une explication avec ses parents qui avaient repéré une rivalité entre les sœurs.

Juin 2007: Les parents rapportent à nouveau des difficultés relationnelles entre les sœurs, qu'ils estiment difficiles à gérer.

Carine déclare avoir peur de son père quand il est en colère (alcool de temps à autres suspecté). Sur le plan médical, la petite fille a souvent des maux de tête et présente toujours un manque d'hygiène.

Novembre 2007: Présence des deux parents et de la petite sœur, Amélie: les parents évoquent l'I.E.A pour Amélie dans deux ans (elle alors âgée de 5 ans et est suivie au CAMSP). Concernant Camille, elle continue à évoluer sur le plan scolaire.

Mars 2007: Carine est hospitalisée pour un épisode de constipation aiguë. La mère indique que Carine et elle-même sont préoccupées par la sœur de madame (marraine de Carine) qui ne donne plus de nouvelles depuis 2004.

Octobre 2008: Carine progresse toujours et s'investit de plus en plus. Amélie (petite sœur), va venir passer un jour à l'I.E.A pour découvrir l'établissement.

Mars 2009: Carine exprime ses difficultés relationnelles avec les autres (dues au fait qu'elle « se mêle de leurs affaires »). Avec les adultes de l'institut et ses parents, elle cherche à s'affirmer. Mais sa façon de faire n'est pas adaptée. Dans le cadre familial, Carine se montre extrêmement émotive et « craint le pire »: elle ne supporte pas la moquerie, est particulièrement triste quand des animaux meurent à la ferme, elle craint les accidents...etc.

Juin 2009: Carine présente des difficultés à s'alimenter, elle devient très sélective.

Septembre 2009: Carine montre un changement de caractère. Elle déclarera: «Quand on me cherche, on me trouve! ». Cependant, elle semble toujours être à fleur de peau et trouve qu'on ne

s'occupe pas assez d'elle à la maison. D'où un refus de faire ses devoirs.

Octobre 2010: Carine est « plus posée », elle fait appel à l'adulte lorsqu'elle rencontre un problème. Elle « a été inquiète pour sa sœur » affirmeront les parents [qui ont rencontré des difficultés avec la sœur aînée]. Carine fait désormais ses devoirs et est capable de se concentrer de façon volontaire. Elle met des mots sur ses sentiments et pose des questions sur la sexualité.

Juin 2010: Carine donne désormais sans crainte son avis. Elle comprend les relations de cause à conséquence dans ses actes. On peut désormais considérer comme une adolescente, étant donné son gain en autonomie.

Novembre 2010: « L'ambiance familiale est animée! » affirmeront les parents. Les difficultés avec la grande sœur persistent, Carine est très touchée et n'arrive pas à en parler.

Février 2011: Le climat familial n'évoluant pas, Carine a demandé l'internat. Ses parents ont d'emblée refusé. En classe, Carine a très peur de ne pas savoir lire, elle a vraiment besoin d'être rassurée et encouragée. C'est une adolescente qui est mal à l'aise face aux autres.

Juin 2011: Carine, qui avait été élue déléguée de classe, a pris son rôle très à cœur et ses parents la félicitent. Elle est cependant très déçue de ne pas savoir bien lire. Les parents admettront avoir été choqués par sa demande d'internat.

Situation de l'enfant à ce jour:

Problématique actuelle: (datant de juin 2011, celle de 2012 étant en cours de rédaction)

Carine présente une déficience homogène et un trouble de l'attention. Elle possède une bonne appétence pour les apprentissages malgré la dyspraxie. On trouve chez elle un besoin de reconnaissance. Bon sens pratique.

Objectifs généraux: (pour 2011 également)

- L'aider à grandir et à se repérer, l'amener progressivement à augmenter son temps d'attention, à développer ses compétences.
- Valoriser sa volonté et sa détermination
- Favoriser chez elle la créativité et l'expression
- Travailler le soin et l'hygiène

Bilan scolaire de l'année 2011-2012:

Persévérante malgré ses difficultés, Carine est discrète et progresse. Elle accepte mieux la remise en question lorsqu'elle commet des erreurs. Entrée tard dans la lecture, son niveau est actuellement équivalent à celui d'une fin de CP, mais avec une marge de progression possible. En mathématiques, son niveau équivaut à une fin de cycle 2: elle réussit bien en géométrie.

Elle a toujours besoin d'un cadre rassurant et structurant.

Bilan avec la famille:

Carine a le désir de partir, elle souhaiterait aller en ImPro car elle en a visité un. Elle prend seule les transports scolaires et le bus. Elle souhaiterait travailler plus tard dans un bar ou un restaurant.

Bilan des activités:

Atelier cuisine: Carine prend plus de plaisir, a confiance et prend des initiatives. Elle a besoin d'accompagnement pour la compréhension et l'élaboration d'une recette. Elle manque en outre de rigueur et de soin.

Atelier théâtre: Carine s'y investit bien.

Groupe éducatif:

Carine est très à l'aise cette année dans le groupe des plus grands: elle a des préoccupations de son âge et a gagné en maturité. Ses relations avec les autres sont maintenant sereines, on peut compter sur elle. Son élection au Conseil de Vie Sociale lui a permis de gagner en confiance et de prendre des initiatives, ainsi que de gagner en autonomie. Carine a envie de progresser et est motivée pour toutes les activités. Sa demande en ImPro est justifiée.

Bilan psychologique:

Carine a grandi et a progressé, elle est agréable et souriante. Elle présente de la bonne volonté et prend des initiatives. Très investie dans son rôle de déléguée, elle est en confiance et s'autorise à prendre la parole.

Authentique dans ses échanges, elle exprime facilement ce qu'elle ressent et entend les conseils des adultes malgré des « râleries » (notamment pour ce qui concerne l'hygiène). Carine sait désormais se rendre compte de ce qui est bénéfique pour elle. Elle a cependant besoin du soutien de l'adulte pour ne pas se laisser envahir par ce qui la tracasse.

Famille M. enfant Amélie (4ème sur 4)

Amélie est née en novembre 2002.

Elle entre à l'I.E.A en septembre 2009, soit à 6 ans et 10 mois.

Elle sera prise en charge conjointement à sa grande sœur Carine pendant 3 ans.

Présentation des parents et de la problématique familiale: cf. Carine M.**Parcours de l'enfant:**Données d'anamnèse:

Grossesse: naissance par césarienne

Alimentation: RAS

Sommeil: a été perturbé à 2 mois par une bronchiolite qui a dû être opérée

Succion: RAS

Marche: 18 mois

Propreté: de jour à 1 an et demi, de nuit à 2 ans.

Langage: Retard. Premiers mots vers 3 ans et demi.

Parcours scolaire, rééducatif et thérapeutique avant l'I.E.A:

2005-2006, 3ans: PS, que le matin au début

2006-2007, 4 ans: MS

2007-2008, 5 ans: GS

2008-2009, 6 ans: GS

2009-2010, 7 ans: I.E.A

Problématique de l'enfant à l'arrivée:Description à l'arrivée:

Amélie présente une déficience homogène, avec un trouble de l'attention et de la coordination. Elle manque de confiance en elle. La déficience langagière est importante, avec un déficit de compréhension. Difficultés de séparation.

Groupe éducatif:

Amélie est très discrète et calme, voire effacée. On la trouve soit en retrait, soit prenant soin de ceux qui ont le plus de difficultés. Son entrée en relation est à travailler: elle est autoritaire avec les autres enfants, et trop familière avec les adultes. Amélie a particulièrement peur du regard de l'autre. Elle joue plus avec les garçons qu'avec les filles. Son attention est limitée lors des activités, elle semble peu intéressée et voudrait jouer tout le temps. Elle n'a pas envie de grandir et manque de curiosité, elle n'investit pas ce qui lui est proposé. En situation collective, Amélie est passive.

Psychomotricité (Janvier 2009):

Amélie présente des difficultés d'organisation corporelle. Elle commence à prendre du plaisir en aquathérapie.

Premiers objectifs de prise en charge fixés par l'I.E.A:

Projet individuel:

- Lui donner un cadre.
- La considérer, « lui renvoyer une image d'elle-même pour l'aider à prendre consistance ».
- Personnaliser, « individualiser » pour la faire exister.
- Travailler la permanence du lien, par la parole par exemple.
- Vérifier la compréhension.

Projet orthophonique:

Amélie présente un niveau très bas et réclame des jeux de tout-petits. Les objectifs seront les suivants:

- Étendre le stock lexical par des activités variées, utiliser des mots nouveaux, faire des liens sémantiques.
- Mieux construire ses phrases en variant les supports au cours des séances.
- Canaliser son attention et développer ses capacités d'attention auditive, sa conscience syllabique et phonologique; pour améliorer sa parole, son élocution, et préparer son entrée dans la lecture.

Nature des prises en charge pendant le séjour:

Secteur éducatif:

Année:	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Pôle:	A	A	B
Internat (I) / Semi-Internat (SI)	SI	SI	SI
Activités en ateliers	- collage – découpage - éducation physique et motrice - sport - cuisine - piscine	- cuisine - motricité fine - contes - jeux collectifs - piscine	- cuisine - groupe éducatif - réalisation - éducation physique et sportive - boxe éducative
Activités du mercredi après-midi		- chant (expérimentation	- multisport - vélo

Secteur thérapeutique:

Année:	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Psychologie:	Non	Non	Non
Orthophonie:	1 séance individuelle / semaine	1 séance individuelle / semaine	1 séance individuelle / semaine
Psychomotricité:	1 séance individuelle / semaine 1 séance de groupe / semaine	1 séance de groupe / semaine	1 séance individuelle / semaine
Suivi médical spécifique:	Non	Non	Non

Bilan scolaire après un an passé à l'I.E.A:

Sur le plan du langage, Amélie sait écrire son prénom en capitales d'imprimerie, elle s'applique dans son travail. Elle a très envie de réussir et de progresser (grand désir de savoir lire).

En mathématiques, elle connaît la comptine des nombres jusqu'à dix et sait les lire jusqu'à cinq. Elle commence à les écrire sous dictée et à dénombrer une collection.

Amélie a fait de gros progrès en découpage, coloriage et dans ses tracés. La tenue du crayon est à travailler, mais ceci « viendra avec la confiance ».

De même, Amélie progresse dans sa prise de parole, elle est plus sûre d'elle. L'entrée dans la classe était difficile pour elle en début d'année, elle était très en retrait. Elle a désormais sa place dans le groupe.

Elle investit positivement les apprentissages proposés et prend plus d'initiatives dans le groupe. Sa position est adaptée, il s'agit d'une position d'élève. Elle ne se décourage pas face aux difficultés et fait preuve de persévération.

Les objectifs pédagogiques sont les suivants:

- augmenter le vocabulaire par des échanges collectifs variés
- améliorer le geste d'écriture
- l'aider à se repérer dans le temps et l'espace
- l'aider à vouloir grandir et à entrer dans les apprentissages d'ordre scolaire
- l'aider à exécuter un travail en autonomie

Suivi familial:

Participation de la famille aux entretiens:

Les deux parents sont présents à chaque fois

Entretiens spécifiques:

Novembre 2009: La rentrée à l'I.E.A est difficile pour Amélie qui est triste et pleure le matin. L'angoisse de séparation est très forte. Elle a peur de certains élèves de l'I.E.A qui la menacent. Extrêmement sensible, comme sa sœur Carine, Amélie a besoin d'explications et d'être constamment rassurée. Le soutien est nécessaire car elle préfère encore jouer en classe. À la maison, la grande sœur aînée (Émilie) perturbe l'ambiance familiale et Amélie « craint le pire ».

Mars 2010: Amélie s'investit plus en classe, elle a envie d'apprendre. Elle progresse également en groupe éducatif. Selon les parents, elle s'adapte plus vite que Carine à l'I.E.A. Elle a cependant du mal à lâcher son doudou: il a été décidé que le papa le garderait dans la voiture le matin. Amélie va souvent dans la ferme avec son père.

Juin 2010: Le bilan d'année est positif malgré des difficultés importantes. Amélie montre beaucoup de volonté et accepte de se tromper, tout en étant capable de demander de l'aide. Elle fait confiance aux adultes. Chez elle, elle cuisine avec sa mère.

Novembre 2010: Beaucoup d'émotions non contrôlées apparaissent: Amélie s'écroule, pleure, prend son pouce...etc. Son besoin d'accompagnement est toujours aussi accru. Il s'avère nécessaire qu'elle s'affirme et qu'elle donne son avis. Ses parents sont satisfaits de son évolution, qui est plus rapide que celle de Carine.

Février 2011: Amélie est toujours sensible et manque de confiance en elle. Les parents reconnaissent avoir eux-même cette sensibilité. Cependant, Amélie semble épanouie: elle fait ses devoirs, va dans la ferme...

Juin 2011: Le bilan d'année est positif. Amélie souhaite même participer aux repas chez les plus grands. « Elle peut mener une recette de cuisine à terme seule ». Elle a également progressé en écriture et en numération. Elle a décidé de faire sa communion (catholique) en 2012.

Situation de l'enfant à ce jour:

Problématique actuelle:

« Retard global de maturation homogène. Troubles de l'attention, de la concentration. Difficultés langagières et de compréhension. »

Objectifs généraux:

- Accompagner la progression en cours dans tous les domaines.
- Soutenir et guider les expérimentations, les apprentissages, la solliciter, la stimuler.
- Valoriser ses réussites et son envie de faire.

Dernière évaluation psychologique:

EFFICIENCE

En lecture: connaît quelques mots globalement

En écriture: pas de graphisme spontané

En calcul: dénombre mais n'effectue pas d'opérations

Fatigabilité: effectue des activités sur une durée courte

Coordination: Difficultés en motricité fine

Espace-temps: Niveau correct

Compréhension-exécution: Exécute bien et sans aide une seule consigne à la fois

Qualité du travail: Arrive à effectuer un travail manuel seule mais avec quelques difficultés

Connaissances pratiques: Reconnaît les outils et les utilise de façon adaptée, mais avec difficulté

Adaptabilité: S'adapte si elle reçoit le soutien d'une tierce personne dans un premier temps

AUTONOMIE

Repas-indépendance: Autonome

Alimentation-autonomie: Doit être aidée

Déplacement-transports: Peut être confiée à un transport pour un trajet déterminé y compris sans sa sœur.

Habillage-vêtue: S'habille seule mais pas de façon adaptée à la tâche ou au climat

Hygiène-santé: Détecte un état de maladie mais a besoin de l'adulte pour adopter la bonne conduite

Hygiène-toilette: Se lave seule mais doit être sollicitée

Repères temporels: En a mais n'utilise pas l'heure

Argent: Ne l'utilise pas

Langage au quotidien: Se fait comprendre avec des interlocuteurs familiarisés

Langage-compréhension: Ne comprend qu'en contexte concret

ADAPTATION RELATIONNELLE

Mode relationnel dominant: Est dans la soumission avec des enfants étrangers et les adultes (étrangers ou familiers). Avec les enfants familiarisés: attitude réactionnelle.

Utilisation langage-relation: Dimension utilitaire du langage

Autonomie psychique: Ne manifeste pas ou peu de désirs pour elle, mais se positionne face aux désirs qu'autrui pose pour elle.

Autonomie psycho-affective: Incapacité à s'extraire de la réalité.

En conclusion: Le désir de grandir est verbalisé. Elle présente des capacités d'apprentissage et d'autonomie pratique. Amélie prend le bus seule et en est fière; elle est fière entre autres de penser à prendre son ticket. Elle présente une difficulté à comprendre les consignes et préfère jouer avec les enfants de son ancien pôle. Amélie manque d'ajustement dans ses relations aux autres et recherche la reconnaissance de l'adulte. Sensible, elle peut se laisser envahir par ses émotions.

Cette sororie est marquée par la déficience intellectuelle des quatre enfants, mais pas des parents pour autant.

Carine est sujette dès le plus jeune âge à des troubles somatiques voire psychosomatiques (encoprésie, épisodes ORL, maux de tête).

Sa problématique principale semble être celle de la différenciation et de l'individualité, soit trouver la juste place : elle colle à l'adulte, a besoin d'accompagnement pour tout, avec des « repères parentaux flous ». ce trouble identitaire se traduit dans un premier temps par une forte liaison à Émilie sa grande sœur (question de l'identique), puis par une rivalité dans la sororie (question de l'individualité), mais aussi par des préoccupations communes à celles de sa mère (concernant sa marraine) ou celles de la famille (anxiété par rapport à Émilie) : elle est envahie par les événements extérieurs. Amélie présente aussi ce genre de problématique.

Carine a cependant davantage de difficultés qu'Amélie au niveau pratique, et sera étiquetée « dyspraxique ». La dyspraxie est sujette aux mêmes débats que la dysphasie, évoquée pour la fratrie L..

Le bilan de ces années passées à l'I.E.A est particulièrement positif pour Carine et Amélie, ainsi cet établissement semble leur avoir proposé des prises en charges adéquates et efficaces.

Les parents sont qualifiés ainsi : « soucieux », « demandeurs ». Leur situation semble mieux connotée socialement que les deux familles précédentes. Pourtant, on note une fois des suspicions de la part de l'équipe de l'I.E.A : « alcool de temps à autres suspecté ». La demande de Carine envers ses parents semble être assez explicite : elle souhaite qu'ils s'occupent plus d'elle, et qu'ils lui autorisent une place bien à elle.

Alors que Carine gagne en autonomie et aimerait être plus disponible pour progresser en lecture, elle demande l'internat, ce que ses parents n'approuvent pas. On peut se demander ce que signifie pour eux cette requête, et surtout interroger leur refus : est-ce de l'ordre de la blessure narcissique (par exemple : nous ne sommes pas capables d'obtenir une ambiance familiale apaisante pour elle, elle veut donc la quitter pour l'internat) ? Est-ce de l'ordre du refus d'autonomie (par exemple : elle est bien trop jeune pour partir toute la semaine en internat) ? Autre ?

On constate qu'Amélie effectue plus de tâches pratiques avec ses parents, en y prenant du plaisir (aller dans la ferme avec son père, cuisiner avec sa mère). On peut faire un parallèle avec la dyspraxie de Carine, qui elle effectue peu de tâches pratiques.

Les parents comparent d'ailleurs les évolutions de Carine et Amélie. Est-ce que les activités

proposées à Amélie sont le fruit d'une réflexion par rapport à leur comportement avec Carine et le travail en partenariat avec l'I.E.A ? Ou est-ce que la réflexion n'est pas de cet ordre mais dans celui d'une responsabilisation affirmée de l'I.E.A dans l'évolution de leurs filles ?

Les six enfants dont ont a parlé jusqu'ici présentent des troubles dits « envahissants ». Quel est le rapport de cause à conséquence entre les difficultés de compréhension de l'environnement et l'angoisse ? Lequel agit sur l'autre initialement ?

Lorsque les troubles de type anxiété, angoisse de séparation, immaturité affective... sont potentiellement réglés, alors la déficience intellectuelle semble bien plus « surmontable ». Le positionnement est plus facile à adopter car il passe du versant psychique au versant technique, ce qui peut être rassurant pour les professionnels et les parents. C'est ce qui semble se passer pour Carine et Amélie.

4.4 Fratrie 4 : Gillian, Bruno et Emeric R.

Famille R. enfant Gillian (5ème d'une fratrie de 7)

Gillian est né en 1991.

Il entre à l'I.E.A à 12 ans et 7 mois, sur avis de l'enseignant CLIS.

Il quittera l'I.E.A à 14 ans et 4 mois.

Gillian est le 5ème enfant d'une fratrie de 7:

- Pascal, l'aîné, (qui porte deux autres prénoms, Pascal étant le plus récurrent) est né en 1978. Il décédera en 1997 d'un accident de voiture (course poursuite en sortie de discothèque). Il avait été scolarisé en ImPro.
- Francis est né en 1979. Il est demandeur d'emploi et alterne les « petits boulots ». Il a été scolarisé en ImPro.

Pascal et Francis sont nés à Dakar, les autres enfants naîtront en France.

- Esther est née en 1982. Elle est auxiliaire de vie et vit en couple à Vannes. Elle a obtenu un CAP et a été atteinte d'une leucémie en 1994 et 1995. C'est la plus proche du couple parental.
- Sabine est née en 1988. Elle est à l'époque en 5ème et envisage une 4ème techno. En 2012, elle vivra seule à Bordeaux dans un foyer maternel avec sa fille née en 2010, elle souhaitera obtenir un BEP.
- Gillian naît en 1991.
- Bruno naît en 1997.
- Emeric naît en 1999.

Gillian, Bruno et Emeric seront pris en charge à l'I.E.A.

Présentation des parents et de la problématique familiale:

Madame R. est sénégalaise. Elle n'a plus de lien avec sa famille d'origine, bien que l'enfant Esther née en 1982 porte le même prénom que sa grand-mère maternelle. Madame n'a pas de profession.

Monsieur R. est le fils d'un père guyanais qui ne l'a pas reconnu et d'une mère française. R. est donc le nom de famille de la grand-mère paternelle. Monsieur a été militaire pendant 15 ans et a atteint le grade de caporal chef. Il sera par la suite manœuvre en bâtiment puis en arrêt d'invalidité

en octobre 2010 après un accident de travail.

Le couple s'est rencontré au Sénégal, lorsque Monsieur R. était en mission là-bas avec l'armée. Ils vivent en France avec leurs enfants en HLM, et devront déménager en 2001 pour cause de « dette de loyer importante » dans le cadre d'une mesure d'accompagnement au logement pour la résorption de leur dette. La famille est suivie par les services sociaux depuis 1980.

Lors du décès du fils aîné, la famille entière entrera dans une phase dépressive importante.

Parcours de Gillian:

Données d'anamnèse:

Grossesse: accouchement difficile par le pied

alimentation: au sein jusqu'à 4 ans

sommeil: difficile car ses petits frères pleurent la nuit

succion: RAS

marche: vers 1 an

propreté: de jour acquise à 2 ans, de nuit acquise à 3 ans

langage: a émergé vers 2 ans et demi-3 ans

autres:

Gillian n'a pas utilisé d'objet transitionnel comme un doudou.

Il avait un bon développement jusqu'en CP (décès de Pascal), Gillian annoncera: « je ne souriais plus » pour décrire son état affectif.

Gillian a été très jaloux de ses frères car ils ont été nourris au sein plus longtemps que lui.

C'est un enfant qui n'aime pas se faire commander, qui se dispute très souvent avec son père, mais la réconciliation est rapide. Il présente donc de grosses difficultés à obéir. Gillian est en position passive car surprotégé: « il veut qu'on fasse tout pour lui » selon les propos de la mère.

Gillian n'a jamais quitté le domicile familial (vacances, week-ends... etc.) en raison des difficultés financières de la famille.

Parcours scolaire et prises en charge avant l'I.E.A.:

1997-1998: CP

1998-1999: second CP

1999-2000: CE1

2000-2001: CLIS

2001-2002: CLIS

2002-2003: CLIS

De septembre 1997 à juillet 2001, Gillian sera suivi par le CPEA (hôpital de jour) après le décès de Pascal deux demi-journées par semaine. L'une est consacrée à l'activité « jeux de plateau », l'autre à l'activité « VTT en groupe ». Lors des premières séances « jeux de plateau », Gillian appellera son personnage Pascal comme son frère aîné. Jusqu'au jour où, mimant une cascade avec une petite voiture, il déclarera: « mon frère il s'est niqué ». Désormais, son personnage se prénommera Emeric comme son plus jeune frère. Globalement, Gillian montrera des difficultés identitaire et aura du mal à trouver une place: il hésitera entre faire alliance avec les adultes et faire alliance avec les autres enfants contre les adultes.

Pendant l'année scolaire 2001-2002, Gillian sera suivi pour la dernière année au CPEA, toujours à raison de deux demi-journées par semaine. Les activités proposées sont: jeu dramatique et jeu duel avec un autre enfant, ainsi que des séances d'équithérapie.

De septembre 2000 à juillet 2003, Gillian sera suivi par le RASED pendant 45 minutes hebdomadaires.

L'enseignante CLIS décrira Gillian comme un enfant ayant un comportement difficile à gérer, et qui se dévalorise quant à ses capacités et son physique. Il lui aurait indiqué ne pas être capable et être « vilain » en référence à son physique grand et robuste. C'est un enfant qui, par ailleurs, n'a pas connaissance du monde africain autre que la différence d'alimentation qui existe entre sa maman et le reste de la famille. Madame R. souhaite profondément que son fils apprenne à lire pour « ne pas bousiller sa vie comme moi » selon ses dires. Elle se déclare heureuse de savoir qu'en classe Gillian feuillète des revues (Astrapi, Mickey) et qu'il essaie parfois de faire les jeux proposés.

Problématique de Gillian à l'arrivée:

Demande de Gillian:

«- M'aider à mieux travailler

- Quand j'arrive pas je m'énerve
- Quand je suis puni je lance un cahier
- Quand c'est injuste je m'énerve
- Quand on me dit ce que j'ai à faire [à la maison] ça m'énerve »

Description à l'arrivée:

« Gillian présente une fragilité narcissique en lien avec un événement traumatique dans la famille (décès accidentel du frère aîné). On note une perte des repères ayant entraîné une instabilité, un

blocage de la mentalisation, des difficultés dans les relations et les capacités d'adaptation sociale. »

Description orthophonique:

En langage oral, Gillian fait quelques confusions (assimilations et simplifications), avec un stock lexical limite et des hésitations fréquentes que parfois, seules les ébauches orales peuvent lever. Il se fait toujours comprendre, a un bon accès au lexique, une bonne dissociation automatico-volontaire, des structures syntaxiques simplifiées.

En langage écrit, la lecture est saccadée. Le déchiffrage comporte quelques erreurs mais Gillian comprend ce qu'il lit. L'écriture est également saccadée et irrégulière.

Il présente les troubles suivants: trouble du rythme, de la structuration spatiale, de la conscience syllabique (mais pas de la conscience phonologique), des capacités de mémorisation.

Il n'est pas prioritaire pour un suivi en orthophonie.

