

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 :

Pauline CORREC, née le 22/08/1986

L'angoisse de l'enfant peut-elle faire obstacle à la prise en charge en orthophonie ?

Président du jury : Monsieur Alain BRICE, psychologue et
psychanalyste, maître de conférences à
l'université de Nantes

Directeur de mémoire : Monsieur Jean-Claude QUENTEL,
psychologue clinicien, professeur à
l'université de Rennes 2

Membre du jury : Madame Ghislaine ROSEC, orthophoniste

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

Introduction	9
A – Apports théoriques	
I. <u>L’angoisse</u>	11
1. Angoisse et anxiété	11
2. L’angoisse en philosophie	14
3. L’angoisse dans la clinique psychiatrique	15
A. <u>Historique</u>	16
B. <u>Nouvelle classification</u>	17
C. <u>Classification actuelle</u>	18
D. <u>Séméiologie des troubles anxieux</u>	20
<i>Le syndrome physique</i>	
<i>Le syndrome mental</i>	
<i>Le syndrome comportemental</i>	
4. L’angoisse en psychanalyse	24
A. <u>Première théorie de l’angoisse</u>	24
B. <u>Angoisse de réel et angoisse névrotique</u>	25
C. <u>Seconde théorie de l’angoisse</u>	26
D. <u>L’approche lacanienne</u>	27
II. <u>L’angoisse chez l’enfant</u>	29
1. Clinique de l’anxiété de l’enfant	30
A. <u>Anxiété chronique ou hyperanxiété</u>	30

B. <u>Crise d'angoisse aiguë ou attaque de panique</u>	31
C. <u>Anxiété de séparation</u>	31
D. <u>Anxiété post-traumatique</u>	32
E. <u>Evolution</u>	32
2. Théories et modèles de l'angoisse chez l'enfant	33
A. <u>Angoisse normale et angoisse pathologique</u> <i>L'angoisse au cours du développement</i> <i>L'angoisse pathologique</i>	33
B. <u>Genèse de l'angoisse chez l'enfant</u> <i>Les points de vue freudiens</i> <i>L'apport de Mélanie Klein</i> <i>L'apport de René Spitz</i> <i>L'apport de Winnicott</i>	36
3. Symptômes de l'angoisse chez l'enfant	43
A. <u>Conduites phobiques</u>	43
B. <u>Conduites obsessionnelles</u>	45
C. <u>Manifestations convertives</u>	46
D. <u>L'inhibition</u>	47
III. <u>Le cadre de soins en orthophonie</u>	49
1. De la rencontre....	49
A. <u>L'asymétrie</u>	49
B. <u>La spécificité de la demande de l'enfant</u>	50
C. <u>L'évaluation du trouble</u>	52
D. <u>La clinique</u>	54

E. <u>Le symptôme</u>	55
F. <u>La proposition thérapeutique</u>	58
2. ...à la dynamique relationnelle	61
A. <u>Intersubjectivité et objectivité</u>	61
B. <u>Les processus psychiques à l'œuvre dans la relation de soin</u>	63
<i>Identification</i>	
<i>Projection</i>	
<i>Transfert</i>	
<i>Contre-transfert</i>	
 B – Regards cliniques	 70
 I. <u>Méthode clinique</u>	 70
1. Qu'est-ce qu'un entretien ?	70
A. <u>Caractéristiques</u>	70
B. <u>Une rencontre</u>	71
C. <u>Un fait de parole</u>	71
D. <u>Valeur de l'entretien</u>	71
E. <u>Résistances</u>	72
2. Préparation de l'enquête	73
A. <u>Entretien et questionnaire</u>	73
B. <u>Nature de notre enquête</u>	73
<i>Population</i>	
<i>Sélection du corpus</i>	
<i>Mode de constitution du corpus</i>	
<i>Mode d'accès aux interviewés</i>	

C. <u>Trame d'entretien</u>	76
3. Réalisation des entretiens	77
A. <u>Paramètres de la situation d'entretien</u>	77
<i>Environnement</i>	
<i>Scène</i>	
<i>Acteurs</i>	
B. <u>Cadre</u>	78
C. <u>Modes d'intervention</u>	78
<i>L'écoute</i>	
<i>Les interventions</i>	
4. Analyse des entretiens	79
 Préambule à la présentation des données cliniques	80
 II. <u>L'angoisse de l'enfant</u>	81
1. La définir	81
2. La repérer	84
A. <u>Signes d'angoisse</u>	84
B. <u>L'importance de la dimension non verbale de l'échange</u>	89
3. Faire des liens avec...	94
A. <u>Le savoir et les apprentissages</u>	94
B. <u>La demande de l'autre</u>	98
C. <u>Les histoires de vie</u>	100
D. <u>L'angoisse des parents</u>	103