Description psychomotrice:

Gillian est très à l'aise dans la relation et a de bonnes facultés d'expression spontanée. Ses difficultés se situent plutôt au niveau de l'écriture sous dictée, de la relation avec les autres enfants et de la méthodologie cognitive. Il ne sera pas suivi en psychomotricité.

La prise en charge à l'I.E.A.:

Projet individuel pour l'année scolaire 2003-2004:

« - Poser et maintenir le cadre

- Établir un lien pour l'aider à s'investir sur le plan relationnel, à être plus authentique

- S'appuyer sur ses capacités de raisonnement, de compréhension, pour l'amener à s'engager. »

Nature des prises en charge pendant le séjour:

Secteur éducatif:

Année:	2003-2004	2004-2005
Pôle:	B (éducatif) / C (scolaire)	C (éducatif) / D (scolaire)
Internat (I)/ Semi-Internat (SI)	SI	SI
Activités en ateliers	Construction 2x/sem	-Construction 1x/sem -Cirque 1x/sem -Education sexuelle et vie affective 1x/sem
Activités du mercredi	EPS 2h/sem	EPS 1,5h/sem

Plus du foot déjà commencé à l'extérieur de l'I.E.A.

Secteur thérapeutique:

Année:	2003-2004	2004-2005
Psychologie:	Psychodrame 1x/sem	Psychodrame 1x/sem
Orthophonie:	non	non
Psychomotricité:	non	non
Suivi médical spécifique:	non	non

Bilan scolaire après un an de prise en charge à l'I.E.A.:

Au niveau du langage, la lecture est fluide, correspondant à un début CE2. Gillian est en train d'acquérir les premières règles d'orthographe et de conjugaison.

En mathématiques, on retrouve un niveau CE2.

Gillian a quelques repères en culture générale et sur l'actualité. Il est pertinent à l'oral et recherche du sens dans ce qu'il fait.

En terme de comportement et de motivation, Gillian a besoin d'un étayage massif de l'adulte. Son investissement scolaire est irrégulier et marqué par des troubles de la personnalité: angoisse, manque de confiance, peur de laisser des « traces ». Il s'arrange alors pour ne pas faire ou pour faire lentement. Il utilise des stratégies d'évitement, et a des attitudes déviantes (provocation...). Ses potentialités intellectuelles sont donc freinées par des troubles de la personnalité.

On notera des difficultés en groupe, l'adulte doit sans cesse lui rappeler le cadre. Il lui arrive fréquemment de ne pas faire ses devoirs et n'hésite pas à le dire au maître.

On retrouve un comportement provocateur et impoli sur la cour avec les autres élèves mais aussi avec les adultes.

Suivi familial:

En deux ans, quatre entretiens ont été annulés sur neuf.

Madame R. vient généralement seule aux rendez-vous.

Entretiens spécifiques:

Avril 2003: discussion autour de l'état de santé du papa qui a la jambe brûlée au troisième degré, suite à un accident du travail. Il est donc hospitalisé.

Juin 2004: Gillian a des tics et fait des insomnies, il n'arrive plus à se lever le matin.

Madame R. ne comprend pas l'angoisse de Gillian et dira de lui « on l'adore mais qu'est-ce qu'il est

chiant [quand il ne veut pas se lever le matin]! ». Un changement de comportement à la maison (laxisme éducatif, environnement bruyant...) est difficile à envisager.

Novembre 2004: Il n'y a toujours pas de changement d'attitude chez les parents. Gillian progresse beaucoup au niveau scolaire mais ses relations avec les autres élèves sont toujours problématiques. Gillian présente deux facettes: caïd/dépressif. Madame reconnaît fonctionner elle-même sur ce mode-là.

Janvier 2005: Monsieur R. rend sa femme responsable du dernier rendez-vous manqué, alors qu'il était à la maison et en capacité de se déplacer. L'hospitalisation de Sabine (sœur) pour asthme et problèmes respiratoires est évoqué.

Situation de Gillian à la sortie de l'I.E.A.:

Problématique actuelle:

« Déficience intellectuelle dysharmonique, sur fond de carences éducatives et d'un événement traumatique sur le plan familial (décès du frère), plus des non-dits sur les origines maternelles. »

Gillian présente de bonnes capacités intellectuelles (QI sub-normal) lui ayant permis de résorber un important retard scolaire, il a désormais des acquis de niveau cycle 3. Il fait preuve d'une bonne autonomie pratique. Son importante fragilité narcissique induit une persistance des troubles du comportement et un manque de ressort interne freinant l'adaptation et la socialisation.

Gillian a tout de même progressé sur le plan de la confiance en soi. Il se présente comme un adolescent ayant besoin de se confronter à des jeunes de son âge et de sa stature.

Il serait souhaitable pour la suite qu'il puisse développer des apprentissages scolaires et techniques, en respectant la nécessité d'un cadre contenant et d'un accompagnement éducatif et psychologique.

À long terme, l'insertion dans la vie active semble possible. L'orientation ImPro est validée.

Bilan scolaire:

« Gillian a toujours du mal à mettre en avant, dans un contexte de vie quotidienne, les compétences qu'il possède sur le plan des acquisitions scolaires, notamment l'écriture. »

- Il utilise la lecture efficacement quand le sujet l'intéresse ou pour échanger avec les autres.
- Le manque de confiance et la sensibilité au regard de l'autre sont toujours un frein.
- Malgré une bonne autonomie pratique, Gillian attend qu'on s'occupe de lui. Il revendique

pourtant une place affirmée et indépendante.

- Il a besoin d'être poussé, sollicité, pour être dans l'action. Une fois dans l'activité, il propose parfois son aide aux autres, s'il en a envie.
- Gillian se positionne globalement en leader, mais rarement en leader positif. Cependant ses relations aux autres sont plus authentiques. Il peut réfléchir à son comportement et entendre les remarques.
- C'est un jeune à l'esprit vif, qui alimente les conversations, qui est questionnant et intéressé.
- L'internat est souhaitable pour continuer à travailler la séparation à la mère. L'internat est un cadre sécurisant qui lui permettrait de limiter l'angoisse et par conséquent les comportements déviants. « Il serait temps qu'il vive pour lui-même ».

Bilan des activités:

Les moments de séparation avec le milieu familial restent difficiles à vivre pour Gillian, provoquant une angoisse et une somatisation importante: il ne s'autorise pas encore à être serein et à profiter pour lui de ces nouvelles expériences. Dans le groupe, Gillian est plus attentif aux autres, plus en relation, mais conserve le besoin de se montrer fort, d'exercer une certaine domination sur eux. Il veut se démarquer et revendique l'utilisation d'un langage de « quartier ». Il est par ailleurs victime et enfermé dans l'image de « caïd » que les autres jeunes projettent sur lui. Sur le plan pratique, il possède des capacités mais a du mal à les mettre en avant: « il manque de ressort interne, de confiance en soi, a peur du regard de l'autre et de l'échec ».

Bilan des prises en charge:

(point de vue des éducateurs et du psychologue)

Après deux années de prise en charge, Gillian montre des attitudes de prestance moins fortes et respecte mieux les règles de l'établissement. En dépit du besoin d'être régulièrement canalisé, il présente un fond dépressif. Dans sa relation aux adultes, il adopte différents comportements, passant par la séduction, l'opposition et la provocation. Un cadre ferme lui permet d'être maintenu, ce qui le rassure et le rend plus serein dans ses relations.

En situation individuelle, il se montre beaucoup plus authentique et détendu, dévoilant une personnalité sensible, acceptant de montrer sa fragilité. Il est alors capable de réfléchir sur ses comportements, d'entendre des remarques qui lui sont faites. Il peut alimenter la discussion par un esprit vif.

« Derrière l'image assez dure qu'il s'est construite, nous avons découvert un jeune garçon pouvant

être agréable, et montrer de lui beaucoup de qualités, de sensibilité et de compétences. Globalement il manque encore de consistance interne, a besoin d'être sécurisé et aidé pour mettre en mots ses ressentis et ses difficultés. »

Famille R. enfant Bruno (6ème sur 7)

Bruno est né en 1997.

Il entrera à l'I.E.A à 8 ans et 7 mois, soit 2 mois après le départ de son frère aîné Gillian

Il quittera l'I.E.A à 14 ans et 6 mois.

Il sera pris en charge pendant 1 an en même temps que son petit frère Emeric

Présentation des parents et de la problématique familiale: cf. Gillian R.

Parcours de l'enfant

Données d'anamnèse:

grossesse, alimentation, sommeil, succion, propreté: RAS

marche: à 3 ans

langage: compréhensible vers 2 ans, a parlé avant de marcher

autres: Bruno avait 1 an lors du décès du frère aîné Pascal

Parcours scolaire, rééducatif et thérapeutique:

3 ans: PS

4 ans: MS

5 ans: GS

6 ans (année 2003-2004): CP + CPEA (mis en place début décembre 2003). Un bilan en psychomotricité était prévu mais Bruno et ses parents ne se sont jamais présentés au rendez-vous.

7 ans (année 2004-2005) : CLIS + orthophonie (à partir du mois de février)

De septembre 2003 à juin 2005, Bruni sera suivi en CMP: il participera à un groupe thérapeutique.

Il sera ensuite orienté à l'I.E.A.

Problématique de l'enfant:

Description à l'arrivée:

Bruno présente une pathologie narcissique soit une dysharmonie évolutive, dans un contexte marqué par plusieurs événements douloureux. S'ajoute un sentiment d'insécurité générant de fortes

angoisses et une grande instabilité psychomotrice. Il manque d'investissement au niveau des apprentissages. C'est un enfant immature qui refuse de grandir. Il confond la réalité et l'imaginaire, et a des pulsions destructrices.

Description psychomotrice:

Bruno est dans la toute-puissance, dans la fusion à la mère. Anxieux, il fait de nombreux cauchemars de monstres. Il montre peu d'appétence scolaire et refuse de grandir.

Premiers objectifs fixés par l'I.E.A.:

Projet individuel:

- « - contenir, l'aider à canaliser son instabilité
- travail de réassurance, de confiance en soi
- l'aider à intégrer les règles, la loi, les limites
- le replacer dans la réalité »

Projet orthophonique:

Travailler sur le retard de parole et de langage, sur le trouble d'articulation (posteriorisation), sur le retard d'apprentissage de la lecture.

Nature des prises en charge pendant le séjour:

Secteur éducatif:

Année:	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Pôle:	A	A	A	B	B	D
Internat (I) / Semi-Internat (SI)	SI	I	I	I	I	SI
Activités en ateliers:	- terre - pâtisserie - EPM (éducation physique et motrice)	- terre - mosaïque - chant	- EPM - jeux collectifs	- réalisation - cuisine - éducation routière	- réalisation - cuisine - éducation routière	- expression- théâtre - cuisine - boxe éducative - ASSR - bois
Activités du mercredi:	Activités d'expression	Activités sportives	piscine	Boxe éducative (intégration en club)	Boxe éducative (intégration en club) et percussions (intégration individuelle)	Percussions (intégration individuelle)

Secteur thérapeutique:

Année:	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Psychologie	Groupe « jeux thérapeuti- ques »	non	Psychothé- rapie individuelle	non	non	non
Orthophonie	Groupe marionnettes	Groupe marionnettes	Suivi individuel	Groupe langage écrit	non	Reprise du suivi individuel à sa demande
Psychomotri- cité:	non	Suivi individuel	Suivi individuel	non	non	non
Suivi médical spécifique	non	non	non	non	Consultation chez le médecin nutritionnist e	non

Divers:

Bruno utilisera les transports en commun pour se déplacer à partir de 2009.

Bilan de l'atelier « activités d'expression » après un an passé à l'I.E.A:

Bruni se cherche une identité masculine par la violence. Il est très perméable aux événements (banlieue, cité...) et se met en position d'agresseur pour limiter l'angoisse (fond dépressif).

Il utilise « l'agitation psychomotrice pour s'empêcher de penser ».

C'est un enfant souvent démuni, confronté à un vide affectif, qui est perdu dans son histoire et dans celle de sa famille.

Bilan scolaire de la première année à l'I.E.A.:

Bruno adopte une meilleure attitude face au travail. Il accepte d'aborder ses difficultés, il les nomme. Il a toujours besoin d'une aide individuelle très forte pour accepter d'essayer de faire quelque chose, auquel cas il se montre très désireux et très disponible.

Bruno est un enfant très sensible à l'environnement. Il entretient par ailleurs des relations conflictuelles avec les autres. Il effectue cependant de gros efforts dans le cadre de son contrat journalier. On peut se demander s'il masque ses difficultés par de l'agitation.

Ce garçon possède une mémoire très développée. Il a beaucoup de ressources et est très débrouillard. On note une hausse du vocabulaire ainsi qu'une amélioration dans la résolution de problèmes. L'addition est acquise.

Suivi familial:

Quatre à six entretiens auront lieu par an, avec Madame R.. Monsieur R. ne viendra qu'une seule fois. Trois entretiens se dérouleront à domicile.

Entretiens spécifiques:

On ne relèvera qu'un entretien.

Mai 2005: Le sujet de discussion sera les actes de petite délinquance de Sabine, grande sœur de Bruno.

Bilan de B. à la sortie:

« Bruno est arrivé à l'I.E.A en septembre 2005, il présentait une dysharmonie évolutive dans un contexte familial marqué par plusieurs événements douloureux (décès accidentel du frère aîné, dépression familiale, déracinement culturel de la maman...), sur un fond de carences éducatives et affectives.

Bruno montre des troubles de l'humeur qui s'expriment par un sentiment d'insécurité générant de l'instabilité, et une impossibilité de s'inscrire dans la démarche d'apprentissage.

À son arrivée Bruno exprimait beaucoup d'agressivité avec des passages à l'acte violents, il n'arrivait pas à s'inscrire dans la dynamique de groupe, ne pouvant dans un premier temps supporter le cadre inhérent à la vie de groupe et les situations de frustration.

À la rentrée 2006-2007 Bruno a intégré l'internat, afin de lui permettre de vivre la séparation familiale et de favoriser le processus d'individuation. La relation à la mère était très fusionnelle et la rivalité avec son petit frère importante, dans un contexte où poser des cadres était difficile. En 2009-2010 il rentrait chez lui un soir par semaine en lien avec la participation à une activité de son quartier. En 2010-2011, l'entrée à l'I.E.A de son petit frère Emeric a conduit un choix de semi-internat pour Bruno et d'internat pour Eric.

Malgré les potentialités perçues, l'entrée dans les apprentissages scolaires a été complexe et lente; le retard en terme d'acquis est important. Bruno présente un surpoids et il a pu exprimer la gêne voire la souffrance que cela lui causait; différents types d'aide ont été proposés, mais malgré une réelle sincérité de la demande, la remédiation semble dépasser la capacité personnelle et familiale.

Bruno est un jeune ouvert sur le monde, s'intéresse, cherche, questionne... C'est un jeune qui possède des connaissances, mémorisant des textes (musique...) et qui a le sens de l'humour. Il a su créer de bonnes relations avec les adultes tout en ayant trouvé cette année les bonnes distances. Cependant, Bruno rencontre des difficultés importantes d'attention et de concentration qui peuvent complètement l'inhiber et l'empêcher de progresser. Aujourd'hui il accepte davantage l'erreur et la

frustration et cherche à les dépasser (l'intervention de l'adulte aide Bruno à se remobiliser).

Il a formulé une demande de reprise de l'orthophonie et s'est tenu au contrat fixé. Il a un sentiment d'insécurité encore profond, des attitudes de prestance parfois; le maintien du cadre et le positionnement de l'adulte doivent lui permettre de se rassurer et de se structurer.

Dans son rapport à l'autre il semble être moins dans l'impulsivité, il est dans le contrôle de soi, cependant il intériorise son agressivité. Lorsqu'il se sent démuni face à l'autre (souvent lié à des problèmes d'incompréhension) il cherche l'intimidation, il peut mettre la pression avec de simples regards, et joue à impressionner les autres par sa force physique. Mais par ailleurs, il peut montrer sa sensibilité et être aidant notamment vis-à-vis de plus petits.

Cette année, Bruno a investi l'action d'expression par le théâtre où il a pu exprimer ses qualités d'acteur, d'improvisation et a pu développer une aisance et une confiance en lui. Depuis 2 ans il semblerait avoir fait émerger un projet autour de la cuisine, il prend du plaisir dans cette activité, s'investit et montre des compétences. Il a pu investir aussi l'atelier « construction/bois ». Il a développé beaucoup d'habileté et de la persévérance en boxe éducative; il a intégré le club de XXX et a su se mettre à l'épreuve en compétition.

L'autonomie pratique ne pose pas de problème particulier: il a une bonne hygiène corporelle, s'habille de façon adaptée. Par ailleurs, il se débrouille avec la monnaie, est capable de petits achats et présente une bonne autonomie au niveau des déplacements (se déplace seul en bus). En termes d'autonomie sociale Bruno est capable d'avoir des loisirs en dehors de l'établissement.

Il semble avoir acquis la maturité nécessaire pour évoluer en ImPro où il pourra expérimenter et préparer un projet professionnel; cependant un accompagnement éducatif reste important pour Bruno et une prise en charge à l'internat pourrait être bénéfique pour lui afin de soutenir une dynamique personnelle et une mise en projet parfois difficiles dans son milieu de vie. »

Bilan scolaire:

Bruno possède un bon niveau de langage oral, ainsi que des capacités d'observation, d'organisation et une bonne culture générale. Il peut être leader au sein d'un projet de groupe (excellente analyse des situations). On relève des carences instrumentales qui le bloquent dans l'apprentissage de la lecture et de la combinatoire. Il déchiffre des mots simples, il veut savoir lire et y travaille. Bruno peut recopier un texte lettre à lettre.

En mathématiques, Bruno a un niveau fin CP. Il sait faire des additions et soustractions simples, et résoudre des problèmes simples. L'aide de l'adulte lui est tout de même nécessaire car il a des difficultés d'élaboration et de stratégie. Il manipule les nombres jusqu'à cent, mais les acquis sont fragiles. Bruno montre de bonnes compétences en géométrie.

En terme de comportement et de motivation, il peut être un leader positif. Il souffre de ses lacunes scolaires, mais arrive cependant à dépasser ses fragilités et fait face au groupe dans la perspective d'apprendre. Il a besoin d'un cadre et peut être influencé. De réels progrès sont à noter dans son comportement et sa relation à l'autre.

Famille R. Enfant Emeric (7ème sur 7)

Emeric est né en 1999.

Il entre à l'I.E.A en septembre 2010 soit à 11 ans et 2 mois.

Il y est toujours scolarisé à l'heure actuelle.

Emeric et son frère Bruno y seront pris en charge conjointement pendant 1 an.

Présentation des parents et de la problématique familiale: cf. Gillian R.**Parcours de l'enfant**Données d'anamnèse:

Aucune donnée excepté pour l'allaitement: Emeric a été nourri au sein maternel jusqu'à l'âge de 8 ans.

Parcours scolaire et des prises en charge avant l'I.E.A:

Début de la scolarisation à 5 ans, en GS.

6 ans: deuxième GS car Emeric ne suivait pas le rythme des acquisitions

7 ans: CP

8 ans: CE1

9 ans: CE2

10 ans: CM1

11 ans: I.E.A.

Emeric a été orienté à l'I.E.A suite à ses grandes difficultés dans le milieu ordinaire. Quitter l'école était devenu une nécessité malgré les réticences de la famille, qui a par ailleurs refusé l'orientation ITEP qui était préconisée.

Problématique de Emeric:

Description à l'arrivée:

Emeric présente un profil de dysharmonie cognitive: il a un certain potentiel mais ses capacités cognitives sont nettement aggravées par des perturbations psychiques importantes.

Description après 2 mois de scolarisation à l'I.E.A:

Groupe éducatif:

« Emeric s'est vite adapté, tant avec les jeunes qu'avec les adultes. Il est souvent dans la provocation, et les conflits dont il se nourrit. Emeric est très à l'affut des failles des autres, il reconnaît qu'il « dérape » mais recommence. »

Il dit être à l'I.E.A uniquement pour son comportement. Il peut accepter les limites fixées par l'adulte. Au début son statut était plutôt celui d'un leader, mais les autres enfants s'en détachent peu à peu. En dehors de la présence de l'adulte, Emeric fait régulièrement preuve de violence et montre un côté manipulateur. On retrouve en lui un clivage adolescent/bébé.

Internat:

Parfois inquiet, Emeric veut laisser sa porte ouverte tout en nommant le manque de sa maman. Il est soucieux de la santé de ses parents. Jouant facilement avec les faiblesse des autres, c'est un enfant qui est dans la recherche de maîtrise des relations: il peut être agressif et faire mal verbalement. On se questionne quant à son niveau réel de compréhension.

Activité construction:

Son attitude y est différente: Emeric est mal à l'aise, manque de confiance et ne comprend pas toujours les consignes. On y décèle une forte peur de l'échec. Cependant, il accepte de se faire aider et affirme qu'il vient pour apprendre.

Activité de boxe éducative:

« Bon niveau sur le plan physique mais parfois des difficultés de compréhension. »

En classe:

Son comportement est très instable et dérangeant pour le groupe. Emeric présente beaucoup d'excitation et n'arrive pas à se canaliser. En terme d'apprentissages, il n'est pas en difficultés et présente de bonnes compétences: il a un niveau homogène fin CE2-début CM1. La lecture et la compréhension de textes sont correctes, mais la production de textes est plus difficile. Emeric

montre peu de capacités à se confronter à l'effort. Il vit sur ses acquis et abandonne rapidement.

Description psychologique:

« Emeric présente un certain vernis social. » Il a une bonne adaptation mais est il plus en difficultés dans le domaine de l'abstraction, de la logique, de la représentation spatiale. En revanche, il possède une très bonne mémoire.

« En suivi psychologique individuel, Emeric est beaucoup dans la résistance, l'agressivité latente. Parfois triste, il a un côté dépressif. »

Bilan orthophonique:

Le tableau de l'enfant est hétérogène. Emeric montre une certaine prestance malgré une difficulté à accepter l'échec et un abandon face à l'effort. Son profil est atypique: son stock lexical est correct (CM1) mais il a du mal à l'employer en contexte (CP). Faisant parfois illusion, Emeric a de réelles difficultés. Il ne sera pas prioritaire pour une prise en charge.

Bilan psychomoteur:

Emeric n'a pas de problèmes de coordination mais présente une très forte instabilité, auxquels s'ajoutent des troubles visuo-constructifs. N'étant pas demandeur de suivi, il ne sera pas pris en charge en psychomotricité pour son instabilité.

Point sur la situation familiale:

À cette période, les deux parents présentent de gros troubles de santé. Ils sont, en outre, considérés comme « ayant des difficultés à être parents ensemble ». Un suivi AEMO a été mis en place à nouveau, sur demande de leur fille Sabine

Nature des PEC pendant le séjour:

Secteur éducatif:

Année:	2010-2011	2011-2012
Pôle:	C (Houat)	C (Houat) + SEGPA
Internat (I) / Semi-Internat (SI):	I	I
Activités en ateliers:	- construction 2x/sem - cuisine - vidéo - expression découverte	- cuisine - ASSR - Théâtre
Activités du mercredi:	- boxe à l'extérieur	- boxe à l'extérieur

Secteur thérapeutique:

Année:	2010-2011	2011-2012
Psychologie:	oui	non
Orthophonie:	non	non
Psychomotricité:	non	non
Suivi médical spécifique:	non	non

Bilan scolaire et évaluation globale (par l'enseignante et la psychologue) après un an passé à l'I.E.A.:

EFFICIENCE

La lecture est courante avec une réelle compréhension, Emeric l'utilise dans la vie quotidienne.

En mathématiques, Emeric a de bons acquis en calcul: il lit les chiffres et gère son argent de poche.

Il est plutôt habile de ses mains, malgré quelques difficultés à comprendre les consignes et parfois une peur de l'échec. Ses résultats dépendent de son attention et de ses intérêts. Il est très fatigable car peu habitué à l'effort, on note une forte lenteur. Par exemple, Emeric ressent le besoin d'être soutenu et aidé par l'adulte en ateliers, mais pas en sport car sa motivation est nettement plus élevée.

AUTONOMIE

Ce jeune présente un profil autonome: dans les repas (bien qu'il soit très sélectif), dans ses déplacements (en bus, dans son quartier), dans le temps (il connaît l'heure et s'en sert), dans son hygiène (il est très coquet, s'occupe seul de son linge...etc.) ainsi que dans son langage: il se fait comprendre par tous. On remarquera que sa compréhension est très variable. Régulièrement il comprend des situations ou conversations qui échappent à ses camarades, et paradoxalement, il n'accède pas à d'autres situations simples.

ADAPTATION RELATIONNELLE

Emeric est un jeune qui recherche la maîtrise des autres tant verbalement que physiquement. Il peut se montrer menaçant pour arriver à ses fins; il objecte l'autre pour le mettre à son service. On le connaît capable de pression et de passage à l'acte envers ses camarades. Il s'agit d'actes plus compulsifs que stratégiques. Il fait preuve d'un grand égocentrisme.

En revanche, il a de bonnes capacités de détente et de relaxation. Il sait prendre des initiatives et son dynamisme est correct. Il présente tout de même quelques difficultés à se distancier de la réalité et à envisager l'autre.

On peut le décrire comme étant dans une affirmation identitaire plutôt que dans une revendication.

Suivi familial: entretiens spécifiques avec la famille

La mère vient seule aux entretiens (sauf si accompagnement précisé).

Septembre 2009: La demande de la famille concernant Emeric est une aide éducative, suite à l'AEMO en place depuis 2006 pour « violence des enfants et incapacité des parents à faire la loi ». Cependant, les parents ne se projettent pas en situation de changer et déclarent attendre que ce soient leurs enfants qui changent.

L'équipe de l'I.E.A se pose comme objectifs de:

- « Resignifier le danger lié à la violence »
- « Orienter les parents vers des soins psychologiques et physiques »

Un rendez-vous est fixé deux mois plus tard pour faire le point sur:

- les interrogations d'Emeric quant à sa place à l'I.E.A.
- Le comportement de son frère Bruno en externat
- Le travail familial

Début novembre 2010: Madame R. a consulté le C.M.P pour un suivi personnel. L'équipe de l'I.E.A parle de l'importance d'orienter Bruno en internat. Le père est toujours malade mais ne sera pas greffé cette année.

Fin novembre 2010: Discussion sur les positions éducatives des deux parents.

Mars 2011: L'équipe de l'I.E.A préconise une réorientation pour Emeric en ITEP au vu de ses compétences scolaires et de ses difficultés de comportement.

Avril 2011: Rendez-vous avec Madame R., le directeur de l'ITEP ainsi que le psychologue et Emeric. Madame R. est réticente quant à l'orientation en ITEP.

Mai 2011: à nouveau, discussion sur l'importance de l'orientation d'Emeric et sur la position que prennent les parents face à leur enfant.

Deux jours plus tard: Les parents refusent l'orientation prévue (par téléphone et courrier). Emeric sera maintenu à l'I.E.A.

Juin 2011: La mère vient accompagnée de ses deux filles (Esther et Sabine). Il s'agit de faire le bilan de parcours pour Bruno et le bilan d'année pour Emeric. Les sœurs des enfants prennent la parole: elles expriment leurs interrogations sur la place d'Emeric à l'I.E.A et évoquaient plutôt la classe de 6ème pour lui. Elles font une différence entre la problématique de Bruno et celle d'Emeric. Elles parleront avec émotion du vécu familial douloureux qui relève tant du décès du grand frère que de la place particulière attribuée à Emeric dans la famille.

Septembre et Octobre 2011: réunions pour l'intégration d'Emeric en SEGPA.

Situation de l'enfant à ce jour:

Problématique actuelle:

« Troubles narcissiques dans un contexte familial perturbé (décès accidentel du frère aîné, dépression familiale, déracinement culturel de la maman, problèmes de santé des parents...), et sur un fond d'insécurité affectives et de carences éducatives. Comportement ambivalent (bébé/adolescent), instabilité, manque de limites, tendance à l'impulsivité, au manque de respect, à la manipulation. »

Objectifs généraux du projet:

- installer un cadre global
- l'aider à progresser vers la stabilité, à connaître et respecter les limites
- l'aider à admettre ses difficultés
- s'appuyer sur ses capacités et ses acquis verbaux, scolaires, sportifs; les valoriser pour l'amener à un meilleur équilibre personnel et social
- Accompagner l'orientation SEGPA de quatre demi-journées par semaine.

Bilan de l'intégration en SEGPA et bilan scolaire:

Emeric a un bon niveau scolaire mais il présente de gros troubles du comportement. Il ne respecte pas les règles, est parfois désinvolte mais veut pourtant essayer de bien faire. C'est un enfant agité et fatigable, d'où la demande d'un traitement médical. L'intégration en SEGPA se passe correctement car le groupe classe est particulièrement tolérant. À l'I.E.A., son niveau scolaire est clairement supérieur à celui des autres élèves. Cependant l'orientation en ITEP n'est plus envisageable: les parents ayant accepté l'orientation trop tard, Emeric est désormais trop vieux (13 ans) pour y être pris en charge. Il est donc contraint de rester à l'I.E.A avec un niveau scolaire et un comportement

toujours insuffisant pour être en SEGPA à temps plein.

NB: Emeric est sous Ritaline depuis quelques semaines. Il respecte de plus en plus son contrat d'élève. Ce n'est peut-être pas tant l'efficacité du traitement que l'excuse d'avoir un traitement qu'il utilise pour reprendre sa place et conserver l'intégration en SEGPA, qui était menacée par son comportement.

Cette famille est marquée par de nombreux événements et faits douloureux qui touchent plusieurs domaines :

- L'interculturalité qui inclut des non-dits : la mère a connu un déracinement culturel, alors que le père ne connaît rien de ses origines guyanaises.
- La précarité sociale : ils vivent en HLM et ont une dette de loyer à régler, le père est intérimaire alors qu'il avait originellement un bon poste dans l'armée.
- La maladie physique : les deux parents sont malades
- La déficience intellectuelle pour tous les garçons, et de surcroît une psychopathologie déclarée pour l'aîné (Pascal)
- Le deuil : celui de Pascal
- La dépression : réactionnelle au deuil, et qui touche toute la famille.

La question de la place de chacun est centrale ici : Pascal est décédé alors que Gillian était en CP, et que Bruno était encore allaité. La naissance d'Emeric que l'on peut qualifier « d'enfant de remplacement » va supprimer la place que Bruno avait auprès de sa mère.

De même, la dépression touche indifféremment tous les membres de la famille, mais on remarque que Gillian et Bruno y sont particulièrement sensible, de façon presque fusionnelle à la mère.

Ainsi la situation est paradoxale entre cette relation fusionnelle concrétisée par un allaitement prolongé des enfants, et l'impression qu'ils sont livrés à eux-mêmes pour se construire une identité.

Et pour les trois enfants s'articulent une problématique autour d'un clivage entre violence et sensibilité, entre l'image de caïd et comme défense contre le monde et des capacités d'ouverture au monde découvertes en classe.

Le langage familial est violent : « niqué » (Gillian), « bousiller » « chiant » (Madame R.) ...

Si Gillian est plutôt dans un blocage de type « sidération » suite au décès de son frère avec un QI sub-normal, Bruno est plus déficient mais semble aussi plus passif. Enfin, Emeric est dans la toute-puissance et une psychopathologie identique à celle de Pascal, avec un QI sub-normal, et étant très sujet à la violence.

Les enfants ont donc des profils différents, qui semblent très en rapport avec la place que les parents et l'histoire familiale leur ont attribué dans la fratrie. Cependant, les différences entre les enfants ne sont pas toujours prises en compte et on a parfois l'impression que l'on peut remplacer l'un des frères par un autre : à l'internat, on remplace Bruno par Emeric, Emeric aurait un suivi plus approprié en ITEP mais ses frères ont tous été pris en charge à l'I.E.A alors il doit y rester lui aussi, la formulation de la problématique est parfois la même mot pour mot entre un dossier et celui du frère ...

Enfin, le mode communicationnel familial a l'air de s'opposer clairement à celui des institutions. Les codes sociaux ne sont pas les mêmes, et le décalage de cette famille avec les normes sociales semble bien présent. Ainsi le clivage engendré chez les enfants n'est pas surprenant. Il est d'ailleurs intéressant de constater qu'ils revendiquent « un langage de quartier », c'est une façon de prendre une place.

Cette famille reprend bien le questionnement sur la fratrie : quels sont les liens verticaux et horizontaux ? Les relations familiales sont-elles une matrice du lien social ?

Mais elle relève aussi du questionnement des rapports entre famille et société, et de la rupture entre la façon d'être parent et ce qu'en attendent les institutions. De même l'influence de facteurs extérieurs qui viennent entraver la parentalité est sous-jacente : le deuil, la précarité et l'humiliation ressentie, le déracinement culturel...

Enfin, le QI sub-normal de Gillian et Emeric pose très bien la question de l'envahissement de problématiques psycho-affectives qui viennent entraver le développement cognitif de l'enfant.

Un enseignant de l'équipe m'a d'ailleurs déclaré de façon anodine, au cours de l'année, que la famille R. regroupait tous les dysfonctionnements possibles qui pouvaient entraîner des troubles chez les enfants.

Globalement, les neuf enfants présentés ici présentent un trouble identitaire avec une anxiété et une angoisse de fond, qui vient soit altérer un fonctionnement cognitif normal ou sub-normal, soit se surajouter à une déficience intellectuelle, qui devient socialement encore plus handicapante.

Pour tous, la question de la place est centrale, et donc celle de l'identique et du différent de soi aussi. Un clivage entre identification au modèle parental ou au modèle institutionnel est souvent bien présent.

V - Entretiens semi-dirigés avec les référents des familles

Le premier référent est celui de la famille L., le second référent est celui des familles C., M., et R.

5.1 Les questions (et sous-questions éventuelles):

1- Comment pourriez-vous vous présenter?

- votre parcours
- votre rôle

2- En quoi consiste votre travail de référent?

- avec les familles
- avec l'équipe

3- Quelles relations entretenez-vous avec la profession d'orthophoniste?

- différence du lien à la famille entre référent et orthophoniste
- communication entre les deux professionnels

4- Vous avez suivi la fratrie X, en quoi était-elle singulière? En quoi était-elle banale?

- avaient-ils une dynamique familiale marquante?
- Faites-vous des liens entre le fonctionnement parental et les troubles des enfants?
- Comment se comportaient les enfants de la fratrie les uns envers les autres?

5- Quels objectifs aviez-vous avec cette famille? (= quelle influence du référent famille sur la relation parents-enfants-troubles?)

- Les avez-vous remplis?
- Pourquoi? Parce que les parents étaient réceptifs (ou non), parce que...

6- Les membres de l'équipe pluridisciplinaire ont-ils eu un comportement particulier face à cette fratrie?

- Des réactions individuelles ou de groupe particulières?
- Un changement d'attitude avec le deuxième ou troisième enfant de la fratrie, après avoir déjà connu un enfant de cette famille? Quel type de changement?

5. 2 *Référent 1:*

1- Comment est-ce que vous pourriez vous présenter en tant que référent des familles, votre parcours, votre rôle?

Je suis éducateur spécialisé depuis longtemps maintenant, j'ai toujours travaillé avec les familles dans cette institution-là puisque ce sont des choses qui ont été mises en place dès que j'ai été embauché.

Les choses se sont mises en place au début : si je me souviens bien, tout le monde était un petit peu référent de tout. Certains faisaient du sport, d'autres des ateliers, des activités. Il y a eu un moment dans l'établissement où il s'est avéré difficile de tout suivre en même temps, et les gens se sont donc spécialisés, ont fait des formations courtes, puis des formations longues. Moi j'ai fait une formation à la thérapie familiale systémique, dans les années 90. Toutes les personnes qui interviennent auprès des familles ont suivi des formations de ce type-là. Depuis 25 ans à peu près on a travaillé également avec un système de supervision. On a une réunion une fois par an environ, soit on se déplace, soit le superviseur vient ici. On a dû travailler avec huit superviseurs, de Nantes, de Saint-Brieuc, de Vannes, de Rennes...

C'est donc vous qui vous êtes proposé pour être référent des familles?

J'étais intéressé par ce travail-là, et le responsable de l'époque m'en avait également fait la proposition. [...] Refusant un poste de cadre adjoint, ça signifiait pour moi que j'allais vers autre chose. C'est à partir de là que j'ai accepté la formation systémique longue, sur trois ans.

2- En quoi consiste votre travail de référent, soit avec les familles, soit avec l'équipe pluridisciplinaire?

D'abord il y a une règle dans la maison, qui est de rencontrer tous les parents. Dans la très grosse majorité des cas on les rencontre ici. Mais on peut aussi, le cas échéant, se déplacer à l'extérieur. La règle veut aussi que ce soit un minimum de trois fois dans l'année, c'est-à-dire une fois par trimestre. Ce qui est à peu près respecté suivant les familles. Avec certaines familles on peut aussi proposer un travail plus fréquent, il y a des familles qu'on voit six ou sept fois par an. Et ensuite, c'est en fonction de l'attente des parents, de nos collègues, de ce que l'on voit aussi chez l'enfant, de ce qu'il

y a à travailler.

Avec certaines familles, sans être dans la thérapie familiale puisque ce n'est pas notre travail, on est pourtant en bordure: dans la guidance parentale. Il y a des parents demandeurs pour travailler plus souvent, il a aussi des familles à qui l'on propose de travailler plus souvent. Pas forcément dès le premier entretien mais plus tard. J'ai eu une famille avec qui il a fallu mettre le holà les premières années parce qu'on était presque trop sollicités; et cette famille depuis un an et demi j'ai le problème inverse: il est très difficile d'obtenir un entretien. C'est la famille de D. *[il s'agit de la famille L. NDLR]*

Le travail se fait aussi en fonction de ce que peut nommer un enfant, de confidences qu'il a faites, de choses qu'il aimerait voir changées. Il va donc dire quelque chose, ça va être repris ou entendu par n'importe qui dans l'établissement. S'il juge ça intéressant, il peut solliciter le responsable du suivi familial qui, là, avec l'accord de l'enfant, va pouvoir introduire ça dans l'entretien, plus ou moins directement selon les enfants. Il y a des enfants pour qui il faut tourner autour du pot, des enfants qui aimeraient dire ça ou ça mais qui pensent ne pas pouvoir; il faut cheminer un petit peu avec eux. L'initiative vient donc des parents, de l'enfant, mais la plupart du temps c'est nous qui les sollicitons. Ça dépend de la relation qu'on entretient avec la famille. Certaines familles prennent souvent l'initiative, parce que c'est plus facile de dire les choses, de poser les problèmes ensemble.[...]

3- Quelle relation entretenez-vous avec la profession d'orthophoniste? Est-ce une communication d'équipe pluridisciplinaire ou est-ce ça va plus loin?

Quand je prends des rendez-vous, pas à chaque fois mais régulièrement, je me demande s'il est important que l'orthophoniste soit là, que le psychomotricien soit là. Il m'est arrivé de prendre des rendez-vous vraiment en fonction de la présence de l'un ou de l'autre. Parfois il arrive de prendre le rendez-vous, et ceux qui sont disponibles viennent. Quelques fois on voit ça au dernier moment: si l'orthophoniste est disponible, alors autant qu'elle vienne. Après s'il y a une nécessité de voir la famille, ou que la famille est demandeuse, je suggère à l'orthophoniste de rencontrer les parents en dehors de ma présence. Normalement la référence ne se fait pas comme ça. Mais on n'a pas toujours le choix. Ce n'est pas spécifique aux orthophonistes mais j'ai vu par exemple des enseignants qui ne souhaitaient absolument pas rencontrer les parents sans le référent. Ils étaient donc vraiment dans le respect de la règle. Et d'autres enseignants qui, pour traiter de sujets spécifiquement scolaires, n'y voyaient pas d'inconvénients. C'est bien qu'il y ait une position un peu générale de l'établissement, avec un respect de la règle. Mais il y a aussi l'esprit de la règle. C'est-à-dire que dans une situation où je n'ai que ce moment là pour voir la famille, et que l'orthophoniste n'est pas là ou ne travaille

pas ce jour-là, alors une rencontre entre elle et la famille ne me pose pas de problème si j'ai donné mon accord au préalable. Après, il peut y avoir des situations où c'est un peu plus délicat...

Vous voulez dire des situations où ça empiéterait sur la vie privée de la famille?

C'est pas forcément ça, mais il y a des situations où avoir une triangulation est intéressant: le référent, l'orthophoniste et la famille. Je prends l'exemple d'une maman qui nous soutenait que je n'avais pas pris de rendez-vous, alors que j'étais présent par téléphone, par courrier... C'est assez désarmant!

Ça peut donc être mieux d'être deux professionnels pour asseoir la position de l'I.E.A.?

Oui mais aussi pour un meilleur échange. L'entretien famille et le lieu de l'entretien famille sont aussi une façon de symboliser les choses. On remarque avec beaucoup de familles que plus les gens ont la possibilité de parler là, là, là et là, moins ils vont en parler dans le lieu où ça devrait se faire. Ça leur permet de « diluer » les questions. Il y a des parents qui sont très forts pour ça. Par exemple ils vont venir parler à l'éducateur au moment de venir chercher leur enfant. Ce qui n'est pas forcément négatif non plus. Mais la position des éducateurs et du personnel en général est de l'entendre et de leur dire « D'accord, mais il faudrait en parler dans le bon lieu. Contactez donc votre référent ». On remarque que les familles qui vont le plus « picorer » un peu partout sont celles qui auront le plus de mal à travailler la question au moment où on voudra la travailler.

J'ai vu que parfois vous interveniez à domicile. Dans quel cas?

À domicile c'est quand les parents ne sont pas disponibles, qu'ils n'ont pas de moyen de locomotion, ou d'autres petits enfants à la maison, ou si les parents sont malades... J'ai vu quelques papas pour qui c'était trop difficile de venir en entretien à l'I.E.A. Après un premier rendez-vous à la maison, le lien était créé et ils pouvaient constater qu'il n'y avait pas de danger à nous rencontrer. Il y a aussi des personnes qui sont plus à l'aise dans leur milieu, chez elles. Mais maintenant les interventions à domicile sont très rares, d'autant plus qu'on est désormais centralisé à Vannes.

Ce n'est donc pas une volonté des référents d'aller voir ce qui se passe dans les familles?

Non.

4- Vous avez suivi la fratrie L. Pouvez-vous me dire en quoi elle était singulière? En quoi elle était banale? Qu'est-ce qui vous a marqué dans cette fratrie?

Ce qui a été marquant pour moi, c'est le vécu de cette famille-là. Monsieur aurait été très violent avec madame. Ce monsieur est parti, avec toujours un flou quant à ce qu'étaient exactement les décisions de justice. Les informations, on les a eues par madame. Et ce monsieur est donc considéré comme violent, comme dangereux. Et c'est aussi l'image que les enfants ont eue. C'est sûrement en partie vrai, mais il y a surtout eu ce regard toujours porté par la maman. À chaque fois qu'on a essayé d'aborder le problème, soit elle ne s'est pas présentée, soit elle a évité le sujet. Je pense que ça a des répercussions chez les enfants à un moment ou à un autre, au plus profond d'eux-mêmes, le désir de rencontrer le papa... Ou pas d'ailleurs. Il leur a été donné cette image-là, il y a sans doute des réalités derrière, mais moi je ne le connais pas. Tout est fait pour qu'ils ne le voient pas. La maman n'en a pas le désir, et je pense que son désir était même plutôt inverse.

Du coup c'est vrai que les premières années il fallait presque mettre le holà sur le nombre de rencontres, et depuis un moment j'ai beaucoup de mal à les solliciter. La dernière fois qu'elle s'est mobilisée, c'est pour le départ de J. en ImPro, et un petit peu cette année pour prévoir le départ de D.. Et c'est parce qu'il y a eu des demandes de l'enseignant, de l'orthophoniste, du référent, de la rencontrer.

Je pense qu'il y a un autre problème, qui est peut-être de l'ordre du secret familial, qui fait qu'on ne sait pas quoi travailler, on ne sait pas ce qui peut être travaillé avec eux. C'est des gens avec qui on toujours eu ce doute-là. On a eu une période où madame était toujours dans le fait d'offrir des choses, des chocolats au moment de Noël. On s'est posé la question sur la signification de ça. Il ne faut pas forcément voir le mal partout, ça peut être culturel, mais il y a un moment où trop c'est trop. Ça se confirme par d'autres inquiétudes qu'on a pu avoir. Notamment sur le respect du cadre ici, des absences plus ou moins injustifiées, pour des raisons plus ou moins « entendables ». Je ne suis jamais sûr de ce que la personne me dit en face. Il y a un peu plus d'un an, un départ dans le nord de la France ne s'est jamais fait. Il y a avait eu une demande en bonne et due forme, j'ai eu un entretien avec la maman avant qu'ils partent. Or dans son discours, dans ce qu'elle disait, elle n'était pas du tout sûre que son ami était en vacances ou s'il travaillait. Le départ n'a pas eu lieu, et finalement elle m'avait presque déjà donné l'information. La logique aurait donc été que les enfants soient alors présents à l'I.E.A.. Sauf qu'ils n'étaient pas présents. Donc ça provoque un malaise.

Est-ce que vous trouvez des points communs entre cette fratrie et d'autres fratrie? Des événements récurrents?

Pas spécialement. Par contre, au cœur de cette fratrie, on peut préciser qu'il y a une petite sœur dans cette famille qui n'a pas les mêmes difficultés que les deux garçons. Une demi-sœur qui sait très bien faire sa place, très dynamique et enjouée, ça a été difficile au niveau des relations avec les deux garçons. On s'aperçoit quand même que les deux garçons ont eu tous les deux de gros problèmes au niveau du langage avec la volonté consciente ou inconsciente de ne pas livrer des choses qui pourraient réinterroger le fonctionnement familial. C'était vrai pour J., je pense que ça l'est aussi pour D. qui à certains moments va livrer quelque chose et qui va stopper son discours alors qu'il est en train de dire. C'était, je pense, une des lignes de conduite de madame qui voulait que ses enfants soient très polis, très corrects. Ce qui est bien, mais je préfère voir un enfant un petit peu moins poli qui affirme sa personnalité plutôt qu'un enfant qui va toujours être dans le côté conformiste des choses: ce n'est pas lui.

Un autre point que l'on retrouve chez les deux garçons, c'est le versant dépressif. On a eu à un certain moment, des passages de fortes dépresses chez les deux, à des moments différents. Madame aussi, sur le plan de sa santé personnelle, il y a eu des moments où ça n'était pas facile.

C'est- donc une interrogation: est-ce que les troubles du langage seraient un symptôme?

Il y a forcément des choses qui sont liées. Pour les troubles du langage je vous renvoie la question, mais pour les troubles des apprentissages il me semble. Ce qui est sûr c'est que ce sont deux enfants qui ont eu des prises en charge longues et que les troubles demeurent.

5- Vous étiez-vous fixé des objectifs avec cette fratrie? Lesquels?

Un des objectifs était que la maman puisse laisser ses enfants respirer un peu. C'est ce qui s'est passé avec J. car elle a repris ses études. Elle a dû tellement travailler pour elle qu'à un moment elle a dû être moins sur le dos de J. Il a alors pu prendre le bus seul, aller rejoindre des copains dans les magasins... des choses qu'il ne faisait pas avant. Il a pris de l'autonomie avec tous les bons et les mauvais côtés que ça a.

L'autre travail c'était dans le domaine de la prise de parole, du langage, de la bonne éducation. La bonne éducation ce n'est pas toujours être extrêmement poli, même si ça en fait partie. C'est aussi donner de l'autonomie, laisser l'enfant penser par lui-même, qu'il puisse s'opposer et dire non.

Ce sont des choses qu'on a essayé de travailler. Les circonstances de la vie ont parfois plus fait que ce que nous on aurait semé, par exemple avec le travail de madame.

6- Est-ce que vous avez relevé des comportements particuliers de l'équipe ou des réactions individuelles particulières face à cette fratrie?

Je pense qu'il y a eu soit individuellement soit collectivement aussi, un sentiment de lassitude, ou l'envie de « leur rentrer dedans ». Les membres de l'équipe ont souligné la nécessité de se rencontrer. Cette famille, en général on a du mal à la cerner, avec cette façade qui veut montrer que tout va bien alors qu'on sent qu'il y a des problèmes et une retenue des enfants.

Avez-vous remarqué des différences dans les attitudes des professionnels entre les deux enfants? C'est un cas particulier car les deux enfants sont arrivés ensemble à l'I.E.A.

Non, les professionnels ont découvert les enfants en même temps.

Quand les enfants arrivent l'un après l'autre, on garde la référence. Sauf si pour X raison c'est difficile, mais ça n'est pas arrivé qu'on change en cours de route pour une fratrie.

J'ai toujours fonctionné de la façon suivante avec la famille L.: lorsqu'il y avait une entretien avec la maman et les deux enfants, alors il y avait toujours un temps réservé à J. et un temps réservé à D.. Sans que ce soit complètement fermé pour autant: par exemple lorsqu'on a abordé les relations avec la demi-sœur, c'était intéressant d'avoir l'avis des deux garçons à la fois. En revanche je n'ai jamais travaillé avec le beau-père. Mais il était quand même présent car il venait souvent chercher les enfants à l'I.E.A., il rédigeait les courriers quand il y en avait (avec madame certainement, mais c'est lui qui écrivait), c'est lui qui appelle parfois pour signaler que D. est malade par exemple...

Dans quel cas refusez-vous de suivre une fratrie?

Pour des raisons très objectives, lorsqu'il s'agit de personnes que l'on a connues avant l'I.E.A., des voisins ou quand on connaît la famille.

5.3 Référent 2

1- Comment est-ce que vous pourriez vous présenter en tant que référent des familles, votre parcours, votre rôle?

Je travaille ici depuis longtemps, j'ai à la base un diplôme d'éducateur, et c'est vrai qu'au début en arrivant ici on faisait un peu de tout.

Puis petit à petit on s'est rendu compte qu'on avait besoin de formations pour les éducateurs, non seulement manuelles, mais aussi en rapport avec les familles. On n'avait pas été formés au travail avec les familles et les familles n'étaient pas forcément intéressées à l'époque pour travailler avec l'institution.

Cet établissement a d'ailleurs été l'un des pionniers car notre directeur était convaincu de l'utilité de ce travail, il nous a beaucoup poussés et on sentait bien que c'était important de rencontrer les familles.

Il y a eu un groupe de cinq personnes qui se sont « auto-nommées », on était trois éducateurs et deux psychologues. Suite aux formations systémiques suivies le plus possible à deux, on travaillait en co-intervention. Désormais on est plus souvent tout seuls, pour des raisons financières et temporelles, mais le travail se fait autant que possible à deux pour les familles qui nécessitent l'intervention de l'éducateur et du psychologue.

On ne propose pas de thérapie, mais on peut obtenir des effets thérapeutiques.

Vous avez donc des modèles théoriques en tête lorsque vous intervenez auprès des familles.

Oui, l'approche systémique est très intéressante. Une fois qu'on est un peu en alliance avec les parents, ils comprennent qu'on n'est pas là pour les juger, qu'ils ne sont pas coupables, qu'on peut tout de même être responsable de certains actes et de certaines positions, et qu'on peut à tout moment reprendre position : même si on tombe, même si on n'est pas bien, on peut se relever et aller vers du mieux. C'est un travail passionnant: on accueille les familles à l'entrée d'un enfant et on les suit jusqu'à la fin, si bien que c'est vraiment un système de référence. Les enfants ont bien des référents éducatifs, mais ils en changent lorsqu'ils passent dans un autre groupe. L'intérêt du référent famille est de connaître toute l'histoire de l'enfant pendant son séjour, c'est très important pour l'enfant d'avoir cet appui. Et puis c'est nous qui rappelons les progrès, qui les motivons à chaque entretien. On est là pour « rebooster ».

C'est une dynamique de positivisme.

Tout à fait. C'est nécessaire tant au niveau éducatif qu'au niveau parental.

2- Quelle relation entretenez-vous avec la profession d'orthophoniste?