III. <u>Difficultés et adaptations des soins</u>	106
1. Difficultés	106
A. <u>Le manque d'objectivité</u>	106
B. <u>La question du bilan</u>	107
C. <u>L'orthophoniste démuni</u>	110
D. <u>Le cadre de soin chancelant</u>	112
2. Ressources	114
A. <u>Pour repérer l'angoisse</u>	114
<i>Le temps</i>	
<i>La prise de notes</i>	
<i>L'anamnèse</i>	
<i>Croiser les regards</i>	
<i>Les parents</i>	
B. <u>Pour adapter la prise en charge</u>	117
<i>Accepter l'angoisse de l'enfant</i>	
<i>Se décaler des difficultés de l'enfant</i>	
<i>Réhabiliter l'enfant dans ses compétences</i>	
<i>Baisser nos exigences</i>	
<i>S'appuyer sur le désir de l'enfant</i>	
<i>L'orthophoniste : un appui pour l'enfant</i>	
<i>Etre à l'écoute de l'enfant</i>	
<i>Rappeler le cadre et la loi</i>	
3. Questionner les limites de notre intervention	129
A. <u>S'adapter ne suffit pas ?</u>	129
<i>Déborder de notre rôle</i>	
<i>Chercher l'équilibre</i>	
B. <u>L'étayage proposé en orthophonie peut être opérant</u>	131
<i>Les médiations</i>	
<i>L'espace psychique</i>	
<i>La seule accroche</i>	

	<i>L'espace de dialogue ouvert sur le symptôme</i>	
	C. <u>« On ne se rencontre pas pour ça »</u>	134
IV.	<u>L'écho de l'angoisse de l'enfant sur le thérapeute</u>	136
1.	Les réactions transférentielles	137
	A. <u>L'angoisse de l'orthophoniste</u>	137
	B. <u>L'impuissance et les sentiments hostiles</u>	139
	<i>Colère et haine</i>	
	<i>Culpabilité</i>	
2.	Comprendre ces réactions	142
	A. <u>Notre désir en question</u>	142
	B. <u>Les limites de l'empathie</u>	143
	C. <u>Etre distinct sans être distant</u>	146
3.	Ressources pour y faire face	147
	A. <u>L'angoisse de l'orthophoniste fait obstacle</u>	147
	B. <u>Le travail en équipe</u>	149
	C. <u>L'analyse de pratique et la supervision</u>	150
	D. <u>La psychothérapie</u>	152
Conclusion		154
Bibliographie		155
Annexes		156

Introduction

Plus que toute autre avant elle, cette dernière année d'études à l'école d'orthophonie a été pour moi l'occasion d'une intense réflexion sur les fondements de ma future pratique. En effet, j'ai eu l'occasion d'effectuer cette année la majorité de mes temps de stage dans deux structures : un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) et un institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), qui accueillent des enfants dont les troubles du langage et de la communication orale et/ou écrite s'inscrivent, pour la majorité d'entre eux, dans des difficultés plus globales en lien avec la sphère psychoaffective. Ces rencontres quotidiennes et singulières sont venues bousculer le corpus de connaissances théoriques acquis pendant mes trois années d'études. En effet, par leurs comportements, leurs paroles, les mouvements de leur corps, leurs silences, leurs refus et l'agitation parfois très envahissante qui les traversait, ces enfants ont guidé mon regard et mon attention vers d'autres dimensions de leur souffrance que le seul symptôme langagier. Comment penser alors notre rôle d'orthophoniste auprès de ces enfants ? Comment appréhender leur angoisse manifeste en séance ?

En cherchant à mieux comprendre cette dimension de l'angoisse chez l'enfant à travers un certain nombre de lectures et au fur et à mesure des séances avec les enfants, je me suis interrogée sur l'impact de l'angoisse de l'enfant sur le cadre de soins en orthophonie, et notamment sur une dimension incontournable de celui-ci : la relation thérapeutique. En effet, si l'angoisse de l'enfant vient mettre à mal un certain nombre de dimensions du projet de soins de l'orthophoniste – notamment une prise en charge strictement instrumentale des troubles – elle peut surtout venir éveiller de l'angoisse et des doutes chez l'orthophoniste lui-même, délogeant ainsi celui-ci de sa place de thérapeute garant du cadre et « suffisamment » sécurisant pour soutenir au mieux le développement de l'enfant.