Au début il n'y avait qu'une orthophoniste à temps plein, qui participait aux camps avec les enfants. [camps éducatifs au cours de l'été pour tous les enfants de l'I.E.A., avec des objectifs pédagogiques, culturels... etc.]

Nous étions donc trois adultes intervenant sur le pôle des petits: l'éducateur, l'enseignant et l'orthophoniste, et nous étions vraiment très proches. Le travail était alors très unifié.

Depuis il y a eu du changement: il y a deux orthophonistes à mi-temps, moi je travaille plutôt à l'internat donc on a des horaires qui diffèrent... Le contact se perd, et l'orthophoniste nous dit bien que cette cohésion lui manque dans son rapport à l'enfant et aux familles. À cela s'ajoutent les difficultés pour coordonner les rendez-vous afin d'obtenir à la fois la présence des parents et celle des divers professionnels.

La conséquence directe est qu'on propose des entretiens sans avoir forcément la présence de l'orthophoniste. Donc quand on aborde l'orthophonie en entretien, il s'agit d'un tout petit aspect de la prise en charge de l'enfant, alors qu'avant l'orthophoniste avait un aperçu global de l'enfant en plus de la relation pendant les séances. On essaye d'avoir au moins un rendez-vous en début d'année et un en fin d'année avec la présence des paramédicaux. Quand c'est possible.

Les orthophonistes nous disent souvent qu'elles sont intéressées pour rencontrer les parents, discuter avec eux.

C'est important pour elles de rencontrer les familles.

Ça semble plus important pour elles que ce que nous, les référents des familles, aurions pu penser ou proposer. Les rendez-vous où elles sont présentes se font plus sur leur demande que sur la notre. On peut oublier les paramédicaux, mais heureusement ils se signalent.

3- Vous avez suivi les fratries C., M. et R. Pouvez-vous me dire en quoi elles étaient singulières? En quoi elles étaient banales? Qu'est-ce qui vous a marqué dans ces fratries?

Ce à quoi je pense comme point commun entre ces fratries, c'est la sur-protection énorme des

parents. Ce sont des mères qui vont défendre leurs enfants à tout prix, pour les fratries C. M. et R. C'est-à-dire qu'elles vont les défendre de l'extérieur, mais ça ne va pas aider les enfants à construire leur structure interne. Le lien qui a été créé n'est pas vraiment solide, les enfants ont été aimés mais les parents ont fait à leur façon. Ces parents aiment vraiment leurs enfants.

Par exemple madame C. est très sensible et pleure dès qu'on fait une remarque sur ses enfants, elle se considère alors comme étant une mauvaise mère. C'est donc bien avec les parents qu'il faut travailler, mais il leur faut du temps: il faut qu'ils acceptent de venir, de se mettre à nu, ce qui n'est pas toujours évident pour des parents qui ne connaissent pas ce fonctionnement.

Pour la famille C., la situation était particulière: la maman était en grande difficulté personnelle, présentant elle-même une déficience intellectuelle, avec un travail remarquable de sa part. Elle a d'ailleurs appris à lire alors que ses enfants étaient à l'I.E.A.. Elle est très suivie, très soutenue par les TISF (techniciennes de l'intervention sociale et familiale), les assistantes sociales.

Pour les trois familles, ce sont des « mamans-louves », qui ne savent pas comment faire, comment gérer la situation. Je pense qu'elles ont toutes vécu des situations personnelles difficiles. Et par exemple elles ne savent pas cadrer. Elles ont de grosses difficultés à domicile avec leur enfants, elles vivent très mal avec leurs enfants. Et à l'extérieur, elles se mettent également en difficulté car elles vont défendre leur enfants pour la moindre raison.

Ces trois mères fonctionnent comme ça; chacune à sa façon.

C'est là qu'on trouve nos limites: on ne peut travailler qu'avec les familles qui le souhaitent. Cependant toutes les familles n'ont pas les moyens de souhaiter. Il y a beaucoup de familles qui n'ont pas les possibilités d'envisager différemment les choses, de bouger. Quand on arrive à de longues prises en charge comme celles de fratries, les professionnels peuvent être un peu épuisés. On n'arrive pas à donner suffisamment d'énergie pour qu'ils bougent un petit peu ou pour leur faire réaliser que dire « non » à leurs enfants peut être structurant pour eux... C'est un travail énorme en fait.

La demande des parents est finalement indispensable.

Voilà. Il y a aussi des parents qui viennent toutes les deux semaines, mais qui n'appliquent rien à domicile. J'ai l'exemple d'une fratrie en tête [suivie longtemps auparavant, n'étant pas dans les fratries étudiées ici]. On leur demandait des petites choses, des petites tâches, juste pour qu'ils essaient d'agir un tout petit peu différemment: ça pouvait être d'aller faire les courses avec les

enfants, demander au papa d'éteindre la télévision pendant le petit déjeuner... Absolument rien n'a été appliqué à la maison, mais ces parents continuaient à venir tous les quinze jours. Il n'arrivaient pas à mettre ça concrètement en place. Cependant on leur donnait un peu d'estime d'eux-mêmes, ce qui leur donnait le courage de continuer pendant deux semaines encore. Ça permet à beaucoup de famille de vider leur sac, c'est ce que nous rapportent de nombreuses mamans.

Tout ça relié aux troubles des enfants, pour la famille C., on remarque qu'il y a une dynamique familiale anarchique, mais également l'idée de déficience des parents.

Qu'en pensez-vous?

Je pense ça n'est pas héréditaire dans les gènes, mais « la plus belle femme du monde ne peut donner que ce qu'elle a ». Ces parents aiment leurs enfants, mais à leur façon: ils ne donnent que ce qu'ils peuvent donner.

Malgré la surprotection des parents dans les trois fratries, chacune a une dynamique bien particulière.

Dans la famille C. toujours, il y a aussi la violence du père à signaler: un papa en très grande difficulté qui a été très violent avec ses enfants. Les enfants ont vécu de vrais traumatismes.

M. était partie pour aller mieux que B., avec de meilleures capacités intellectuelles. Et finalement elle a suivi le même cursus que B. Elle est moins déficiente et peut se rendre compte des choses: elle a pu dire « maman ne sait pas lire, ça va être difficile pour moi aussi de lire ».

Elle peut conceptualiser.

Elle peut conceptualiser. Elle a réussi à passer là-dessus. Elle aurait pu rester bloquée sur l'idée qu'elle ne saurait pas lire, mais ça lui a fait l'effet inverse, l'effet d'un électrochoc: c'est comme ça qu'elle est entrée dans les apprentissages et la lecture. Elle est un peu plus armée que B. car elle sait comment elle est, elle sait qu'elle se comporte parfois comme une petite fille, et elle sait qu'elle peut être autrement.

Pour la famille M. c'est différent. Les parents viennent tout le temps ensemble, ils donnent aussi ce qu'ils peuvent. Ce sont des parents qui ont beaucoup de travail, qui passent beaucoup de temps sur la ferme. C'est donc une fratrie de quatre filles, elles ont toutes eu des problèmes. Elles ont toutes eu une prise en charge particulière.

Il me semblait que la seconde de la fratrie avait eu moins de difficultés scolaires.

Elle a réussi à avoir une formation, les deux aînées ont toutes les deux un travail. Mais elles ont eu des cursus très difficiles.

Face aux difficultés des trois premières, la maman mettait tous ses espoirs dans A. [quatrième de la fratrie]. Elle pleurait en entretien et se demandait ce qu'elle avait fait pour que ses quatre enfants aient toutes des difficultés. Avec un gros sentiment de culpabilité, alors qu'elle a fait comme elle pouvait.

Ce n'est donc pas le milieu qui serait problématique dans cette famille?

Ce n'est pas un milieu pathologique, mais déficient, un peu carencé. Surtout au niveau éducatif: les parents pensent que les enfants doivent grandir, ils disent « ça doit le faire ». Sauf que les enfants grandissent mal et ça a été un drame quand la petite A. a été orientée ici. Heureusement on avait préparé le travail en accueillant C. avant. La maman a donc accepté qu'A. vienne beaucoup plus jeune pour qu'on puisse travailler efficacement.

C'est le type de fratrie qu'on avait autrefois: des enfants avec une déficience homogène, sans gros troubles associés. Il faut les guider, leur montrer ce qu'ils peuvent faire et ils évoluent toujours, certes à leur rythme.

À l'inverse, on a la famille R. où la situation est plus dramatique. On a pris en charge trois enfants de cette fratrie, ils ont chacun leurs particularités. Le plus jeune, E. a une intelligence et des capacités de développement quasiment normales, mais il a de gros troubles du comportement: c'est un enfant roi. Lorsque leur frère aîné est décédé, G. devait avoir environ quatre ans, B. était au sein de sa mère, et E. est né peu de temps après. Avec des croyances parentales quant à la réincarnation. Donc quand E. est né, il a pris la place de l'enfant décédé et les parents l'ont laissé grandir en faisant ce qu'il voulait. À l'inverse, B. a été oublié car l'attention était portée sur E.

L'idée que l'enfant décédé et E. aient le même type de troubles transparaît dans le dossier.

Oui, ils ont des troubles du comportement qui se ressemblent. Tous les deux ont été déclarés « psychopathes » par le pédopsychiatre, il est rare que ce terme soit employé pour des jeunes.

Ce qui est étonnant dans cette famille, c'est que tous les garçons ont des difficultés, alors que les deux filles se sont développées très correctement.

En terme scolaire, elles ont eu nettement moins de difficultés que les garçons mais elles sont passées par la SEGPA quand même.

Oui mais elles ont de bonnes capacités de réflexion, elles sont perspicaces. Tant dans la vie quotidienne que dans l'intelligence de l'éducation qu'elles ont reçue: elle font clairement la différence entre le statut accordé à E. et celui accordé aux autres. Elles disent que « B. a été oublié quand notre frère est mort » et que « E. a été accueilli avec bénédiction dans la famille ».

Dans cette famille, les projections parentales diffèrent donc clairement d'un enfant à l'autre.

Oui, et la maman a de grosses difficultés à supporter qu'on pointe les difficultés avec ses enfants.

B. par exemple a de gros troubles boulimiques. À mettre certainement en lien avec le fait qu'on lui ait supprimé l'allaitement du jour au lendemain à la naissance de E. On a mis la maman et B. en lien avec une diététicienne spécialiste des troubles du comportement alimentaire, je les ai accompagnés aux rendez-vous très régulièrement, mais la maman est restée authentique et elle n'a pas du tout changé de position. On ne peut pas faire bouger ces parents de leurs positions.

C'est bien ce qui est signalé dans le dossier: ils ne souhaitent pas changer et ils attendent que ce soient leurs enfants qui évoluent.

C'est ça. Pour G. il a passé un an et demi en ImPro et ça s'est arrêté car la maman se sentait jugée et disait que G. se faisait critiquer, ceci interprété plus ou moins comme du racisme. Il est donc retourné à la maison.

Pour B. j'ai milité pour qu'il ait une place en internat en ImPro, il a été accepté, mais la maman n'a pas supporté et elle l'a repris et ramené à la maison à partir du mois de janvier. Il est donc en semi-internat, il rentre le soir.

Ce sont des parents qui ont une image d'eux-mêmes tellement dégradée qu'ils reçoivent de plein fouet toute critique, dès que leurs enfants rapportent une critique quelconque ça leur est insupportable. Ils vont ainsi défendre leurs enfants pour la moindre chose au lieu de les aider à résoudre eux-mêmes leurs problèmes: si l'enfant rapporte s'être fait insulter, alors c'est que l'autre enfant est raciste par exemple et la mère crie au scandale.

On a fait un signalement judiciaire car on n'a pas trouvé d'autres moyens. Il y a eu des informations préoccupantes, on a vu la famille avec les assistantes sociales, ça n'a pas marché.

En plus le papa est très malade. Il a un cancer du poumon et il est constamment sous oxygène, il est certainement en fin de vie. Ce monsieur était dans l'armée, il devait avoir une image sûrement très

forte, et après ses quinze ans d'armée, il a travaillé ici, dans les égouts de la ville. Son image a été complètement dégradée. Maintenant il vit tout le temps à la maison. La situation à la maison avec les enfants est invivable, il le dit, mais il n'a pas la force de changer les choses.

Voilà. Donc nous aussi on ne peut donner que ce qu'on peut donner. C'est-à-dire qu'on ne peut pas faire changer quelqu'un pour qui ce n'est pas possible, ou lui faire croire qu'il peut changer.

La maman refuse d'évoquer son vécu. On pense qu'elle a terriblement souffert au Sénégal.

La maman comme le papa ont un vécu difficile avec leurs familles. D'ailleurs pour entrer en contact avec le papa, je lui ai dit « Vous êtes de telle région? Ça tombe bien moi aussi. » et ça a désamorcé les choses.

Pour B., il y a eu un projet de classe spécifique. B. voulait apprendre à lire et il avait demandé une prise en charge en orthophonie pour sa dernière année ici pour « décoller » en lecture. Malheureusement ça n'a pas fonctionné. Il y a donc une course qui s'appelle « Rame Guyane ». Ce sont des personnes qui construisent leur petit bateau, et ils partent du Sénégal pour aller en Guyane. L'enseignant de B. a contacté l'un des participants pour monter un projet de classe, et on s'est dit qu'entre le Sénégal et la Guyane, B. allait investir l'activité et pourquoi pas lecture! Le monsieur a fait participer les enfants à la fabrication de leur bateau, les enfants lui ont écrit... Mais B. n'a pas particulièrement investi les activités et il n'est pas entré dans la lecture.

Est-ce que vous avez des inquiétudes quant à l'avenir de ces enfants?

Pour les filles de la famille M., non je n'ai pas d'inquiétudes, elles trouveront un travail. Pour B. et M. C. non plus, ils devraient trouver du travail aussi.

En revanche pour les enfants R., oui, on s'inquiète. C'est la « chronique d'une mort familiale annoncée ». La famille est suivie depuis 1980 quand même.

Est-ce que la solution serait d'extraire les enfants de leur milieu familial? C'est le but du signalement?

Les seules fois où on essayé d'extraire les enfants de la famille, ce sont les seules fois où les parents ont un peu réagi. Il faudrait qu'ils acceptent que leurs enfants soient en internat, c'est tout.

Pour B. la situation est particulière: il était en internat à l'I.E.A et il a dû redevenir demi-pensionnaire quand son frère E. est arrivé. C'est lui qui a récupéré la place en internat.

Ça ce sont des prises de position institutionnelles... avec lesquelles je ne suis pas en accord. Je pense que E. aurait dû être orienté en ITEP, d'autant plus qu'il peut être maltraitant avec les autres enfants. Alors que c'est par ailleurs un enfant adorable, avec une intelligence quasiment normale. Les autres enfants ont peur de lui, il peut les menacer, être très violent.

C'est donc le versant psychopathologique qui est le plus présent?

C'est un enfant « déchiqueté ». À l'internat je lui ai appris à faire la mayonnaise et les œufs mimosas: dans ces moments-là il est heureux! Mais au niveau relationnel...

C'est donc bien différent de prendre en charge les filles M. ou des enfants comme E. On a de tout dans cet établissement: des troubles du comportement, des enfants qui parlent à peine et dans une langue étrangère, des troubles psychiatriques comme la petite R. qui présente une psychose...

5- Est-ce que vous aviez des objectifs particuliers avec ces familles?

À chaque fois. Ce sont des objectifs tout simples: déjà, d'être en communication, en alliance. Ensuite on est obligés d'informer les parents, donc on leur demande leur avis sur la prise en charge, sur le projet personnalisé.

Après avoir rempli ces obligations, on se fixe d'autres objectifs, en s'appuyant sur les synthèses quand on discute des problématiques, de ce qui pourrait être fait... etc. Pour certains ça va être de travailler sur la relation mère-enfant. Avec un autre enfant on travaillera sur l'autonomie, que les parents le laissent prendre le bus. Pour d'autres, on demandera aux parents de faire en sorte que leur enfant soit moins pris dans leur vie personnelle, qu'ils le remettent à sa position d'enfant.

Il y a deux ou trois petits objectifs qui sont envisagés comme ça pour chaque famille, mais qui sont sur du long terme et parfois on n'y arrive pas.

Ça fait partie du projet personnalisé de l'enfant.

Oui, et ce qui est intéressant c'est que les orthophonistes se disent d'entrée de jeu qu'elles doivent rencontrer les parents, alors que tous les éducateurs n'ont pas cette idée-là. On les intéresse beaucoup aux entretiens pour qu'ils puissent échanger du quotidien avec les enfants, avec les familles. Quant aux enseignants, la plupart trouvent ça plus confortable de travailler avec un référent. C'est vrai que les parents mettent la pression. Ils ont très souvent des exigences au niveau scolaire, qui passent bien avant les prises en charge, avant de comprendre qu'il y a peut-être autre

chose à travailler, autre chose à voir.

Leur demande n'est pas une demande de soin?

Leur demande est une demande de classe et de résultats scolaires, qui est souvent beaucoup trop élevée par rapport aux capacités de l'enfant. L'intérêt c'est qu'ici on a tout sur place: le scolaire, l'éducatif et le soin. Donc quand on construit un projet personnalisé, c'est vraiment personnalisé.

C'est dans la famille L. que l'enfant J. était motivé pour venir à l'I.E.A pour avoir toutes ses prises en charges centralisées.

C'est épuisant pour les enfants et encore plus pour les parents de maintenir à tout prix leur enfant dans le circuit ordinaire.

[...]

Il faudrait encore plus de temps d'orthophonie, parce que désormais on a des enfants qui ont de très gros troubles du langage: des dysphasies, des problèmes avec les praxies bucco-faciales. À l'internat les enfants ne font par eux-mêmes leurs exercices de praxies, donc on les fait avec eux, ils ne le font pas pour eux mais pour nous faire plaisir.

Ils ne vivent pas pour eux mais dans le regard de l'autre? Ils n'arrivent pas à s'approprier les rééducations pour leur propre bien être?

Ce sont des enfants qui ont du mal à se projeter pour eux. Alors il y a matière à interprétation, on pourrait faire des hypothèses entre les troubles et leur vécu, mais ce serait aller un peu vite.

J'ai l'impression que beaucoup d'enfants ont des troubles en relation avec leur problématique familiale. Est-ce que la problématique vient s'ajouter aux troubles ou est-ce qu'elle fait partie des étiologies des troubles?

On ne sait pas, on ne peut faire que des hypothèses. Pendant des années, les psychologues ont parlé de « l'enfant-symptôme ».

C'est vrai que depuis quelques décennies il y a un travail autour de la structure familiale. Maintenant il faut s'hyper-adapter aux nouvelles structures familiales qui sont explosées, monoparentales... Les enfants qui arrivent ici ont des histoires, des structures familiales de plus en

plus costaudes.

C'est en lien avec l'évolution des troubles auxquels vous êtes confrontés?

Ça va de pair.

Le travail avec la famille ne peut donc être que bénéfique pour l'enfant, ça n'aggraverait pas ses troubles dans tous les cas.

Je pense que c'est positif dans la mesure où on ne sait pas, au début, quelle relation il y a entre les parents et l'enfant. C'est donc à nous de modéliser le regard qu'on porte sur l'enfant et sur sa famille, sans être dans le jugement. Dans ce cas on ne peut pas faire de mal. Déjà les parents voient qu'on aime leurs enfants, qu'on veut les voir avancer. Ça peut les reconnecter dans la relation avec leurs enfants. Il y a des parents qui surprotègent, mais il y en a aussi qui n'y prêtent plus attention, qui ne les regardent plus.

Maintenant on ne sait plus si c'est de la faute des parents ou s'il y a un gène en cause! C'est ça qui est intéressant avec l'approche systémique: c'est s'autoriser, avec les parents, à faire des hypothèses et les autoriser à voir leurs enfants sous un autre angle. Ça peut faire bouger des choses.

6- Est-ce que vous avez relevé des comportements particuliers de l'équipe ou des réactions individuelles particulières face aux fratries C., M. et R.?

Des réactions ordinaires, des réactions sensées par rapport à des fratries. Par exemple bien différencier le niveau de B. C. qui était plus déficient que sa sœur. Au niveau de l'accompagnement, aider B. à faire, et aider M. à avoir confiance et oser se lancer.

Pour la famille M., on a vu les filles grandir, évoluer, devenir élèves. Alors qu'elles étaient perdues dans leur scolarité à l'arrivée.

Pour la famille R, tout le monde est un peu dépassé! Il y en a qui quittent l'I.E.A et qui sont encore bien meurtris.

Pour ceux qui ne peuvent pas être orientés en ImPro, où vont-ils?

Ils vont en ImPro, mais ImPro Papillons Blancs. Et ensuite ils vont plutôt être en foyer de vie qu'en CAT. Parce qu'en CAT il faut désormais du rendement, ce sont des entreprises. Or les personnes

handicapées ne peuvent pas toujours fournir ce rendement.

À l'I.E.A, vous recevez d'abord un enfant, puis son petit frère ou sa petite sœur. Que se passe-t-il à ce moment-là?

Ce sont des familles avec qui on est contents de continuer le travail. On ne se dit pas de choses particulières sur ces familles, ils sont assez grands pour se dire eux-mêmes.

Quand on reprend les rapports des assistantes sociales d'il y a quelques années, ce ne sont que des jugements sur les familles. Des réflexions de type « la table n'était pas débarrassée lorsque je suis arrivée ». On n'est pas là pour juger.

Est-ce que la connaissance de la problématique familiale au préalable influence dans l'accueil du second ou du troisième enfant?

On a forcément une idée de la problématique familiale avant que l'enfant arrive. Cependant on remarque vite qu'un enfant n'a jamais vraiment la même éducation ou le même vécu que son frère ou sa sœur.

Les projections parentales diffèrent selon les enfants dans toutes les familles?

Les parents croient tous avoir donné la même éducation à leurs enfants. La première chose est de changer ça, de leur expliquer que ces enfants sont arrivés à des moments différents, qu'ils n'ont donc pas le même cycle de vie, même si les grandes valeurs sont là. Ça leur permet de déculpabiliser et on peut commencer le travail.

VI – Questionnaire à l'une des orthophonistes de l'I.E.A.

1 - Lorsque plusieurs enfants d'une même fratrie ont été pris en charge à l'I.E.A., jamais deux enfants n'ont été suivis par la même orthophoniste. Est-ce un choix institutionnel ou un choix des orthophonistes? Quels sont les arguments qui ont motivé ce choix?

Il s'agit davantage d'un choix des orthophonistes mais approuvé et soutenu par l'institution. Ceci afin de préserver pour les jeunes patients comme pour les orthophonistes la qualité de la relation thérapeutique. Il est essentiel que le jeune suivi puisse considérer "son" orthophoniste comme étant seulement la sienne, quelles que soient les relations entretenues dans la fratrie, qu'il puisse être assuré que ses propos, attitudes, réactions... ne seront pas rapportés, que les mêmes activités ne seront pas proposées à sa sœur ou à son frère. Il est essentiel qu'il soit considéré comme sujet unique, sorti de sa place dans la fratrie. Pour l'orthophoniste, il est selon moi primordial de ne pas se retrouver en situation de suivre deux enfants de la même famille, au risque de perdre son objectivité, de brouiller la compréhension de la problématique du jeune, de faire un "amalgame familial" préjudiciable à la rééducation, à la relation thérapeutique, au transfert en jeu au sein de cette relation. On sait déjà, par expérience, que connaître les deux jeunes au sein de l'IEA et donc être en lien avec le frère ou la sœur du jeune suivi, avec ses symptômes, peut déjà avoir des conséquences sur la rééducation, le "regard porté" sur le jeune patient.

2 - Dans le cas d'une fratrie où trois enfants nécessiteraient une prise en charge orthophonique, comment feriez-vous, sachant qu'il n'y a que deux orthophonistes à l'I.E.A.? Vous avez peut-être rencontré cette situation lors d'un exercice libéral?

La situation ne s'est pas présentée à l'IEA mais si cela arrivait, je pense que nous expliquerions la situation aux parents avant d'orienter le jeune vers une prise en charge en libéral (bien qu'il me semble que le remboursement de cette prise en charge serait problématique...); en libéral j'ai été confrontée à cette situation et j'ai conseillé une autre collègue. Parfois il m'est arrivé de suivre un enfant dont j'avais suivi un frère ou une sœur par le passé; j'ai pu travailler mais cela crée toujours une situation dans laquelle la relation initiale avec un membre de la fratrie intervient, interfère,

d'une façon ou d'une autre; pour les parents cela conduit de la même façon à "confondre" les enfants, les anamnèses... la singularité de chacun de leur enfant et de la relation à chacun de leur enfant, qui n'est plus pensée indifféremment de l'autre.

3 - Quel rôle pensez-vous avoir auprès des parents, de la famille, en tant qu'orthophoniste, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire?

Ce rôle n'est pas le même selon la rééducation proposée à l'enfant, selon la "place", l'importance du symptôme relevant de l'orthophonie au sein de sa problématique. Avec des enfants dysphasiques, dyslexiques, souffrant d'un bégaiement important... l'orthophoniste aura un rôle d'information, de prévention, de conseil auprès des professionnels de l'équipe comme auprès des parents, il s'agira réellement de faire un travail conjoint avec les professionnels et les parents. Il sera amené à rencontrer ces derniers à chaque entretien avec le référent familial ou à leur demande. Avec un jeune moins entravé sur le plan du langage oral ou écrit, avec lequel il s'agit par exemple davantage de travailler l'entrée dans les apprentissages ou pour lequel d'autres symptômes prennent l'ascendant (trouble du comportement, de la personnalité, difficultés au sein du groupe...), on pourra être amené à échanger avec les professionnels et les parents de façon moins fréquente, lors de quelques rendez-vous familiaux lorsque le référent familial nous y invite ou lors des synthèses du jeunes, pour un échange autour de l'évolution de la rééducation.

4 - Quelles relations entretenez-vous avec les référents des familles? (différence du lien à la famille entre référent et orthophoniste, communication entre les deux professionnels...)

Il est identifié en début d'année pour chaque jeune. De notre côté nous savons que nous pouvons le solliciter pour des interrogations, des questions concernant la famille; de son côté il nous sollicite pour participer aux entretiens familiaux, fait le lien entre la famille et l'orthophoniste, peut avoir des demandes précises (par exemple demander que l'accent soit mis sur tel ou tel point de la rééducation au cours d'un entretien, en fonction de ce qu'il connaît du fonctionnement familial ou de son travail avec la famille). Les échanges sont plus ou moins fréquents selon le jeune, sa rééducation, le référent familial, l'orthophoniste... Le plus souvent une réunion "d'après rendez-vous avec la famille" avec tous les professionnels proches du jeune permet à chacun d'exprimer son ressenti, de revenir sur ce qui a été dit, de faire le point, de se fixer de nouveaux objectifs pour le jeune, pour le travail avec la famille...

5 - Vous avez pu suivre en séance certains enfants des familles concernées (famille C., famille M., famille L., famille R), et rencontrer leurs frère(s)/sœur(s) sur les temps d'ateliers, de récréation... Avez vous remarqué des singularités concernant chacune des fratries? Des points communs entre ces fratrie?

Le point commun que j'identifie entre les famille C., L. et M., comme dans toute autre famille est l'importance du rang dans la fratrie; l'aîné conserve bien sa place d'aîné, protecteur et rassurant pour son plus jeune frère ou sœur, particulièrement au moment de l'arrivée à l'IEA. Petit à petit les plus jeunes prennent de l'assurance et de l'autonomie par rapport à leur aîné, c'est un autre point commun que j'ai pu retrouver. J'observe également qu'à l'échelle de l'équipe toute entière il y a quelque chose de rassurant pour un jeune à savoir que les adultes auxquels il a à faire connaissent ou ont connu un aîné (voire un père ou une mère); cela crée une proximité sécurisante. En dehors de ces points communs, je distingue les trois fratries qui m'ont concernées par la nature des troubles observés. Dans la famille L. j'ai travaillé avec l'aîné, qui présentait vraisemblablement des troubles dysphasiques, de même nature que son petit frère suivi par ma collègue. Pour les familles C. et M. la déficience légère/moyenne était plus au premier plan et expliquait en partie les difficultés langagières et d'apprentissages. Au delà de ces "regroupements", je retiendrai surtout la singularité de chaque jeune, de sa propre histoire, de son évolution, ses progrès, aucun frère ou sœur n'ayant le même parcours.

6 - Avez-vous remarqué des réactions particulières de l'équipe pluri-disciplinaire envers telle ou telle fratrie? (Par exemple un changement d'attitude avec le deuxième ou troisième enfant de la fratrie, après avoir déjà connu un enfant de cette famille, ou au contraire des idées préconçues sur l'enfant et sa famille?...)

Une grande vigilance s'exerce au sein de l'institution afin de ne pas tomber dans ce piège; le fait de travailler en équipe permet d'y pallier, les uns pouvant identifier chez les autres des "raccourcis" malencontreux. La plupart du temps le fait d'avoir travaillé avec une famille pour un enfant permet d'avancer plus "facilement" avec un second. La relation de confiance est déjà bien engagée, les parents ont vu leur aîné progresser, des pistes de travail peuvent être suivies. Parfois le travail est mal engagé avec un jeune, il est difficile également avec son frère (cf. famille L.) mais sans que l'on puisse parler d'une conséquence négative du travail avec un jeune sur l'autre.

J'ai pu parfois me questionner sur la possible trop grande connaissance de l'équipe vis à vis d'une

famille (famille R.), de longues années partagées (3 jeunes suivis à l'IEA), qui peuvent je pense être un frein à trouver de nouvelles "idées", une fraîcheur pour mieux travailler avec la famille, un nouveau ressort (avec la perception d'une sorte de désillusion de la part de ceux ayant connu la famille depuis le début).

7 - Y a-t-il un courant particulier ou des formations sur lesquelles vous vous appuyez dans votre pratique?

Pas de courant de référence en particulier, plutôt une ouverture d'esprit à plusieurs courants se rapprochant de ma pratique et de mes conceptions concernant le langage, ses troubles, leur importance dans le développement individuel, de la pensée, l'équilibre psychique et affectif. Les choix de mes formations individuelles sont souvent définis par les troubles présentés par les jeunes avec lesquels je travaille et ceci afin de mieux leur venir en aide; en équipe cette année une formation très enrichissante nous a été proposée de sensibilisation à l'approche systémique, pratique au combien utile dans le travail avec les familles, la compréhension de ce qui se joue dans les tissus familiaux...

VII - Commentaires

Dans les dossiers confidentiels des enfants, le vocabulaire utilisé par les professionnels est plutôt unifié, bien que souvent agrémenté de mots propres à la profession concernée. Ainsi, un « mode communicationnel » avec ses propres champs sémantiques est en place. On remarque aussi que les champs de compétence se recoupent : par exemple l'enseignant ou le psychomotricien peuvent parler de façon pointue du langage de l'enfant, l'orthophoniste utilisera un vocabulaire à tendance psychanalytique pour évoquer les troubles ...

Concernant les quatre familles, celle qui semble le moins poser de problème à l'équipe est la famille M.. En effet, les troubles des deux sœurs semblent plus conventionnels, nécessitant plutôt de la rééducation que des soins psychologiques importants, d'autant plus que les parents sont demandeurs pour travailler conjointement avec l'équipe au bien être de leurs enfants. La famille C. n'inquiète pas outre mesure l'équipe, peut-être parce que les traumatismes familiaux sont bien identifiés (déficience intellectuelle parentale, père violent puis décédé). En revanche les familles L. et R. ont l'air plus compliquées à aborder : la famille L. en raison d'une alliance beaucoup trop vacillante avec l'I.E.A au goût des professionnels, et la famille R. en raison de la multiplicité des problèmes, accumulés, qui ont un aspect « massif », « insurmontable ».

Malgré des différences entre chaque enfant, on retrouve globalement un profil familial. Les frères et sœurs présentent ainsi de gros points communs dans leur fonctionnement, sauf peut-être pour Bastien et Mélina C..

Les entretiens avec les référents posent d'emblée que le travail avec les familles est indispensable, ne serait-ce que par l'existence de leur poste de référent. Leur rôle semble d'être de pointer les problèmes afin d'envisager une résolution, mais aussi de mettre en exergue tous les progrès de l'enfant et des parents. Ces points positifs sont présentés de telle sorte qu'ils sont sensés raccrocher les parents au fait que les efforts de chacun ne sont pas vains. Cependant, on peut se demander si l'équipe n'a pas elle aussi besoin d'objectiver des progrès pour continuer sa mission auprès de l'enfant ?

La question de la parentalité est bel et bien abordée, tant en ayant à l'esprit que les parents peuvent présenter des problèmes dans l'exercice de leur fonction auprès de l'enfant, que dans l'idée que ces parents ont des ressources qu'il faut mettre en lumière.

On retrouve aussi ces notions évoquées dans la partie théorique :

- le décalage entre les normes institutionnelles et les repères familiaux
- les projections parentales qui diffèrent d'un enfant à l'autre de la fratrie
- l'idée que les enfants aient pu vivre des traumatismes en conséquence de défauts de parentalité (violence notamment)
- une surprotection maternelle qui vient interroger à la fois une crainte de « l'extérieur », une culpabilisation de ne pas trouver toutes les réponses pour ses enfants, ou encore l'absence d'une fonction paternelle (soit une fonction de tiers) auquel cas l'I.E.A. vient s'introduire dans une relation duelle.

La question de la culpabilité est importante, puisque quelqu'un qui ne sent pas en faute ne ressentira pas cette culpabilité. Les référents des familles semblent être là pour gérer cette culpabilité, c'est-à-dire la dévoiler lorsqu'elle est cachée pour pouvoir travailler dessus, mais aussi dans certains cas très pathologiques, en faisant peut-être émerger cette culpabilité avec la loi comme appui (signalement en cas de maltraitance avérée par exemple).

Le témoignage de l'orthophoniste met en avant l'individualité de l'enfant, justement dans l'optique de lui offrir un espace bien à lui, dénué de toute connotation familiale. Ainsi, l'enfant « extrait » du système familial auquel il appartient peut faire émerger une demande plus personnelle dans sa prise en charge, pour lui-même. C'est également l'occasion pour lui de s'ouvrir à un mode relationnel autre, ce qui fait appel à une certaine adaptabilité (qui, nous l'avons vu, est souvent faible dans le cas d'une déficience intellectuelle). Si des frères et sœurs présentent des troubles proches, l'accueil d'une personne porteuse d'un symptôme se doit pourtant d'être individuelle, selon l'éthique de l'I.E.A..

Le positionnement de l'orthophoniste par rapport aux familles est très intéressant puisqu'elle nous indique bien qu'il n'est pas unique mais multiple : nous avons donc affaire à des positionnements., dont les variables sont les troubles de l'enfant, la famille, ... etc. L'idée d'un positionnement sur-mesure est prégnant.

Pour cela, la réflexivité semble de vigueur, et est apportée entre autres par un « rendez-vous d'après réunion ». Ainsi, une réunion d'équipe est utile après la rencontre avec la famille, afin de garder une cohésion dans l'équipe par rapport à cette famille, mais aussi pour mettre à plat les ressentis personnels.

L'ouverture à divers courants se fait sentir, bien que la trame choisie par l'I.E.A soit celle de la thérapie familiale systémique.

Finalement, les institutions de type I.E.A viennent se situer comme intermédiaires entre les familles et la société, pour trouver un ajustement qui pourrait correspondre aux deux. C'est bien là que l'on place la dimension de soin : le soin semble être l'ajustement aux enfants et aux familles, pondéré par une demande d'investissement de ces enfants et parents de la part du centre de soin. La position de ces institutions paraît délicate, car il s'agit de trouver un juste milieu entre un désir de non jugement des familles et un souhait de compréhension des troubles, entre la priorité du bien être de l'enfant et son inscription dans la société et ses normes.

VIII - Réponses au questionnaire en ligne

7.1 Présentation du questionnaire

Voici le questionnaire tel qu'il était présenté en ligne, sur Internet :

Questionnaire aux orthophonistes

Bonjour,

Étudiante en école d'orthophonie, je souhaiterais compléter le protocole de mon mémoire par le questionnaire ci-dessous. Le sujet du mémoire est le suivant:

La position de l'orthophoniste en situation de prendre en charge des frères et sœurs présentant une déficience intellectuelle d'étiologie soupçonnée "environnementale".

J'ai tout d'abord étudié les dossiers de plusieurs fratries suivies dans un I.M.E, puis j'ai rencontré les référents des familles et interrogé l'orthophoniste ayant pris en charge les enfants concernés. Cependant, l'idéal serait d'obtenir un nombre plus conséquent de témoignages. En effet, les réponses recueillies à l'I.M.E sont très intéressantes mais restrictives à un seul établissement. Je remercie vivement tous les orthophonistes qui, travaillant auprès d'enfants présentant une déficience intellectuelle d'étiologie dite « environnementale », accepteront de répondre à ce questionnaire. Les données sont bien sûr anonymes. M. Billaud

*Obligatoire

Vous travaillez, ou avez travaillé, auprès d'enfants présentant une déficience intellectuelle d'étiologie soupçonnée "environnementale" (carences éducatives ou affectives par exemple, rien d'organique ou de génétique n'étant objectivé). Dans quel type de lieu: activité libérale, I.M.E., S.E.S.A.D. ...? *

L'établissement (ou cabinet) dans lequel vous travaillez a-t-il été en situation de recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie? Nous désignons par "fratrie élargie" les demi-frères, les quasi-frères ou les enfants élevés ensemble. *

- ☐ NON
- ☐ OUI, des enfants de fratries strictes
- ☐ OUI, des enfants de fratries élargies

Si oui, qu'avez-vous fait?

	J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant	Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi	J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres	Autre
Pour la fratrie 1					
Pour la fratrie 2					
Pour la fratrie 3					
Pour la fratrie 4					
Pour la fratrie 5					
Pour la fratrie 6					
Pour la fratrie 7					
Pour la fratrie 8					
Pour la fratrie 9					
Pour la fratrie 10					
Pour la fratrie 11					
Pour la fratrie 12					
Pour la fratrie 13					
Pour la fratrie 14					
Pour la fratrie 15					

A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention? *

Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des liens avec les troubles de l'aîné...)?

Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

Dans votre pratique, êtes-vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

Le questionnaire a été envoyé aux syndicats régionaux, qui l'ont fait suivre à leur mailing list. La plateforme GoogleDoc a été utilisée, car elle permettait de poser à la fois des questions fermées et des questions ouvertes. Elle proposait également de rendre les questions obligatoires ou facultatives.

Le critère unique choisi pour répondre au questionnaire fut le suivant : avoir suivi au moins un enfant présentant une déficience intellectuelle d'étiologie environnementale. En effet, ce n'est pas le critère fratrie qui a été sélectionné, car la problématique familiale des fratries qui présentent une déficience intellectuelle d'étiologie génétique (par exemple) n'est pas du même ressort.

Enfin, l'ouverture du questionnaire aux orthophonistes n'ayant jamais suivi plusieurs enfants d'une même fratrie m'a semblé intéressante : était-ce un choix d'avoir refusé de suivre des frères et sœurs, ou était-ce un cas de figure qui ne s'est jamais présenté ? Auquel cas, que feraient-ils si la situation arrivait ?

- La première question concerne le lieu d'exercice. En effet, il m'est apparu judicieux d'ouvrir la réflexion aux orthophonistes exerçant en libéral, afin de comparer les ressemblances et dissemblances possibles de point de vue. C'est une question obligatoire, non seulement pour exclure toute personne non orthophoniste, mais aussi pour situer quelle type d'exercice sous-tend les réponses.

- La seconde question concerne le type de fratries suivies. Il s'agit par là de signaler aux orthophonistes qu'elles peuvent répondre sans avoir suivie de fratrie, mais aussi que l'on n'exclut pas les fratries recomposées. Cette question est également obligatoire, car il est bien sûr primordial de savoir si l'orthophoniste a été en situation ou non de recevoir des fratries.
- La troisième question, sous forme de tableau, permet de connaître le nombre de fratries suivies, et les réactions concrètes des orthophonistes lorsqu'on leur suggère de suivre des frères et sœurs.
- La quatrième question traite de la spécificité de la situation qui est de recevoir des frères et sœurs : justement cette situation est-elle particulière aux yeux des orthophonistes ? Si oui, en quoi ? Quant aux orthophonistes qui n'ont jamais suivi de fratrie, c'est ici l'occasion de recueillir leurs projections sur le sujet.
- Les cinquième, sixième et septième questions interrogent respectivement la relation aux enfants suivis, aux parents, et aux autres professionnels concernés, lorsqu'il y a prise en charge de frères/sœurs.
- La huitième question est un espace d'expression libre, qui laisse place aux interrogations, aux anecdotes qui marquent (et pourquoi), à ce qui interpelle les orthophonistes dans ces situations.
- Enfin la dernière question vient interroger la théorie qui sous-tend la pratique, pour observer ou non des liens entre des réponses types et des approches spécifiques, ou encore pour déceler des approches prédominantes, ou au contraire l'inexistence d'ancrages théoriques. En outre, cette question permet d'observer lequel de la déficience intellectuelle, de l'étiologie environnementale, ou de la fratrie, est le plus sujet à des formations ou approches théoriques.

Voici les vingt-sept réponses recueillies à ce jour. Il n'est pas exclu d'en recevoir d'autres dans les prochains mois, car les syndicats régionaux peuvent parfois attendre une commission annuelle ou semestrielle, ou autre, pour transmettre les questionnaires. De même certains orthophonistes peuvent ne pas répondre immédiatement. Nous noterons tout de même qu'aucune réponse n'a été reçue depuis plusieurs semaines, on peut donc considérer que la plupart des orthophonistes souhaitant répondre l'ont fait.

7.2 Transcription des réponses

Orthophoniste : 1

Question 1 : Lieu d'exercice

Libéral

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

- *oui des enfants de fratries strictes*
- *oui des enfants de fratries élargies*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes						X									
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant		X	X	X	X										
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi	X														
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

à ce que chacun ait son temps à lui (ne pas parler du frère ou de la sœur avec les parents ce jour-là, si possible ne pas coller les 2 séances, ...)

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

oui, anamnèse plus rapide car les parents connaissent déjà la démarche orthophonique, sont déjà dans une relation de confiance et je suis en "terrain connu" puisque je connais déjà la famille

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

les parents me semblent plus facilement faire confiance. Le second enfant pris a vu les résultats positifs de son frère ou de sa sœur et vient volontiers, les parents aussi, et ce malgré l'investissement "double" que cela leur demande.

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

Possibilité d'échanges très constructifs avec ma collaboratrice surtout.

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

4 des suivis de fratries pour 2011/2012 concernaient des jumeaux. Pour 2 de ces suivis nous avons fait quelques séances à 4 (2 enfants et 2 orthos), séances relatives au tour de rôle et à la place de chacun des jumeaux; ces séances restent gravées dans ma mémoire pour les prises de béc et les fous-rires auxquels elles ont donné lieu.

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

-

Orthophoniste : 2

Question 1 : Lieu d'exercice

libéral

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X														
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant															
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

j'attache de l'importance à l'anamnèse et aux troubles que présentent les enfants

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

absolument! connaissant la problématique de la famille, il est plus facile de cerner au plus près les troubles et de faire faire les examens complémentaires qui semblent indispensables pour établir un diagnostic.

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

Lorsque l'on reçoit plusieurs enfants de la même famille, les rapports qui s'établissent avec elle, sont forcément plus nombreux et plus profonds, nous sommes amenés à lui faire prendre conscience de certains comportements à propos desquels la famille pourrait bien avoir un impact.

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

En libéral, il n'y a pas la possibilité d'en discuter en équipe, néanmoins, je cherche des relations avec les instituteurs, la psychologue scolaire, les différentes institutions où sont allés les enfants.

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

J'exerce en Guyane et j'ai remarqué dans ma patientèle, des familles d'origine brésilienne et haïtienne, dans lesquelles les garçons de chaque famille ont ce genre de problématique alors que les filles sont bonnes élèves.

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

Dans ma pratique, j'ai plus la sensation de faire du "défrichage" que de la rééducation au sens strict du terme. En effet, nous sommes en face de presque toutes les pathologies, mis à part les troubles neurologiques.

Orthophoniste : 3

Question 1 : Lieu d'exercice

SESSAD

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

- oui des enfants de fratries strictes

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X														
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant			X	X											
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi		X													
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

Je prends chaque enfant comme il est, que je connaisse ses frères et sœurs ou pas. Je fais cependant attention à expliquer à chacun ce que je fais avec ses frères / sœurs.

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des liens avec les troubles de l'aîné...)?

Oui, je fais des liens avec les troubles des enfants plus grands, je suis vigilante aux ressemblances (par exemple la présence de confusions de sons). J'ai ainsi accompagné une fillette lors de son CP : elle présentait un retard de parole / langage et sa sœur aînée des éléments de dyslexie phonologique ; j'ai donc fait attention - en partenariat avec la maîtresse - à ce que la fillette ne développe pas de confusions de sons lors de son CP.

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

Oui, il est toujours plus simple, à mon sens, de travailler avec des gens qu'on connaît et qui nous connaissent. La confiance est là, et on peut se dire les choses pour construire un projet ensemble.

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

Pas forcément. Nous avons une fratrie de deux garçons dysphasiques / dyslexiques, ce qui nécessite pas plus d'échanges (avec les autres professionnels du SESSAD). Nous avons une fratrie de trois sœurs, qui répondent bien à votre mémoire, à savoir une déficience intellectuelle d'étiologie "environnementale", une situation sociale complexe, donc plus d'échanges au sein de l'équipe, notamment avec les éducateurs et l'assistante sociale.

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

En septembre, je débute l'accompagnement d'une fillette dont je suis déjà les deux sœurs aînées. Moi ça ne me dérange pas, mais certaines personnes se posent des questions quant à suivre plusieurs enfants d'une même fratrie. Je ne vois pas pour l'instant (je suis une jeune professionnelle) où est le problème.

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

Le courant cognitif, et la formation GEPALM.

Orthophoniste : 4

Question 1 : Lieu d'exercice

Libéral

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X														
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant															
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

à ne pas prendre en charge les enfants l'un immédiatement après l'autre, à ne pas mélanger les prises en charge, attention à la compétition

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

-

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

je n'ai pas l'impression, plutôt avec les enfants

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres

de l'équipe?

pas dans mon cas, je dirais qu'il m'a fallu pointer du doigt l'enfant qui était le moins en difficulté pour qu'il soit également pris en charge. Chaque prise en charge est individuelle.

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

je trouve qu'il est plus facile de travailler sur/avec le vécu de l'enfant car ensemble, ils nous donnent plusieurs points de vue sur leur situation.

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

sans doute.

Orthophoniste : 5

Question 1 : Lieu d'exercice

ITEP et SESSAD

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

- oui des enfants de fratries strictes*
- oui des enfants de fratries élargies*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X														
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant		X													
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi			X												
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une

fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

Si possible, je ne le fais pas...,mais si impossible de faire autrement, pas de R.V. le même jour... Ne pas accepter que la mère ou l'accompagnant permute les R.V., Être vigilante aux questionnements de l'un des deux de la fratrie quant à la P.C. de l'autre... Garder à l'esprit les objectifs respectifs des P.C., ne pas utiliser le même matériel...

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

Pas été dans ce cas...

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

Oui, indéniablement et même en décalé...Les parents souvent, établissent ou cherchent à établir des comparaisons...Ils ont de ce fait une certaine assurance, certains se sentant en terrain connu... C'est comme si cela représentait une confiance renouvelée accordée à l'orthophoniste...L'histoire de la famille est plus volontiers confiée...

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

Oui, en ITEP, les équipes sont souvent obligées de travailler plus "finement" parce que ce genre de situations mobilise plusieurs équipes (assistantes sociales de secteur, lieux de vie, familles d'accueil, AEMO, ASE etc.)

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

Je pense qu'une orthophoniste en libéral est plus en difficulté face à ce type de prise en charge... qu'elle ne peut pas toujours éviter, bien sûr... Pour moi, le travail avec les fratries a plus de chances d'aboutir lorsqu'il s'agit d'équipes pluridisciplinaires... Psychanalyse, Programme d'Enrichissement Instrumental de Feuerstein,

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

Psychanalyse, Programme d'Enrichissement Instrumental de Feuerstein, Art-Thérapie.

Orthophoniste : 6

Question 1 : Lieu d'exercice

Libéral

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

- *oui des enfants de fratries strictes*
- *oui des enfants de fratries élargies*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes		X													
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant			X	X											
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres	X														
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

la relation dans la fratrie est primordiale, les aînés stimulant les benjamins. je reçois des enfants de personnes intellectuellement déficitaires et lorsque la relation parentale est bonne et que le fratrie est soudé, pas de souci massif, juste un signalement de l'ASE ou d'une ASS. les situations les plus lourdes sont celles où l'aîné est handicapé lourd et où les parents sont dans le déni. je fais aussi attention à la manière avec laquelle les parents portent leurs enfants au cabinet, quand je ne les vois jamais et que j'ai avec eux une relation par post-it, je sais que les PEC seront laborieuses

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

chaque enfant a SA place, SON créneau si possible, mais je ne peux pas occulter "les disputes", les failles familiales.

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

pas spécialement...

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

oui, lors des équipes édu, je me permets de parler de la famille et pas seulement de l'enfant. la communication, l'investissement scolaire, les projections est un fait familial

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

confusion des prénoms, enfant n'ayant pas sa place à la maison (pas de lit fixe par ex.), enfant oublié au centre aéré, enfant oublié au cabinet des heures durant (jusqu'à 4h d'attente, un repas de midi pris avec l'enfant et une quinzaine de coups de fil...)

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

l'orthophonie est une, je pioche dans ts les courants

Orthophoniste : 7

Question 1 : Lieu d'exercice

IME

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X														
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant		X													
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi			X												
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

ne pas laisser place à la confusion. faire prendre conscience de l'unicité de chaque relation thérapeutique.

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

il faut s'efforcer d'accueillir le cas nouveau comme individualisé, mais forcément comme membre d'un système familial !

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

oui, d'autant plus dans une prise en charge institutionnelle, évidemment pluri-disciplinaire...

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

la prise en charge pluri-, ou trans-disciplinaire, se fait nécessairement dans une démarche globale, et souvent sociale

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

-

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

prise en charge systémique et familiale, mais sans négliger les vertus du "colloque singulier" et de la relation transférentielle !

Orthophoniste : 8

Question 1 : Lieu d'exercice

Libéral

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes															
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant															
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre	X														

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

veiller à ce que l'un des enfants ne vienne pas envahir l'autre, en présence mais aussi en absence, c'est à dire symboliquement. mais aussi faire exister l'autre enfant si cela est nécessaire pour celui avec qui l'on se trouve. L'essentiel est de respecter ce qui permet de nouer, entretenir, faire évoluer la relation thérapeutique.

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

l'enfant, non mais le ou les parents oui, la relation est déjà instauré avec eux, il s'agit d'un changement d'angle

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

non

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

non

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

2 sœurs jumelles que je suivais pour lesquelles quand une progressait l'autre stagnait, voire régressait. Je me suis donc interrogée sur l'influence que je pouvais avoir dans cet effet de vases et j'ai donc proposé à ma collègue de prendre une des 2 jumelles. Les mêmes effets ont été observés.

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

multiples courants

Orthophoniste : 9

Question 1 : Lieu d'exercice

Libéral

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes		X	X	X	X										
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant	X														
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

A garder hermétique ce qui se passe avec chacun. Je ne parle jamais d'un enfant à l'autre enfant. Avec les parents, je ne parle que d'un enfant à la fois. chaque fois que c'est possible, je les reçois des jours différents.

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

J'imagine que ce que je connais de l'histoire familiale a une influence sur mon approche. Mais, je ne fais pas de comparaison entre enfants. Ce que je remarque, ce sont les attitudes des parents avec leur enfant. Ainsi que les efforts qu'ils font pour l'aider, même quand ces efforts sont peu adaptés avec l'âge ou la personnalité de l'enfant.

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

Un peu. On entre plus dans leur quotidien. On devient l'orthophoniste de la famille, donc un familier. Cela demande de notre part de la distance et d'être au clair avec notre fonction.

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

Pas forcément parce que les autres membres de l'équipe, en libéral, ont eu l'occasion d'apprendre des choses que les parents ne souhaitaient pas nous dire et, sous couvert du secret professionnel (qui est la chose la plus partagée par les enseignants, médecins, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens...), certains

balacent tout ce qu'ils savent sur la famille. Cela nous met en porte à faux.

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

-

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

PRL et GEPALM/COGI'ACT.

Orthophoniste : 10

Question 1 : Lieu d'exercice

IME, CMP, libéral, CAMSP

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes				X											
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant	X	X			X	X	X								
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi			X												
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

a bien faire la différence entre les deux enfants, dans l'accueil de l'enfant comme celui des parents.

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des liens avec les troubles de l'aîné...)?

Oui en prenant en compte la problématique familiale et en prenant en compte les troubles de l'aîné, surtout pour dire à l'enfant et aux parents que ce ne sont pas les mêmes personnes et donc pas la même histoire ou trouble

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

Oui il me semble. J'ai reçu une maman avec son plus jeune enfant, l'aîné étant suivi par ma collègue. Elle avait rencontré la psychiatre du service, un premier puis un deuxième orthophoniste. Mais c'est lorsque j'ai accueilli le petit dernier encore plus lourdement en retard, qu'elle s'est vraiment confiée et a réussi à s'impliquer davantage dans son rôle de maman. notamment dans l'étayage verbal donné à ses enfants (elle ne leur parlait quasiment pas auparavant).

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

Oui, plus d'implication et plus de liens dans l'équipe

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

-

Question 9 : Dans votre pratique, êtes-vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

oui, formation cogiat', Makaton mais aussi influence du milieu très psychanalytique au CMP.

Orthophoniste : 11

Question 1 : Lieu d'exercice

Non

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes															
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant															
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

j'ai reçu des enfants de même fratrie mais aucun ne présentait de déficience intellectuelle environnementale. Je ne rentre donc pas dans vos critère de sondage mais vous avez demandé de le préciser donc voici :) Cela dit j'accepte rarement d'accueillir des enfants d'une même fratrie pour éviter que les parents ou les enfants entre eux ne compare la prise en charge, la progression etc. ceci étant selon moi plus contre-productif qu'autre chose. De plus pour moi j'ai plus de mal à m'investir de façon spontanée et pleine lorsque j'ai des frères et sœurs.

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

-

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

-

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

-

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

-

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

-

Orthophoniste : 12

Question 1 : Lieu d'exercice

activité libérale

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X														
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant		X													
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre			X												

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

a accorder le même temps à chacun et un rendez-vous individuel

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

oui, je tiens compte de l'histoire familiale

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

Oui, on a une idée différente de la famille

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

oui parfois

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

l'influence d'un enfant sur l'autre

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

-

Orthophoniste : 13

Question 1 : Lieu d'exercice

activité libérale

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes		X													
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant	X		X	X											
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

à bien dissocier les prises en charge, à ne pas parler du frère et à prêter attention à l'enfant présent, lui accorder une vraie place

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

Oui, je connais déjà la maman et son frère, donc le lien de confiance est déjà assuré et l'enfant se met plus vite au travail

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

Oui cf plus haut

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

-

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

-

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

Accompagnement parental à la carte I. Barbier, Réorganisation neuro-fonctionnelle, DNP, Contes, piano, comptines

Orthophoniste : 14

Question 1 : Lieu d'exercice

libéral

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

- *oui des enfants de fratries strictes*
- *oui des enfants de fratries élargies*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X														
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant															
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

l'important est que chacun est un espace/temps bien différencié. L'espace peut être ouvert selon la demande, les besoins de l'enfant pris en charge à des remarques sur la fratrie. Mais je ramène toujours le "travail" à l'enfant en séance : c'est à lui que je m'adresse, lui en tant que personne spécifique dans la dynamique familiale

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des liens avec les troubles de l'aîné...)?

je pars d'abord de l'enfant et s'il y a des similitudes la réflexion s'inscrit dans un contexte élargi connu

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

Ça dépend des familles et de la dynamique intrafamiliale. Les parents peuvent gagner en aisance face à un interlocuteur qu'ils connaissent déjà et il est parfois plus facile de les amener à avoir un regard différent sur chacun de leurs enfants, tout en conservant la notion de fratrie

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

Plus de "ménage" à faire pour éviter de tomber dans des soit disant évidences qui n'en sont pas.

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

j'ai travaillé avec un garçon trisomique. 2 ans plus tard, j'ai reçu sa sœur parce que les parents me connaissant avaient moins de réticence à entreprendre cette démarche. Il me semble que l'enfant trisomique, jusqu'alors à l'écart, à trouver une vraie place dans la fratrie (je perçu, vécu en tant que frère et non plus seulement en tant qu'enfant trisomique)

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

Courant neuropsychologique qui m'apprend à mieux faire le lien entre les spécificités liées à un type de fonctionnement cognitif et la dimension psychologique, affective. Chassagny avec cette prodigieuse approche sans jugement ni interprétation dans des activités qui, pour moi, sont des activités ressources apportant de la résilience (boris Cyrulnik)

Orthophoniste : 15

Question 1 : Lieu d'exercice

hopital(service "CMPP")+libéral

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– oui des enfants de fratries strictes

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X	X	X	X											
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant															
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

conserver OU mettre en place une place pour chacun qui a quoi" en plus" en somme chercher le positif pour valoriser chacun aux yeux des autres + aux yeux des parents

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

en cherchant le plus possible (et la plupart du temps il faudra "créer") le petit plus qui va différencier pour donner ou créer"un positif aux yeux des parents pour valoriser aussi ces derniers "ah mais chez nous , on est comme ça" ça recouvre aussi bien du caractériel, colérique ou bien "on est gitans, paysans etc , toutes les excuses sont bonnes pour "expliquer"

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

il faut passer encore plus de temps avec un dialogue constructif et c'est pas donné !! car le niveau de compréhension est biaisé par les discussions dans le couple et vos paroles reviennent dans un état que vous ne reconnaissez plus... "ah mais si , c'est toi qui l'a dit" au lieu de" j'ai interprété comme ça"

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

beuh..... à l'époque , je crois bien me souvenir que c'était bien moi, l'ortho qui amenait une stratégie ou des détails.... vous rêvez là non ? la spécialiste de la parlotte communicante , c'est qui d'après vous?? vous êtes fixée quand vous avez vu la psy et l'éduc penchées sur ce que tape la secrétaire et que vous comprenez que ces dames attendent votre compte rendu pour finir le leur..!! ensuite c'était en libéral et discussions avec des copines pour s'éclaircir les idées , parler pour structurer

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

la difficulté avec les gitans ou les arabes (sans racisme aucun)"nous on est comme ça" et qui arrêtent la prise en charge " non, non , on n'a pas arrêté mais.... ad libitum pour la grosse excuse la gitane à qui je demandais de la discipline et qui a arrêté parce que devant moi l'enfant jette un papier par terre et ce sont ou les sœurs ou la mère qui "doivent "le ramasser

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

je ne vois pas..... quand à l'attitude psychologique à avoir à tenir heu vous avez une formation au jour d'aujourd'hui??? vous pouvez m'appeler au 0. si vous voulez des détails qui me reviennent au fur et à mesure que vous m'y faites penser et comme une ortho , c'est bavard.....!!

[Pour garder l'anonymat annoncé, le numéro de téléphone indiqué a été effacé]

Orthophoniste : 16

Question 1 : Lieu d'exercice

activité libérale

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

- oui des enfants de fratries strictes

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes															
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant	X														
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

à bien différencier les places de chacun. à bien "démêler" dans le discours des parents, ce qui concerne l'un ou l'autre des enfants (souvent amalgame)

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

en général oui.

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

Oui, on n'est pas vécu par la famille de la même façon, surtout quand il s'agit de suivi long, et pour ce type d'enfants c'est généralement le cas

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

dans mon cas, en libéral avec 2 orthophonistes pour 2 soeurs, ça "oblige" à des échanges fréquents avec l'autre ortho

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

des prises en charge "marquante", il y en a tous les jours, d'autant plus quand la déficience est environnementale: ça donne une responsabilité particulière à notre intervention dans tout ce qui va favoriser la relation et la communication entre frère et soeur et plus largement au sein de la famille: il y a un "gros travail à faire dans ce domaine autour de l'enfant " pris en charge

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

*la Pédagogie Relationnelle du Langage- La Dynamique Naturelle de la Parole.
la Gestion Mentale*

Orthophoniste : 17

Question 1 : Lieu d'exercice

libéral

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

- oui des enfants de fratries strictes
- oui des enfants de fratries élargies

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X	X	X												
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant															
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi					X										
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre				X											

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

ne pas comparer les enfants ,ne pas parler d'un enfant devant un autre. Néanmoins il m'est également arrivé

de rassurer un enfant en grande difficulté en lui montrant que sa sœur plus âgée a traversé les mêmes épreuves et a réussi à les surmonter (apprentissage de la lecture)

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des liens avec les troubles de l'aîné...)?

oui , tout en restant vigilante /aux pré supposés...D'autre part lorsque les pb de l'aîné ont été dépistés tardivement ,je suggère aux parents un bilan de contrôle plus précoce pour les enfants suivants...

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

oui .C'est d'ailleurs souvent la demande de la famille qui souhaite que l'on s'occupe d'un autre enfant lorsque le rapport de confiance est déjà établi.On gagne du temps pour la seconde prise en charge...auprès des parents et auprès de l'enfant à qui on est présenté comme qqun à qui il peut faire confiance.

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

pas nécessairement ...

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

Mathieu placé en famille d'accueil .Prise en charge à 7 ans en CP (maintien en grande section de maternelle) considéré comme largement déficient (ne savait même pas écrire son prénom en capitale et comptait jusqu'à 3...).Prise en charge 2 séances par semaine:Mathieu savait lire et écrire à la fin de l'année alors qu'il avait été progressivement déscolarisé à cause de troubles du comportement ...Donc pour ma part grande méfiance devant ces parfois pseudo-déficiences : lorsque que l'enfant est stimulé dans un environnement sécurisant , on peut être étonné des capacités insoupçonnées dont il peut faire preuve .Évidemment , il ne s'agit pas de croire que l'on fera un miracle à chaque fois mais de ne pas non plus "condamner " l'enfant trop tôt ,comportement que l'on trouve un peu trop souvent dans le milieu scolaire lorsque l'enfant est issu d'un milieu socio -culturel très défavorisé...

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

rien en particulier

Orthophoniste : 18

Question 1 : Lieu d'exercice

I.M.E.

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

- oui des enfants de fratries strictes
- oui des enfants de fratries élargies

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X	X	X	X	X	X									
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant							X	X	X	X	X	X	X	X	X
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

En premier lieu à ce qu'il n'y ait pas d'interférences entre les deux prises en charge : refus de parler du frère (ou de la sœur) déjà suivi(e), en faisant sentir que la séance d'orthophonie est un moment réservé à l'enfant ou adolescent qui est là. En étant donc plus à l'écoute des difficultés propres à chacun, que des points communs, au moins dans le temps de la prise en charge.

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

Non à priori je ne crois pas, mais c'est difficile à mesurer. Je m'attache à la particularité de chacun. Mais j'ai l'impression d'aller plus vite pour faire connaissance avec l'enfant. Par contre, quand il s'agit d'une famille où le français n'est pas la langue parlée à la maison, je fais encore plus attention dans l'évaluation du langage oral, particulièrement en compréhension, si l'aîné a eu un déficit d'acquisition important.

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

Parfois, les parents se sentent plus à l'aise rapidement.

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

Les échanges avec les autres professionnels plus ou moins nombreux dépendent plus des difficultés rencontrées avec l'enfant. Ce qui change un peu c'est dans le contenu des échanges, on peut apporter plus d'éléments pour décrire la particularité de chaque enfant. La connaissance du milieu familial peut aider l'ensemble de l'équipe à mieux comprendre l'histoire de chaque enfant.

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

Quand il y a deux orthophonistes dans le même établissement, c'est très appréciable de voir chacune un enfant de la fratrie, surtout quand ces prises en charge sont simultanées. Cela ne me dérange pas du tout de suivre des enfants de la même fratrie dans des périodes différentes, ou dans des lieux différents, (cela m'est arrivé dans une annexe de l'IME située à 35 km de l'établissement principal).

Question 9 : Dans votre pratique, êtes-vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

J'ai été influencée par l'analyse et le regard portés par les psychiatres et psychologues avec lesquels je travaille, notamment la psychanalyse, et la psychothérapie institutionnelle. Je suis aussi influencée par la linguistique, et par le travail avec et sur les contes.

Orthophoniste : 19

Question 1 : Lieu d'exercice

Activité libérale

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes								X							
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant							X								
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi	X		X			X									
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres		X		X	X										
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

la place de chacun

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

pas forcément, tout dépend de l'enfant. Certains ont des traits communs, d'autres sont différents. L'important c'est de leur donner une place à chacun. Pas la même place, chacun sa place, sa personnalité.

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

non

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

je ne sais pas

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

Pourquoi nos prises en charge sont-elles restreintes à un enfant par fratrie?

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

non, c'est un mélange d'influences et de pratiques qui me permettent de piocher, de choisir en fonction du cas.

Orthophoniste : 20

Question 1 : Lieu d'exercice

libéral

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes															
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant	X	X	X	X	X	X									
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

Je pense ne pas prendre des enfants de la même fratrie mais dans l'hypothèse, ne pas parler de l'un à l'autre, ni du contenu des séances pour garder l'endroit unique et privilégié

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

-

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

-

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

oui, notamment sur la problématique familiale

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

-

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

cogi'act et la psychanalyse !

Orthophoniste : 21

Question 1 : Lieu d'exercice

activité libérale

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X														
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant															
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

lorsque j'ai pris deux enfants d'une même fratrie , il s'agissait de jumeaux hétérozygotes déficients intellectuels, placés dans une famille d'accueil dès la sortie de la maternité à cause de la carence éducative des parents par rapport aux deux aînés. Il s'agissait de considérer chaque enfant dans son individualité et non par rapport à son jumeau ou sa jumelle.

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

je les ai reçus à la même période car seule orthophoniste disponible à cette époque (il y a vingt ans).

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

il ne s'agissait pas des parents mais de la famille d'accueil, le rapport à cette famille ne me semble pas avoir été différent que celui qui aurait existé si j'avais suivi un seul enfant.

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

étant donné qu'il s'agissait d'un exercice en libéral, les liens qui existaient étaient celui avec les enseignants et celui avec l'éducatrice qui était chargée de leur suivi. Il me semble que les relations auraient été identiques dans le cas d'une prise en charge unique.

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

si la demande de prise en charge se faisait maintenant, je demanderai aux parents de consulter un(e) collègue pour l'un des deux enfants. J'ai suivi pendant très longtemps ces deux enfants et si cela peut être considéré comme marquant, je me souviens que les enseignants étaient surpris des résultats obtenus par ces élèves eu égard à leur niveau intellectuel et en comparaison avec leurs aînés qui pour l'une n'avait pas bénéficié de prise en charge orthophonique et pour l'autre n'en avait bénéficié que tardivement. Outre la prise en charge orthophonique, ils étaient très bien suivis par leur famille d'accueil .

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

Toute formation amène de nouvelles connaissances donc permet d'évoluer dans la pratique mais je n'ai pas fait de formation spécifique relative à la déficience intellectuelle

Orthophoniste : 22

Question 1 : Lieu d'exercice

activité libérale

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes			X												
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant	X	X													
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

*De ne pas trop évoquer la prise en charge de l'autre enfant afin de respecter leur confiance et intimité.
Également ne pas comparer les deux enfants auprès des parents*

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

bien sûr, tout en ayant en tête quand même que chaque enfant reste différent

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

je ne pense pas

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

Oui, notamment avec l'équipe pédagogique qui en général connaît assez bien la famille

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

-

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

la formation COGI'ACT qui au final aborde non pas seulement un aspect logico-mathématique mais prend en compte la globalité de l'enfant et de ses interactions

Orthophoniste : 23

Question 1 : Lieu d'exercice

ime et libéral

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

- *oui des enfants de fratries strictes*
- *oui des enfants de fratries élargies*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X	X		X											
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant															
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi			X		X										
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

je passe de toutes façons bcp de temps à parler avec les parents, ou celui des parents qui accompagne l'enfant.

ces parents sont souvent ds le déni : c'est pas grave, c'est la maîtresse qui ne nous aime pas, ou qui nous persécute, etc...donc il faut créer une relation de confiance, avant de pouvoir faire bouger l'enfant.

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

les bras m'en tombent (d'impuissance) surtout qd Madame est enceinte du suivant, les 3 premiers étant déjà en IME... souvent monsieur ou Madame sont eux aussi passés par l'institution, parfois la même, on a vu d'anciens élèves reconnaissants nous amener leur enfant. signe de confiance, oui, mais de réussite???

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

pour moi il s'agit d'un travail à assumer, pour les familles on peut avoir l'air d'une rivale qui saurait faire et capterait les enfants, ou bien on peut être traité comme une sorte de tati bienveillante. les deux pouvant soit empêcher de travailler, soit au contraire ouvrir une possibilité de travail avec l'enfant. travaillant en zone rurale, j'ai souvent été obligée de recevoir plusieurs enfants d'une même famille : si ça ne pose pas de problème aux enfants, à moi non plus. ça permet de travailler sur les rivalités entre eux, le secret médical, la différence, etc

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

les infos de l'AS sont très importantes, bien sûr. fratrie ou pas, les individus que nous recevons sont tous des sujets uniques, et là se situe notre travail.

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

j' en aurais bcp, mais pas le temps

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

psychanalyse (Lacan)

Orthophoniste : 24

Question 1 : Lieu d'exercice

libéral

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

- *oui des enfants de fratries strictes*
- *oui des enfants de fratries élargies*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes		X													
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant	X														
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres			X												
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

pas de jalousie , ne pas donner les mêmes jours de PEC

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

non je ne crois pas je pense privilégier les possibilités de cet enfant qu'il y ait ou non un lien dans les troubles familiaux

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

le suivi est surement plus intense avec les parents

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

oui quand cela est possible

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

la mère de deux enfants m' a confié qu'elle s'identifiait à ses enfants et venait aussi me voir pour elle à travers eux (jeune mère abandonnée elle même par sa mère!!)

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

oui et non parfois je me sers de la méthode padovan parfois je me ses de mon bon sens et de mes études psy (deug)

Orthophoniste : 25

Question 1 : Lieu d'exercice

Activité libérale

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– oui des enfants de fratries strictes

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X	X													
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant															
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

A la façon dont se comportent les parents avec les enfants et à la façon dont ils leur parlent. Ce qu'ils laissent passer ou pas. En général, ce sont des enfants qui ne sont pas "tenus".

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

J'essaie toujours, même si ce n'est pas toujours facile, d'aborder l'enfant sans être influencée par ce que je connais de l'enfant que je suis déjà. Chaque enfant est différent et ne doit pas hériter de l'idée que l'on se fait de son frère ou de sa soeur.

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

La relation évolue vers plus de confiance.

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

Pas toujours.

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

-

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

Non, pas spécialement, je mélange beaucoup.

Orthophoniste : 26

Question 1 : Lieu d'exercice

libéral

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

- *oui des enfants de fratries strictes*
- *oui des enfants de fratries élargies*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X	X	X	X	X	X									
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant															
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

(question ambiguë) pour l'enfant : situation familiale, milieu socio-professionnel, antécédents familiaux médicaux et environnementaux, place de l'enfant dans la fratrie et dans la famille, scolarité par rapport à ma pratique : différencier les deux enfants, ne pas considérer que l'un présente les mêmes difficultés que l'autre ; attention aux a priori négatifs ; ne jamais les comparer ; encourager les parents à ne pas les comparer.

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des liens avec les troubles de l'aîné...)?

non, du moins pas volontairement

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

peut-être plus de proximité avec les parents, qui se montrent plus ouverts et plus en demande (parfois trop), beaucoup plus en confiance ; parfois un besoin d'éloignement des parents, qui cessent les prises en charge : avoir plusieurs enfants suivis en ortho leur amène des questionnements qu'ils préféreraient sûrement ne pas avoir à se poser ...

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

non pas forcément

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

J'ai commencé à suivre un enfant (2ème d'une fratrie de 4), un jour la maman l'a amené, accompagnée de n°1 et n°3, et j'ai réalisé que la 1ère avait aussi des difficultés du même type, alors que lors du bilan elle m'avait dit que tout allait bien pour ses autres enfants... la maman a demandé un bilan pour sa grande après plusieurs mois. Ce n'est pas impossible qu'elle m'amène aussi n°3 d'ici peu !

Question 9 : Dans votre pratique, êtes-vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

non

Orthophoniste : 27

Question 1 : Lieu d'exercice

IME

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

— *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes															
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant	X														
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi															
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre															

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

A l'histoire familiale, à la maltraitance si elle existe, aux placements inappropriés (but: réunir la fratrie)

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

Oui bien sûr! La problématique familiale est importante ainsi que les relations fraternelles... Chaque enfant de la fratrie perçoit différemment la problématique en fonction de sa place et son rôle dans la fratrie.

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

Tout dépend du niveau intellectuel des parents...

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

Oui bien sûr! C'est primordial! Chaque professionnel a sa propre perception de la situation et du ressenti de l'enfant. Il peut aussi connaître l'enfant depuis plus longtemps. C'est alors très enrichissant de partager nos informations respectives.

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

Une fratrie a été placée dans différentes familles. La situation a été d'autant plus compliquée à gérer entre la problématique familiale et la séparation des 3 sœurs. C'est un double déchirement pour ces enfants qui perçoivent mal le bien et le mal...

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

...

Orthophoniste : 28

Question 1 : Lieu d'exercice

activité libérale

Question 2 : Il/elle a pris en charge des fratries

– *oui des enfants de fratries strictes*

Question 3 : qu'avez-vous fait?

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
J'ai suivi plusieurs enfants de la fratrie, soit pendant la même période, soit pendant des périodes différentes	X														
Nous avons "attribué" un orthophoniste différent à chaque enfant															
Un seul enfant avait besoin d'un suivi en orthophonie et a été suivi		X													
J'ai pris en charge l'enfant dont le besoin de suivi était prioritaire et j'ai refusé les autres															
Autre			X												

Question 4 : A quoi êtes vous vigilant(e) lorsque que vous prenez en charge plusieurs enfants d'une fratrie? Si vous n'en avez jamais reçus, à quoi feriez-vous attention?

Ne pas comparer les enfants. Toujours essayer d'avoir une attitude neutre par rapport à ce type de situation. Les enfants n'ont sans doute pas le même profil ni le même ressenti par rapport à leur vécu. Chacun son rythme , chacun ses potentialités et chacun son histoire.

Question 5 : Lorsque vous recevez un second (ou troisième, ou quatrième enfant...), abordez-vous cet enfant différemment (par connaissance de la problématique familiale, en effectuant des lien avec les troubles de l'aîné...)?

Non, pas spécialement. J'attends d'avoir "LA" version de l'enfant en face de moi . On ne peut que difficilement occulter la connaissance de la problématique familiale mais on se doit aussi de ne pas tout "expliquer" par cela.

Question 6 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie change le rapport à la famille, les relations avec les parents?

Oui, quand un enfant plus jeune vient à son tour voir la même orthophoniste, il est sans doute moins intimidé et appréhende moins le suivi. Au niveau des parents c'est plus difficile à dire mais, globalement, s'ils nous ont fait confiance une fois et que les résultats sont là, ils sont en général "soulagés" de voir qu'on va s'occuper d'un autre enfant .

Question 7 : Est-ce que recevoir plusieurs enfants d'une même fratrie amène à plus d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou avec les autres professionnels qui connaissent les enfants? Questionnements plus nombreux, besoin d'aller chercher des informations auprès des autres membres de l'équipe?

non, pas vraiment car on fait attention à l'individualité de chaque enfant.

Question 8 : Avez-vous une anecdote ou un souvenir particulier au sujet d'une fratrie, une prise en charge qui a été marquante? Des interrogations quant à la prise en charge de frères et sœurs?

non

Question 9 : Dans votre pratique, êtes vous influencé(e) par un courant spécifique, des formations que vous avez suivies?

je ne crois pas. Ma formation se veut "objective", utilisant des normes mais je prends évidemment en compte les facteurs environnementaux, psychologiques..Pour les enfants avec une déficience intellectuelle, on est un peu obligée de "sortir du cadre des normes", tout repose sur l'adaptation et l'adéquation du projet thérapeutique. En cela, le relationnel, la communication et la confiance sont des notions essentielles qui ne relèvent pas d'un courant spécifique. A chaque enfant son projet.

7.3 Analyse des réponses

Question 1 : Sur les 28 orthophonistes ayant répondu au questionnaire, 19 exercent uniquement en libéral, un seul exerce uniquement en SESSAD, et trois exercent uniquement en IME. Un seul a une activité mixte en centre (ITEP et SESSAD), trois ont une activité mixte centre-libéral, et enfin, un orthophoniste a indiqué comme réponse « non ».

Les orthophonistes à l'activité libérale, certes plus nombreux (et étant peut-être plus assidues dans la consultation de leur boîte mail professionnelle, ou ayant plus de possibilités pour répondre à ce genre de questionnaire au cours de leur journée de travail), semblent particulièrement intéressés par ce questionnement sur les fratries. Peut-être est-ce parce que c'est à eux de choisir de suivre ou non des frères et sœurs, sans la tutelle d'une position générale (cf dans les institutions) ?

Question 2 : 9 orthophonistes témoignent avoir été en situation de prendre en charge des enfants de fratries strictes et de fratries élargies, et 18 affirment n'avoir reçu que des enfants de fratries strictes. Une dix-neuvième orthophoniste indique avoir reçu une fratrie stricte, mais en précisant que les enfants étaient suivis pour d'autres troubles qu'une déficience intellectuelle d'étiologie environnementale.

Nous remarquons donc qu'aucun n'a reçu uniquement des fratries élargies. Est-ce parce qu'ils ne sont pas considérés comme formant une fratrie que certains orthophonistes n'ont pas répondu ? Ou est-ce tout simplement une configuration moins fréquente ?

6 des fratries élargies ont été suivies en libéral, 2 ont été suivies par un orthophoniste exerçant uniquement en centre, et 1 a été suivie par un orthophoniste déclarant une activité mixte.

Question 3 : à la question « Qu'avez-vous fait ? » on peut tout d'abord aller voir combien de fratries ont été reçues par les orthophonistes.

20 orthophonistes en ont suivies plusieurs, et 8 déclarent n'en avoir suivie qu'une. On remarque une incohérence, puisque l'un des orthophonistes affirmant avoir suivi des enfants de fratrie stricte et des enfants de fratrie élargie déclare n'avoir finalement suivi qu'une fratrie. Peut-être était-ce une fratrie dont plusieurs enfants étaient des frères germains, et que d'autres enfants de la même fratrie étaient des demi-frères ou demi-sœurs par exemple ? Où est-ce que concernant l'étiologie

environnementale, une seule fratrie a été suivie ?

Sur les 20 orthophonistes qui ont suivi plusieurs fratries:

- un seul orthophoniste a suivi 2 fratries
- six orthophonistes en ont suivi 3
- quatre orthophonistes en ont suivi 4
- neuf en ont suivi 5 ou plus. Dont un qui a rempli les quinze cases : il a, sauf erreur, suivi au moins 15 fratries!

Il serait intéressant de corrélér le nombre de fratries reçues avec le nombre d'années d'exercice, afin de savoir si le fait d'en recevoir peu est relié à une carrière courte.

On remarque cependant que sur les 28 personnes ayant répondu au questionnaire, 19 ont, à priori, rencontré au moins trois fratries d'enfants présentant une déficience intellectuelle d'étiologie environnementale. Ce qui confirme que ce cas de figure est bien une réalité dans la pratique orthophonique. Même en cas d'erreur (si par exemple les orthophonistes ont compté toutes les fratries reçues, quels que soient les troubles des enfants, hors déficience intellectuelle d'étiologie environnementale), l'accueil de fratries est dans tous les cas bien illustré.

Excepté une orthophoniste (qui travaille en IME et qui n'a pris en charge qu'une seule fratrie), toutes les autres personnes travaillant en centre (soit pratique institutionnelle soit pratique mixte) ont accueilli au moins trois fratries. La pratique institutionnelle semble donc très sujette à l'accueil de frères et sœurs.

En ce qui concerne la conduite tenue lors de l'accueil des fratries, nous observons les résultats suivants :

- Sur les 20 orthophoniste qui ont pris en charge plusieurs fratries, 16 ont agi différemment selon les fratries, et seulement 4 ont toujours eu le même conduite : un cas où l'on a attribué un orthophoniste à chaque enfant de la fratrie en exercice libéral, et trois cas (deux libéral, et un exercice mixte) où les orthophonistes ont suivi seuls tous les enfants. Si la première configuration démontre un choix évident de la part des professionnels, la seconde l'est moins : dans certaines zones rurales ou dans certains centres, la possibilité de travailler avec des collègues de même profession n'existe pas. Auquel cas il faut choisir entre suivre plusieurs

enfants, ou n'accepter qu'un enfant de la fratrie et refuser les autres.

Ainsi l'expérimentation de plusieurs configurations de prises en charge semble de vigueur.

- Sur les 106 fratries représentées ici, il y en a 44 dont les enfants ont été suivis par le même orthophoniste, 41 dont les enfants ont eu des orthophonistes différents, et 5 dont l'orthophoniste a choisi de ne prendre en charge que celui dont le suivi était prioritaire.

Pour 12 fratries dont les enfants ont effectué un bilan initial, il s'est avéré qu'un seul membre de la fratrie nécessitait une prise en charge. Ceci met en avant l'idée que, d'après les troubles du frère ou de la sœur, la précaution de faire un bilan pour un enfant est prise. En revanche on ne sait pas si la demande de bilan vient des parents, de l'orthophoniste, de l'école ...

Pour 4 fratries, la case « autre » a été cochée. Peut-être qu'aucun enfant n'a finalement bénéficié de suivi orthophonique, ou que les deux ont été pris en charge conjointement, sur le même temps de séance.

- Concernant les orthophonistes qui n'ont accueilli qu'une seule fratrie, dans presque tous les cas les enfants ont été suivis par la même personne.

Question 4 : Cette question concerne ce à quoi chaque professionnel accorde une importance particulière en situation d'accueil de fratries, soit de façon effective, soit de façon projective, dans le cas où il n'a jamais reçu de frères et sœurs (une seule réponse de type projective est apportée dans le questionnaire).

On relève quatre types de réponses.

→ Les réponses de type A traitent essentiellement de l'individualité des enfants, entre eux, auprès des parents et auprès du professionnel. Le principal étant de faire la différence dans le temps, dans l'espace, mais aussi au niveau symbolique. 15 réponses sur 28 sont de ce type, tous lieux d'exercice et nombre de fratries suivies confondus.

→ Les réponses de type B évoquent en priorité les troubles de l'enfant, la raison de la consultation, sans rapport particulier au frère ou à la sœur. Une seule réponse est uniquement de ce genre.

→ Les réponses de type C indiquent une sensibilité à la question de la relation fraternelle et son influence sur les enfants, en quoi elle peut jouer un rôle, soit dans les troubles soit dans l'orientation vers l'orthophonie. Deux réponses sont uniquement de ce genre.

→ Les réponses de type D portent sur la parentalité ou le comportement parental, et son influence

dans la rencontre, les troubles de l'enfant et dans les relations fraternelles. Quatre réponses sont de type D.

Cependant, cinq réponses sont de type A + C, et une réponse est de type A + B + C + D.

Le plus important semble donc de ne pas faire l'amalgame entre les prises en charges et les enfants (pour 18 professionnels sur 28) mais aussi de prendre en compte le lien fraternel (pour 7 orthophonistes sur 27), et de faire éventuellement le lien avec la problématique parentale (pour 5 orthophonistes).

Les réponses ne présentent pas de corrélations particulières avec le lieu d'exercice.

Question 5 : Il s'agit de la question de l'influence de la prise en charge d'un aîné sur les puînés.

Nous trouvons la encore des réponses qui peuvent être regroupées.

Nous nommerons à nouveau les réponses de type A celles qui traitent de l'individualité des enfants, celles de type C celles qui évoquent l'influence du lien fraternel (l'impression d'être en « terrain connu » avec le puîné), celles de type D celles qui évoquent la parentalité. Nous ajouterons le type E qui aborde la question de la prévention : si un enfant de la famille a des troubles de tel type, alors il faut surveiller les fragilités des frères et sœurs.

→ 4 réponses sont de type A

→ 2 réponses sont de type C

→ 4 réponses sont de type D

→ 3 réponses sont de type AC

→ 5 réponses sont de type AD

→ 1 réponse est de type ACD

→ 3 réponses sont de type ACE

→ 2 réponses est de type CE

→ il y a 5 non réponses ou réponses de type « je ne sais pas »

Soit 16 A, 11 C, 10 D, et 5 E.

Là encore, c'est l'individualité qui prime. Elle est suivie de près par le lien fraternel, qui influence l'orthophoniste dans la rencontre avec le puiné, mais aussi dans la place qu'il accorde à l'écoute autour du lien fraternel (alors parfois inexploré jusque là, lorsque seul l'aîné était connu).

Cependant, le lien aux parents (réponses D) est très présent pour une question qui concerne le lien fraternel. Enfin, l'idée de fragilité familiale n'est pas en reste car elle est évoquée cinq fois.

Concernant les réponses de type C, sur le lien fraternel, elles sont mitigées : certains orthophonistes affirment y prêter attention volontairement, mais d'autres expriment le fait que ce lien se fait malgré eux, sans être sûr que ce soit une bonne chose.

Si l'on souhaite étudier la corrélation entre les réponses à la question 4 et la question 5, on remarque tout d'abord que les personnes n'ayant pas répondu à la question 5 fournissent toutes une réponse de type A à la question 4. Soit sur l'individualité. Celle-ci serait-elle incompatible avec la prise en compte du lien fraternel ?

Seules 4 réponses sont parfaitement corrélées : 3 de type A pour les questions 4 et 5, 1 de type D pour les questions 4 et 5. Ces orthophonistes défendent particulièrement soit l'individualité soit la place de la parentalité dans les troubles des enfants.

Toutes les autres réponses abordent des champs théoriques qui diffèrent entre la question 4 et la question 5. Ainsi, presque tous abordent finalement l'individualité mais aussi le lien fraternel, ainsi que la parentalité.

Les réponses de type D sont souvent développées : soit il s'agit d'une alliance plus forte avec les parents, ce qui est positif, soit on a affaire à un sentiment d'impuissance ou de suspicion envers cette famille.

Question 6 : Il s'agit d'envisager la perception de la famille et la relation aux parents.

On se rend compte que 9 personnes ont déjà abordé ce thème dans la question 5 et 6 l'ont abordé dans la question 4.

Les réponses de type F indiquent une notion de confiance grandissante entre les parents et l'orthophoniste, soit une évolution positive de l'alliance thérapeutique : il y en a 7.

Les réponses de type G indiquent l'idée de changement entre le suivi d'un seul enfant et le suivi de plusieurs enfants de la famille dans le lien au parent. On ne sait pas si le changement évoqué est

positif ou négatif. Il y en a 6.

Les réponses de type H évoquent une complexification des relations, souvent négative. Il y en a une (l'orthophoniste en question préfère d'ailleurs répartir les enfants auprès de professionnels différents pour gérer ce ressenti).

Il y a également trois réponses de type A : chacun dans la famille a son individualité, donc le lien aux parents et à la famille ne change pas, et une réponse de type C : ce qui change est la relation aux frères et sœurs.

Trois réponses sont de type C + F, c'est-à-dire qu'avec le renforcement de l'alliance thérapeutique, les enfants sont en confiance et viennent sans problème en séance, puisque ça s'est bien passé avec le frère ou la sœur.

Enfin, quatre réponses envisagent plusieurs possibilités selon la famille: un renforcement de la relation, ou une altération de la relation (par « ras-le-bol » ou pour ce que renvoie le fait d'avoir plusieurs enfants déficients intellectuels), ou encore la possibilité qu'il n'y ait pas de changement. Ces réponses sont fournies par les orthophonistes ayant suivi plusieurs fratries.

Le niveau intellectuel des parents est une variable du lien pour deux orthophonistes.

Enfin, il y a deux non réponses.

Ainsi les avis sont partagés entre une évolution positive ou négative de la relation, avec la prise en charge de plusieurs enfants au lieu d'un. Quoi qu'il en soit, presque tous estiment qu'il y a un changement. Les personnes qui estiment que non avaient déjà suggéré des réponses de type A pour les questions 4 et 5.

Question 7 : elle traite des échanges avec l'équipe pluridisciplinaire. Est-ce que le paramètre « fratrie » modifie les échanges entre professionnels ?

11 personnes affirment que la facteur « fratrie » incite à plus échanger avec les autres professionnels, 4 estiment que non. Une dizaine d'orthophonistes sont mitigés sur le sujet.

Globalement, la question porte plus sur la quantité, et les professionnels sont bien là pour rappeler que c'est la nature des échanges qui compte et non pas leur nombre.

Ainsi, 10 orthophonistes affirment qu'il leur paraît important d'aller recueillir des informations sur la famille et sa problématique, ainsi que d'obtenir l'avis d'autres personnes pour se forger le sien de façon moins restreinte, tant que l'étiologie des troubles semble environnementale, fratrie ou non.

En outre, 3 personnes évoquent de la méfiance quant aux préjugés des autres professionnels ou des raccourcis qui peuvent avoir lieu si l'on se fie trop à l'opinion des autres. De même, ces orthophonistes abordent la question du secret professionnel et de l'alliance avec la famille, qui peuvent être biaisés par les discussions entre collègues.

Question 8 : cette question vient interroger le professionnel sur ce qui, lui, l'a marqué, interpellé, ou sur ce qu'il aimerait partager au sujet des fratries, de la déficience intellectuelle d'étiologie environnementale.

Sur 28, dix n'ont pas répondu ou ont fourni une réponse de type « non ».

Pour les 18 autres, leurs réponses prennent plusieurs formes :

- les anecdotes qui viennent soulever une question, il y en a 4. Elles traitent de l'interculturalité, de « pourquoi certains refusent de prendre en charge des frères et sœurs ? », de la gémellité, du lien entre les progrès des frères et sœurs.
- les anecdotes qui viennent apporter un témoignage, il y en a 10. Elles traitent de la gémellité, de situations cocasses ou gênantes, de l'influence de la prise en charge en orthophonie sur la place de l'enfant dans la famille, du travail autour de la parentalité (dans ses réussites et ce qu'elle renvoie de négatif), de l'importance de l'équipe pluridisciplinaire, de ce que peuvent confier les parents, de l'importance de la relation fraternelle pour l'enfant.
- les questions directes, il y en a une : « Pourquoi nos prises en charge sont-elles restreintes à un enfant par fratrie ? » (orthophoniste exerçant en libéral).

On retrouve des champs théoriques vastes et des situations très variées, ce que reflète finalement la partie théorique de ce mémoire.

Question 9 : Elle vient questionner le professionnel sur ses ancrages théoriques, ce qui vient étayer son savoir-être et son savoir-faire.

15 personnes n'ont rien répondu, ou ont déclaré s'inspirer d'un mélange de courants et de pratiques, sans les citer.

Le courant qui est de loin le plus cité est celui de la psychanalyse (7 fois), suivi de la formation Cogi'act (4 fois). La PRL (Pédagogie Relationnelle du Langage, de Chassagny) est évoquée 3 fois, La DNP (Dynamique Naturelle de la Parole) est citée 2 fois, tout comme le travail autour du conte.

Les orthophonistes ayant cité la psychanalyse ont des profils très hétérogènes, on ne peut donc pas faire de lien entre une approche et un type de pratique.

Sont cités une fois :

- le Programme d'enrichissement instrumental de Feuerstein
- l'art thérapie
- l'approche familiale systémique
- la formation Gepalm
- la formation Makaton
- la formation à l'accompagnement parental (Barbier)
- la Réorganisation neuro-fonctionnelle
- la musique
- la Gestion Mentale
- la méthode Padovan

Toutes ces formations ne sont pas forcément en lien avec les familles ou la déficience intellectuelle. C'est donc assez loin que les orthophonistes vont chercher leur savoir faire et leur savoir être, sans pour autant pouvoir citer leurs sources. Il n'y a donc pas de courant-type qui alimente la réflexion de l'orthophoniste, bien que des notions de psychanalyse semblent souvent émerger.

Globalement, aucune formation sur la fratrie pure ou sur l'étiologie environnementale des troubles n'est proposée.

Nota Bene :

Nous noterons que les réponses obtenues à ce questionnaire sont fonction de la région (nous ne savons pas combien de syndicats régionaux ont transmis le questionnaires – cinq m'ont assuré de la transmission-) et des formations proposées ou en vogue dans telle ou telle zone de la France.

Les questions étaient posées de telle façon qu'il peut y avoir un effet de suggestibilité sur la réponse attendue. Pourtant, elles pouvaient aussi être interprétées de plusieurs façons, afin de repérer ce qui venait en premier lieu chez l'orthophoniste interrogé.

En outre, chacun a sa propre sensibilité au regard des autres et sa relation à la norme et la morale. Nous espérons que l'anonymat a contribué à apporter des réponses peu sujettes à ce que peut renvoyer la norme, bien que chacun porte aussi la norme en soi.

Initialement, un e-questionnaire n'était pas prévu, pour plutôt interviewer environ six orthophonistes exerçant en IME ou SESSAD, dont on m'avait rapporté qu'elles avaient pris en charge des fratries d'enfants présentant une déficience intellectuelle d'étiologie dite environnementale. Cependant, ayant eu peu de retours positifs à mes sollicitations, le questionnaire via Internet s'est avéré intéressant en remplacement. Il présentait de surcroît l'avantage de s'adresser à des orthophonistes de toute la France, pouvant exercer en libéral ou en structures diverses, pouvant également avoir refusé de prendre en charge des frères et sœurs. Il n'a donc été mis en ligne que six semaines avant la fin de rédaction du mémoire. Les 28 réponses ont ainsi été obtenues en un peu plus d'un mois, dont la majorité des réponses ont été reçues pendant les deux premières semaines. Nous pouvons donc affirmer que le nombre de réponses en si peu de temps est élevé, et que la question soulevée suscite des réactions.

Conclusion

Ce mémoire part du constat initial que la prise en charge de frères et sœurs qui présentent une déficience intellectuelle légère est fréquente. Il s'avère pour de nombreuses fratries, que l'étiologie de la déficience est dite « environnementale », ou « avec facteurs environnementaux ». Cependant, la partie sur les classifications médicales nous indique clairement que ces facteurs, de type carences (affectives et éducatives), sont dans une certaine mesure subjectifs. Ils n'existent qu'en rapport aux normes sociales et éducatives en vigueur et à la présence de symptômes chez l'enfant.

Bien que la loi stipule clairement que certaines situations sont interdites (violence, abus ...), il est parfois difficile de discerner où commence une violence « psychique » subie par l'enfant par exemple. Le fait que des frères et sœurs présentent des symptômes assez semblables vient interroger le fonctionnement familial et la parentalité.

Le fait d'avoir affaire à plusieurs enfants d'une fratrie met le professionnel en situation d'accueillir un système familial et non plus une seule personne. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, les liens fraternels peuvent être horizontaux (notamment dans une problématique d'identification et de différenciation au frère ou à la sœur) mais aussi verticaux, c'est-à-dire sous-tendus par les projections de chacun des parents sur chacun des enfants. Là encore, la parentalité intervient.

On se rend alors compte que, si la parentalité est souvent incriminée, d'autres facteurs de type culturel interviennent (au sens interculturel, mais aussi en terme de différences de normes d'une famille à une autre, et donc même au niveau de « l'habitus »).

Un décalage entre certaines familles et les institutions classiques se fait sentir, et c'est au cœur de ce décalage que se sont créés les centres de soin, afin de concilier si possible les familles et les normes de la société.

Le sujet de ce mémoire a donc nécessité d'aller chercher des informations éparpillées pour les recouper, tant dans les thèmes concernés (fratrie, déficience intellectuelle, orientation en centre de soin...) que dans les courants théoriques : médical, psychanalytique, éducatif, ... et surtout sociologique. C'est bien ce dernier domaine qui apporte une dimension particulière à cette recherche. On met peu souvent des faits sociaux en rapport avec des troubles rencontrés en

orthophonie. Et si l'on parle de faits sociaux, alors il n'y a pas de méthode de rééducation en jeu, mais un positionnement du professionnel.

Un mémoire d'orthophonie est souvent considéré comme devant apporter une contribution nouvelle et scientifiquement mesurable, nous sommes donc du côté du savoir-faire du professionnel. Cependant, il ne faut pas oublier la seconde moitié du travail de l'orthophoniste, qui est du côté du savoir-être. C'est-à-dire au niveau de la rencontre avec le patient et l'accueil de son trouble, de son symptôme.

Quelques travaux ont fait état de la demande du patient en orthophonie, qui semble être la condition sine qua non d'une prise en charge réussie.

Cependant, la fonction que s'attribue le professionnel est un enjeu tout aussi important. D'où l'intérêt d'aller questionner le positionnement de l'orthophoniste et ses représentations quant aux troubles évoqués (fratries touchées par une déficience intellectuelle, que l'on soupçonne d'être environnementale).

L'apport de ce mémoire ne sera donc pas de l'ordre de la technique rééducative, mais sur les fondements de la pratique orthophonique, au niveau déontologique, au sujet de la rencontre, de la considération des troubles, de la cause qu'on leur attribue, et quel mission le professionnel se donne à partir de cette rencontre.

Ainsi, le questionnement est une forme de réponse, malgré le fait que ce soit scientifiquement peu objectivable. Il faut pour cela considérer que la prise en charge en orthophonie est une construction psychique, voire une opération mentale (d'où le fait que les formations Gepalm et Cogi'Act soient plusieurs fois citées par les professionnels interrogés) et non pas qu'un amas de techniques applicables à des patients interchangeables.

Cependant, nous pouvons tout de même trouver quelques apports objectivables de ce mémoire, mais en termes de manques :

que ce soit au niveau de l'étiologie environnementale de certains troubles, d'un apport théorique sur la famille, d'une ouverture à la sociologie, ou au niveau de la question de la réflexivité et du positionnement déontologique par rapport aux troubles et aux patients, il y a un manque de réponses.

On remarque de façon très claire que chaque orthophoniste construit son positionnement en regard de divers approches théoriques ainsi que de l'expérience professionnelle, mais sans avoir aucune certitude quant à la justesse de ce positionnement.

On peut également y voir un flou quant à la définition de la profession d'orthophoniste, qui est initialement de l'ordre de la rééducation, et qui finalement doit faire avec des troubles « non rééducables ». On ne peut pas rééduquer l'angoisse d'un enfant, ni des traumatismes qu'il a vécus et qui influencent aujourd'hui son mode de relation au monde et aux individus par exemple. Dans cette même idée, si l'étiologie environnementale d'une déficience intellectuelle est bien avérée, alors la prise en charge en orthophonie peut-elle être efficace tant que la cause environnementale n'est pas enrayée ? Auquel cas, qui donc peut se charger d'aller régler cette étiologie ? On comprend alors l'idée qu'une prise en charge en orthophonie soit individualisée par rapport à celle du frère et de la sœur, pour créer un espace autre que l'environnement habituel, qui semble néfaste au bon développement de l'enfant.

Il est par conséquent délicat de répondre aux hypothèses de départ.

→ Hypothèse 1 : Lorsque des frères et sœurs présentent une déficience intellectuelle d'étiologie non génétique, alors on peut interroger le fonctionnement familial.

Il semble que les soupçons envers le fonctionnement familial soient présent avant l'élimination d'autres étiologies, bien que les orthophonistes pondèrent ces soupçons dans leur discours, en ayant peur des « raccourcis ». L'important semble être le travail avec les parents, autour de la question du handicap de leur enfant, quelle qu'en soit l'étiologie.

→ Hypothèse 2 : Lorsque l'étiologie de la déficience intellectuelle d'un enfant semble être environnementale, alors il y a de fortes chances pour que les autres membres de la fratrie présentent eux aussi une déficience intellectuelle.

Si l'on considère la déficience intellectuelle comme un symptôme de type cognitif (manque de stimulations) alors on peut se dire que le symptôme sera similaire chez les frères et sœurs s'ils ont, eux aussi, été peu stimulés.

Si l'on considère la déficience intellectuelle comme un symptôme de type psycho-affectif, alors le symptôme est souvent perçu comme plus aléatoire, personnel à chacun.

Dans tous les cas, les réponses au questionnaire en ligne nous indiquent bien que la précaution de faire un bilan, ou être vigilant, avec les frères et sœurs, est prise. Ici, pour 12 fratries sur 106 rencontrées, le frère ou la sœur n'a pas été pris en charge mais est venu consulter au moins une fois. Pour 5 fratries un enfant a été suivi et pas les autres, car ses troubles étaient prioritaires. Enfin, 86 fratries ont bénéficié d'un suivi pour plusieurs enfants.

Hypothèse 3 : Un fonctionnement familial déficitaire ou pathologique se ressent tant dans la relation parents-enfant que dans les relations fraternelles: le lien fraternel est le reflet de la dynamique familiale.

Il est difficile de statuer sur cette hypothèse, parce que le « déficitaire » et le « pathologique » sont peu définissables. Cependant la place occupée dans la fratrie, tant par le rang de naissance que par la place attribuée dans les représentations familiales, semble se refléter dans le type relationnel de l'enfant à l'extérieur de la famille, au moins dans un premier temps. Après un temps d'adaptation, où l'enfant peut vivre de façon « déconnectée » de sa famille, les traits de personnalité propre à l'enfant semblent faire surface. Mais l'appartenance à un groupe familial est toujours une trame de fond.

Hypothèse 4 : Le positionnement thérapeutique est sujet à des représentations personnelles et institutionnelles.

Comme nous l'avons vu, chaque équipe pluridisciplinaire ou chaque professionnel exerçant en libéral, s'appuie sur divers courants pour étayer sa pratique, en vue d'un travail cohérent.

Chacun, selon son vécu et ses affinités théoriques, compose un positionnement.

L'idée de réflexivité et de méfiance quant aux « raccourcis » (soit quant aux représentations), est bien présente à l'I.E.A du Bondon, et est abordée ouvertement par 3 orthophonistes sur 28 dans le questionnaire. Cependant, tous ont un avis mitigé sur au moins une ou deux questions, ce qui indique bien que personne n'estime pouvoir statuer sur tous les points rencontrés.

Un travail plus approfondi sur les représentations des professionnels en fonction de chaque trouble rencontré en orthophonie serait très intéressant.

Ce mémoire a donc permis avant tout de signaler des manques, par un recueil concret de données. Ainsi, de nombreux sujets peuvent être approfondis. En voici quelques uns qui me paraissent intéressants :

- Comparer le positionnement orthophonique et pluridisciplinaire avec tous types de fratries, et types de troubles (myopathies, étiologie génétique, bégaiement ...), par rapport aux enfants, aux parents et aux familles.
- Comparer le positionnement orthophonique et pluridisciplinaire avec des frères et sœurs, et avec des enfants uniques, où dont un seul enfant est pris en charge. Notamment en ce qui concerne la déficience intellectuelle d'étiologie environnementale
- Comparer plusieurs approches : la guidance, l'accompagnement, le groupe de parole, faire l'inventaire de toutes les possibilités de travail sur la réflexivité en orthophonie.
- Effectuer un travail transdisciplinaire avec appuis psychologiques, sociologiques ... :
 - Par exemple : Y-a-il des parents qui suivent une psychothérapie pour le bien être de leur enfant, lorsque la parentalité est incriminée ? Si oui selon quelles modalités ? Est-ce que cela a une influence sur les troubles de l'enfant ? Ou est-ce que cela fait évoluer les représentations de l'étiologie par les professionnels ?
 - Ou encore : étudier les « états-limites » en terme d'anormalité sociale. C'est-à-dire envisager ce qui peut être néfaste ou traumatique pour l'enfant, et observer ou non des relations de cause à conséquence entre un mode de vie familial et des troubles chez l'enfant. Faire le lien avec des stigmates sociaux et des représentations normatives.

Toutes ces pistes posent le problème d'une méthodologie compliquée à définir, et des représentations sociales qui sont difficiles à mesurer ou à envisager de façon exhaustive. Et pourtant, ces sujets viennent bien en amont de la prise en charge en orthophonie et interrogent les professionnels.

Bibliographie

Livres :

- American Psychiatric Association. MINI DSM-IV-TR. Critères diagnostiques (Washington DC, 2000), Paris 2004, Masson
- BEAUJEAN Jacques, *Coopération et approches systémiques, individus, couples, institutions, formation*, Toulouse, 2009, éd. Erès, collection Relations
- BENOIT Jean-Claude, en préface de Jacques BEAUJEAN, *Coopération et approches systémiques, individus, couples, institutions, formation*, Toulouse, 2009, éd. Erès, collection Relations
- BOURGUIGNON Odile, Chapitre : Le lien fraternel, *La fratrie à l'épreuve du handicap*, sous la direction de Claudie BERT, éd Eres, Paris, 2006
- BUGHIN Michel, LAMARCHE Colette, LEFRANC Pascale, *La parentalité : une affaire d'État ?*, Paris, 2003, collection Logiques Sociales, éd L'Harmattan.
- BUISSON Monique, Chapitre 1: Des problèmes méthodologiques, *La fratrie, creuset des paradoxes*, Paris, 2003, collection Logiques Sociales, l'Harmattan
- CICCHELLI-PUGEAULT Catherine et CICCHELLI Vincenzo, *Les théories sociologiques de la famille*, Paris, 1998, éd La Découverte
- GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère, une construction idéologique*, Paris, 2001, CNRS éditions
- GARCIN Nathalie, sous la direction de TASSE Marc J. et MORIN Diane, Chapitre 1: Les définitions et les systèmes de classification, p. 7-11 *La déficience intellectuelle*. Boucherville, Québec – Canada, , 2003, Gaëtan Morin Éditeur, I-433.

- LETT Didier, *Histoire des frères et sœurs*, Paris, 2004, éd de la Martinière

- PLAISANCE Éric, en préface de GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère, une construction idéologique*, Paris 2001, CNRS éditions.

- QUENTEL Jean-Claude, *Le parent, Responsabilité et culpabilité en question*, Bruxelles , 2008, Editions De Boeck

- ROUSSILLON René, sous la direction de J. Furtos, Chapitre 5: Le besoin de sécurité, *Les cliniques de la précarité, Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Issy-les-Moulineaux, 2008, Elsevier Masson

- TASSE Marc J. et MORIN Diane, *La déficience intellectuelle*. Boucherville, Québec – Canada, 2003, Gaëtan Morin Éditeur

- VAGINAY Denis, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, Ramonville Saint-Agne, 2005, Erès

- YVERNAULT Martine, Introduction, *Frères et sœurs: les liens adelphiques dans l'Occident antique et médiéval*, Actes du colloque de Limoges, 21 et 22 septembre 2006, Brepols Publishers n.v., Turnhout, Belgium, 2007

Mémoires d'orthophonie :

- BEGUIN Maëlle, sous la direction de QUENTEL Jean-Claude *Orthophonie et psychothérapie : questions et limites dans la pratique libérale*, mémoire d'orthophonie soutenu à Nantes en 2002.

- BILLARD Marie-Françoise, JEANTOT Claire, DARCHEN Christine sous la direction des Docteurs BERNARD G. et NEDELEC, *L'enfant arriéré affectif et son langage*, Mémoire d'orthophonie soutenu à Nantes, année universitaire 1972-1973.

- BOURDIER Caroline, sous la direction de QUENTEL J-C, *L'orthophoniste en libéral et l'accompagnement parental, le cas de l'enfant présentant un retard mental d'étiologie inconnue*, mémoire d'orthophonie, soutenu à Nantes en 2006

- BOURGET Lucile et LE CORRE Anne, sous la direction de BEAU Marie-France *ORTHOPHONIE ET DIVERSITE CULTURELLE : Analyse et questionnements sur l'alliance thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste en exercice libéral*, juin 2012, Soutenu à Nantes

- TELLIER Alice sous la direction de VIGNE-LEBON Claire, Chapitre I: La déficience intellectuelle, *Déficience intellectuelle et littérature jeunesse ou l'impact du mode de présentation sur la compréhension de la narration*. Mémoire d'orthophonie, UFR médecine et techniques médicales de Nantes, année universitaire 2010/2011.

Revue :

- PAUL Maela, *L'accompagnement, promesses et paradoxes*, Rééducation Orthophonique n°247 septembre 2011, édité par la F.N.O (Fédération Nationale des Orthophonistes)

Ressources électroniques :

- ROLLET Catherine, « Fratries et politiques sociales des temporalités décalées », acte du colloque du 9 novembre 2006, *La fratrie dans le cadre du placement*, Association SOS villages d'enfants

- <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>, History of the development of the ICD, site officiel international de l'OMS

- [Loi n°2005-102 du 11 février 2005 - art. 2 \(M\) JORF 12 février 2005, http://www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr), site officiel de la législation française.

Annexe : extraits du projet institutionnel de l'I.E.A du Bondon

III. QUI SONT LES ENFANTS ACCUEILLIS A L'I.E.A. ?

L'I.E.A. accueille une population d'enfants, âgés de 7 à 14 ans, 15 ans par dérogation, habitant sur le **bassin élargi AURAY-VANNES**.

Les plus éloignés viennent de QUIBERON et les Iles à l'Ouest, LOCMINE au Nord et QUESTEMBERT à l'Est.

-1- HISTOIRE SINGULIERE DE L'ENFANT :

Repérer l'histoire d'un enfant, c'est repérer la **manière dont il a pu être en relation avec son environnement**.

En fait, il y a dans chaque individu la synthèse de plusieurs histoires qui évoluent de façon parallèle pour leur propre compte, tout en ayant en permanence des retentissements les unes sur les autres.

- **Cet enfant, c'est une histoire génétique.** Il a hérité d'un certain capital qui va jouer sur son développement tout en sachant que ce capital génétique ne va déterminer qu'une partie de son évolution. Quelques enfants peuvent être porteurs d'atteintes génétiques ou chromosomiques.
- **Cet enfant, c'est aussi une histoire physique** qui marque profondément l'individu dans son corps. Le corps, est, en effet, d'une importance capitale puisque c'est le seul instrument que nous ayons, d'abord, à notre disposition pour entrer en relation avec autrui et agir sur le monde. Certains enfants accueillis ont souffert d'atteintes physiques de façon précoce (atteintes infectieuses, prématurité, atteinte cérébrale, maladies somatiques diverses...). Ces maladies ont pu entraîner des ruptures avec le milieu familial ayant des répercussions sur le développement psycho-affectif.
- **Cet enfant, c'est aussi une histoire relationnelle.** On connaît l'importance des premiers liens dans la construction de l'être. C'est le difficile établissement de ce lien qui va entraîner, chez l'enfant, la carence affective. La qualité des relations familiales va être déterminante tout au long de son développement, notamment dans le registre des échanges verbaux et corporels. De nombreux enfants ont connu des carences ou des perturbations dans les premiers soins. Beaucoup d'enfants ont souffert de dysfonctionnements familiaux (alcoolisme, mauvais traitements, négligences éducatives, troubles psychologiques ou immaturité affective des parents, conflits conjugaux, manque de communication). Leur histoire est très liée à l'histoire de leurs parents.
- **Cet enfant, c'est aussi une histoire intellectuelle.** Les capacités intellectuelles vont se développer à travers les sollicitations, les stimulations, la qualité des réponses de l'entourage. Les enfants de l'Institut, à des degrés divers, n'ont pu acquérir des cadres suffisants pour s'adapter (langage, développement psychomoteur, repère spatio-temporels, capacité de symbolisation et d'élaboration mentale...).

- **Cet enfant, c'est aussi une histoire scolaire.** L'entrée à l'école maternelle va nécessiter de se séparer de son milieu, de s'adapter à un groupe et d'obéir à d'autres règles. C'est à ce moment-là que sont, souvent, détectées les difficultés ou le retard, difficultés qui s'accompagnent souvent de troubles du comportement.

En résumé, chaque enfant, a une histoire singulière déterminée par des facteurs sociaux, familiaux, psychologiques, médicaux.

-2- PROBLEMATIQUES DES ENFANTS :

Les enfants orientés à l'I.E.A. souffrent de troubles graves qui ont envahi tous les domaines de la personnalité : troubles psychologiques, psychomoteurs, langagier, scolaires. Ceci explique qu'ils ont tous été suivis dans des structures pédo-psychiatriques et orientés dans des structures scolaires adaptées (CLIS ou circuit ordinaire avec projet adapté).

Troubles de la personnalité :

- a) **Dysharmonie d'évolution** : qui se manifeste par une insécurité de fond, l'existence d'angoisses dépressives et de séparation liées aux difficultés d'individuation, ce qui engendre des problèmes d'intégration au groupe. Certains traits et mécanismes psychotiques peuvent encore se manifester : mauvaise organisation de soi et des rapports avec la réalité, débordement de la pensée par des affects, confusion réel/imaginaire.
- b) **Pathologie narcissique** : qui s'exprime par une vulnérabilité somato-psychique, des manifestations dépressives, des troubles de la conduite, allant de l'inhibition à l'instabilité, des défauts dans la régulation de l'estime de soi, des tendances régressives.
- c) **Trouble névrotique à dominante anxieuse** : qui s'exprime par des inhibitions, des craintes, une immaturité de comportement (difficultés à s'individualiser et acquérir de l'autonomie), des conduites de dépendance.

Répercussion sur les compétences :

- a) **Scolaires** : La caractéristique globale de tous les enfants est l'échec scolaire massif. Un certain nombre, ne sont pas encore dans l'apprentissage. Le manque de disponibilité psychique caractérise tous les enfants avec des conséquences importantes sur le plan de la symbolisation, de l'attention et de la concentration.
- b) **Intellectuelles** : Une des raisons avancées de cet échec scolaire est bien évidemment le retard mental. Il correspond au développement limité des capacités intellectuelles et du fonctionnement adaptatif. Il existe différents niveaux de perturbation, nous ne développerons que celui qui nous concerne à l'I.E.A. : Le retard mental léger. Il correspond à un QI compris entre 50 et 70.

En revanche, la pensée reste concrète voir pré-logique c'est à dire qu'il n'accède pas aux possibilités d'abstraction et de représentation mentale, aux opérations dites formelles.

Il est important de signaler qu'une grande partie présente un profil dysharmonique (QI avec une différence verbale/performance supérieure à 12 points). La dysharmonie comporte des atteintes partielles qui retentissent sur l'aptitude à faire face aux situations courantes.

- c) **Instrumentales** : Presque tous les enfants ont eu dans leur prime enfance un retard de développement.

On peut dire que la plupart ont encore un retard de langage ou des séquelles de retard de langage. Certains enfants présentent des troubles sévères du langage d'étiologie différentes : immaturité, inhibition, lien fusionnel à la mère, maladie génétique, voire trouble spécifique lié à un dysfonctionnement cérébral (dysphasie phonologique, mnésique...).

De la même manière, l'intégration des fonctions corporelles n'a pas pu se faire de manière harmonieuse. La plupart accusent un retard dans l'intégration de l'image du corps et du schéma corporel ou de la coordination psychomotrice et relèvent, à leur arrivée, d'un suivi psychomoteur.

Conclusions :

La population d'enfants accueillie à l'I.E.A. est donc très hétérogène, autant par l'origine des troubles (génétiques, hospitalisations précoces, traumatismes, carences éducatives et affectives...) que par l'expression de leurs symptômes (angoisse, inhibition, instabilité, labilité de l'humeur, attitudes de provocation ou de dépendance...).

Cette population évolue depuis quelques années. La politique générale va de plus en plus dans le sens de l'intégration. Les Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI) ont vu le jour et doivent se développer.

Ceci a une double conséquence au regard des admissions à l'I.E.A.

- Les enfants nous arrivent de plus en plus âgés, voire à 12 ans, à la sortie des C.L.I.S, en fin de parcours.
- Les enfants accueillis présentent davantage de troubles de la personnalité car leurs symptômes invalident leurs capacités d'adaptation et ne permettent plus leur intégration en milieu ordinaire (C.L.I.S. - U.P.I. ou S.E.G.P.A.).

Nous prenons donc en charge une population de plus en plus difficile, plus déstructurée, plus âgée, qui ne présente plus, comme c'était le cas il n'y a pas si longtemps, une déficience homogène.

Cela induit une gestion plus complexe des groupes d'enfants et une réflexion plus approfondie pour bien cerner les problématiques et les remédiations à apporter.

IV. LE PROJET PERSONNALISE

L'élaboration du projet personnalisé de l'enfant s'organise avec lui-même et sa famille dès la première rencontre.

C'est la synthèse des évaluations réalisées par les différents professionnels et les moyens mis en œuvre pour son accompagnement éducatif, scolaire, thérapeutique.

-1- L'ENTREE DE L'ENFANT A L'I.E.A. :

Son entrée fait l'objet d'un processus au cœur duquel les parents sont acteurs et partie prenante ; sur proposition de la C.D.A, la famille engage une démarche vis à vis de l'I.E.A.

- Accueil de l'enfant et de sa famille :

- 1er contact avec l'établissement et entretien d'admission
- Information-échanges sur l'enfant, l'anamnèse, le parcours, sur la réponse potentielle de l'établissement.

- Accord de faisabilité :

- Prononcé par le directeur après concertation avec les intervenants en entretien d'admission (psychiatre et psychologue, cadre adjoint)
- Eventuellement, proposition d'une journée ou période d'observation pour vérifier ce projet dans le cas d'un enfant présentant un profil limite à notre agrément.

- Entrée : Décision : C.D.A, avec accord de la famille. Début de l'action engagée dans l'intérêt de l'enfant :

- Journée d'accueil en juin afin de compléter les premiers éléments de connaissance.
- Recherche d'éléments d'information : écoles, CPEA, autres services.
- Début de construction du dossier, hypothèses de compréhension de la problématique, projet d'accueil.

- Famille : Livret d'accueil, document contractuel - engagement réciproque.

- Enfant : Echange sur le sens donné à l'admission, évaluation des ressources et des difficultés.

IX. RELATIONS AVEC LES FAMILLES

Les missions que se donne l'I.E.A., conformément aux lois de 2002 et 2005, concernent l'accueil, l'information et l'accompagnement des familles, qui choisissent, pour leur enfant, une orientation à l'I.E.A.

Les familles sont parties prenantes et partenaires dans le projet proposé à leur enfant. Elles sont reconnues et sollicitées pour améliorer la prise en charge des enfants.

-1- PLACE DES FAMILLES A L'I.E.A. :

a) Le livret d'accueil :

C'est un document présenté sous forme de livret qui regroupe l'ensemble des éléments qui jalonnent le parcours de l'enfant et de sa famille avec l'établissement :

- fonctionnement général
- engagements réciproques
- droits et devoirs de l'enfant

Ce document est remis à chaque famille qui après lecture, confirme son accord de principe par la signature d'un document prévu à cet effet.

Les autorisations administratives et médicales sont remises au même moment par la famille.

b) Le Conseil de la Vie Sociale :

Le Conseil de la Vie Sociale réunit des représentants élus des parents (2), des enfants (3), du personnel (2), du Conseil d'administration (2) et un représentant de la Municipalité. Les réunions sont animées par le cadre adjoint représentant la Direction. Elles ont lieu 1 fois par trimestre.

« Les instances de participation sont obligatoirement consultées sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement ... elles donnent leur avis et peuvent faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ... » (cf. Loi 2002-2)

Les réunions constituent des moments particuliers où l'on échange, projette, à partir de ce que les enfants ou les adultes amènent, soulèvent, proposent

L'axe central est de l'ordre de « l'éducation à la citoyenneté », de la question du « Vivre ensemble le mieux possible avec ses différences ».

2- CADRE DU TRAVAIL AVEC LES FAMILLES :

Références théoriques :

L'approche systémique constitue pour nous, actuellement, un outil de référence théorique.

Nous nous appuyons sur la **définition du système** comme : « **Un ensemble d'éléments en interaction dans un contexte donné avec une finalité et en évolution** »

Nous appliquons cette définition au système familial.

- La famille est considérée comme un **ensemble**, d'où l'importance de recevoir au moins, les parents avec leur enfant et, éventuellement, la fratrie ou la famille élargie.
- Chaque membre est un **élément en interaction** avec un autre, ce qui nous amène à travailler sur les modes relationnels et interactionnels entre les membres de la famille.
- Chaque famille évolue à travers une histoire, dans un **contexte donné** ce qui nous renvoie à son environnement et aux frontières établies entre chaque membre.
- Chaque famille tend vers une **finalité**. Nous aborderons avec elle, ses buts, ses projets, ses valeurs et ses mythes.
- La famille est toujours en évolution, d'où l'importance de repérer, ensemble, où elle en est dans son cycle de vie.

Plus que se centrer sur l'individu seul, sur son histoire, il s'agit d'élargir l'angle d'approche à l'individu au sein de sa famille.

Ce ne sont plus des personnes isolées, mais des personnes en communication avec d'autres personnes telles qu'elles s'influencent, réciproquement.

Cette approche constitue un fil conducteur guidant l'ensemble de l'action auprès des familles. Le sens et les modalités d'intervention devront, nécessairement, s'adapter aux attentes de la famille et de l'institution.

Objectifs :

L'institut souhaite proposer une collaboration étroite avec les parents et les enfants accueillis.

« Collaborer, c'est travailler ensemble, avec nos compétences, nos valeurs, nos responsabilités respectives et aussi nos insuffisances, en sachant qu'il n'y a pas de vérité en éducation mais seulement un processus d'essais et d'erreurs dans lequel on peut cheminer et grandir » (G. AUSLOOS : « La compétence des familles »)

Globalement, l'intervention auprès des familles se situe dans les registres de l'accueil, du soutien, de l'accompagnement.

Pour chacune d'elles, est établi un projet spécifique situant le champ d'action avec le référent ; ce projet est évolutif. Il tient compte des éléments du parcours de chacun, respectant les différents degrés d'engagement auxquels chaque famille est susceptible de parvenir.

Dans ce cadre, plusieurs objectifs apparaissent :

a) Informer - s'informer : La place de l'enfant à l'I.E.A.

Lors des entretiens d'admission :

- Informer sur ce que nous sommes, sur ce que nous proposons : le dispositif global de prise en charge.

Lors des entretiens suivants :

- Echanger, autour de nos objectifs et des attentes de la famille, formulées dans un premier temps dans le livret d'accueil rempli à l'entrée.
- Présenter le projet individuel de l'enfant, les objectifs fixés pour lui, par secteur, et les modalités d'action mises en place, projet qui leur sera ensuite envoyé par écrit.
- **Evaluer avec eux** tout au long de l'année le parcours de leur enfant tant sur le plan du comportement, de la personnalité, des acquisitions. Un bilan écrit leur parviendra en fin d'année scolaire.
- **Préparer ensemble l'orientation** de l'enfant avant sa sortie de l'I.E.A.

b) Informer - s'informer : La place de l'enfant dans la famille

L'échange entre la famille et l'institution repose sur la création initiale d'une alliance où chacun reconnaît l'autre et d'où se dégage la possibilité de construire l'échange. Cette alliance doit permettre d'aborder, de part et d'autre, les éléments concernant l'enfant, et le fonctionnement familial.

Chacun des membres pourra s'exprimer sur la relation qu'il entretient avec le jeune, évoquer des événements familiaux pouvant avoir une influence sur celui-ci.

Ces échanges vont permettre de faire des hypothèses sur les interactions en jeu dans la famille, les rôles de chacun, les frontières, les valeurs, les projets et les mythes.

c) Ouvrir des perspectives de changement :

L'intervention consiste à activer le système en faisant circuler l'information afin que celui-ci puisse trouver ou retrouver ses compétences pour résoudre les problèmes qu'il s'est posés à lui-même.

Faire circuler l'information, ce n'est pas recueillir des données, mais c'est faire découvrir aux membres de la famille (par un jeu de questions interrogeant l'un de ce qu'il perçoit de la relation entre deux autres), leur façon de fonctionner dont ils n'ont pas, forcément, toujours conscience.

Notre travail est de faire en sorte qu'en fin d'entretien, les différents membres de la famille se soient communiqué, entre eux, suffisamment d'informations pour qu'ils se connaissent mieux, comprennent mieux leur propre fonctionnement et puissent faire émerger leurs solutions.

3- LES MODALITES D'INTERVENTION :

Les entretiens individuels :

Cette tâche de soutien et d'accompagnement est confiée à un membre du « **groupe famille** » (cinq personnes bénéficiant de formations actualisées et engagées, chaque année, dans un processus de supervision).

Le référent famille assure le suivi tout au long du parcours de l'enfant à l'I.E.A.

En fonction du projet spécifique, l'intervention en entretiens peut être complétée, ponctuellement, ou sur un temps plus long, par une deuxième personne au sein du groupe.

A certaines rencontres, sont associés d'autres intervenants concernés par la situation de l'enfant : l'enseignant, l'orthophoniste, le psychomotricien et l'éducateur référent.

Un échange est établi régulièrement entre le référent et les différents professionnels afin d'enrichir la compréhension de ce que vit l'enfant et de renforcer la cohésion de l'action.

Une rencontre hebdomadaire de régulation, d'élaboration de projets d'intervention et d'analyses de situations, est mise en place entre les différents intervenants du groupe famille. Ceux-ci participent aux réunions de synthèse régulières, relatives aux situations concernées.

Dans certaines situations, le Directeur ou le Cadre adjoint, peut être conduit à intervenir près de la famille, près des services extérieurs : Protection de l'Enfance, Juge pour Enfants, M.D.A., etc....

Avant l'entrée à l'I.E.A., certaines familles sont déjà accompagnées par des services sociaux divers : A.S.E., Sauvegarde, dans le cadre de missions précises. Dans ce cas, un projet de collaboration est mis en place, systématiquement, avec le service concerné afin d'assurer une cohérence et de bien fixer la portée de nos interventions réciproques (évaluation régulière).

Les réunions collectives :

Les parents des enfants de l'I.E.A. sont conviés deux fois par an à des rencontres collectives. Il s'agit là de mieux faire connaître le fonctionnement de l'Institut.

Ces réunions sont centrées alors autour des dispositifs de pôles.

D'autres thèmes plus généraux peuvent aussi être abordés : l'alimentation, l'autorité, l'orientation ...

Ces réunions ont aussi pour objectifs d'aider à tisser des liens entre les parents et entre le personnel de l'établissement et les parents.

Le Groupe de Parole :

A l'initiative de certains parents, un groupe de parole a été créé il y a six ans. Il regroupe des parents volontaires autour de deux intervenants de l'I.E.A. Il se retrouve quatre ou cinq fois dans l'année.

Le groupe a pour objectif de donner aux familles un autre lieu d'expression. Il leur permet d'échapper à l'isolement, de rompre le silence, de s'ouvrir sur les autres et de bénéficier de leurs expériences.

Les échanges permettent à chacun de puiser dans le groupe des ressources pour mieux gérer certaines situations « tendues » avec son enfant. C'est un lieu de témoignage et d'écoute.

Ce groupe permet de prendre conscience qu'entre parents on partage les mêmes situations, les mêmes difficultés, mais aussi que chacun y réagit de manière personnelle.

Résumé :

Ce mémoire a pour but d'initier une réflexion au croisement de deux thèmes : l'étiologie environnementale de la déficience intellectuelle, et la prise en charge de plusieurs enfants d'une même fratrie en orthophonie. Ces deux situations sont fréquemment rencontrées dans la pratique orthophonique, souvent superposées en un tout : la prise en charge de fratries dont les enfants présentent une déficience intellectuelle, dont on soupçonne des carences éducatives et affectives comme cause. Cette recherche permet de mettre en évidence la complexité des champs théoriques et pratiques en jeu, pour aller questionner le positionnement thérapeutique.

Pour cela, plusieurs étapes ont été mises en place. Tout d'abord, il a fallu rechercher une population de fratries concernée par la déficience intellectuelle. Une fois quatre fratries retenues à l'I.E.A du Bondon (Vannes), leurs dossiers confidentiels de suivi, contenant les avis de toute une équipe pluridisciplinaire, ont été résumés. Puis les référents de ces familles et l'une des orthophonistes ont apporté leur témoignage. Enfin, un questionnaire en ligne a permis de récolter un panel d'opinions d'orthophonistes à ce sujet. Ce qui permet d'ouvrir le questionnement à d'autres centres de soin ainsi qu'à l'exercice libéral.

Mots clés : Orthophonie, fratrie, parentalité, déficience intellectuelle, positionnement, carences éducatives et affectives, symptôme, relation

Abstract:

This paper aims at initiating a discussion in which two issues are intertwined : the environmental etiology of mental retardation, and working with siblings in speech therapy. Both issues often have to be dealt with in speech therapy and, what is more, they can hardly be disassociated : when several children of a sibling are mentally retarded, the suspected causes are educational and emotional deficiencies. This study highlights the complexity of the practical and theoretical issues at stake in order to call into question the different therapeutic approaches.

Several steps were necessary to conduct this analysis. First, a population of siblings affected by mental retardation had to be found. Once four siblings were selected at the I.E.A. (Institut d'Education Adaptée [Institute of Special Education]) Le Bondon (Vannes), their confidential files, containing the opinion of a whole multidisciplinary team, were summarized. Then, the coordinator of each family and a speech therapist gave their own accounts. Finally, thanks to an e-questionnaire, a range of therapists was able to provide an opinion. It was therefore possible to extend the discussion to other care centres and to private practice.

Key words: Speech therapy, siblings, parenthood, mental retardation, therapeutic approach, educational deficiency and deficiency, symptom, relations