Comment alors appréhender l'angoisse de l'enfant en séance d'orthophonie ? Quelles difficultés les orthophonistes rencontrent-ils dans la prise en charge de ces enfants « angoissés » ? De quelles ressources disposent-ils pour que le cadre de soins proposé à l'enfant reste sécurisant ? Autant de questions que j'ai souhaité poser aux orthophonistes eux-mêmes, sous forme d'entretiens. Il me tenait en effet à cœur de pouvoir rendre compte, à travers ce mémoire, de la grande richesse clinique de cette question de l'angoisse de l'enfant que permet d'aborder la

démarche de rencontre et d'écoute qu'est l'enquête par entretien. Il m'est très vite apparu fondamental de croiser les points de vues sur cette question qui n'appelle ni réponses toutes faites ni jugement univoque.

C'est donc autour de ce fil directeur que s'articule mon mémoire de fin d'études :

L'angoisse de l'enfant peut-elle faire obstacle à la prise en charge en orthophonie ?

Dans cette réflexion, j'apporterai tout d'abord des éléments théoriques sur la question de l'angoisse, et plus particulièrement de l'angoisse chez l'enfant. Je tenterai également de définir au mieux la démarche clinique et le cadre de soins en orthophonie, mettant en lumière les enjeux de la relation thérapeutique. Puis je confronterai à ces éléments théoriques les éléments des témoignages des orthophonistes à propos des difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne avec des enfants « angoissés » et les ressources sur lesquelles ils s'appuient pour faire de ces rencontres des temps créatifs.

Apports théoriques

I. L'angoisse

Avant de nous engager dans une réflexion sur l'angoisse en séance d'orthophonie, il nous faut définir avec le plus de précision possible ce que nous entendons par « angoisse ». Pour cela nous tâcherons de donner un certain nombre d'éléments de définition de l'angoisse en nous attardant d'abord sur son étymologie, puis en approfondissant les différentes théories de l'angoisse élaborées notamment en psychiatrie et en psychanalyse.

1. Angoisse et anxiété

Nous avons tous des représentations différentes de ce qu'est l'angoisse. Selon nos expériences de vie, nos formations ou nos rencontres, nous avons chacun une manière singulière de la définir, de la repérer dans le quotidien et même de la vivre. Car l'angoisse est d'abord une expérience humaine que chacun d'entre nous a déjà connue ou peut connaître un jour. Elle n'évoque pas un sentiment précis mais un ensemble de sensations désagréables, impossibles à maîtriser, floues et imprévisibles. Du point de vue de l'évolution des espèces, elle est héritière de la peur, commune à beaucoup d'espèces vivantes et garante de leurs réactions de survie. Chez l'homme, elle s'est affinée grâce aux moyens symboliques dont il dispose pour lui donner formes et limites. Alors que la peur est une réaction biologique optant pour une action instantanée et appropriée face à la menace, l'angoisse soulève en dernier lieu la question : « que faire ? » « quoi choisir ? » et peut renvoyer à des questions plus profondes : « qu'est-ce que je veux ? » « qui suis-je ? ».

La langue française dispose de deux mots : « angoisse » et « anxiété » pour désigner des états très proches : le mot « angoisse » dérive du latin « angustia », souvent utilisé au pluriel « angustiae », qui désigne un espace étroit, un passage resserré. En français, le mot apparaît à la première moitié

du XII^{ème} siècle. Il désigne toujours un espace étroit, mais aussi au sens figuré un « embarras », une « gêne », et finalement une « *oppression, une anxiété physique et morale* » (Kapsambelis, 2007). Pendant longtemps, c'est le sens de l'oppression physique qui l'emportera. L'angoisse désignera la composante somatique du sentiment que regroupent les termes d' « angoisse » et d' « anxiété » : une sensation physique de resserrement thoracique et de douleur de constriction épigastrique. Cette toute première définition de l'angoisse nous permet d'emblée de saisir la place essentielle qu'occupe le corps dans l'expérience de l'angoisse. Le mot « anxiété » dérive du latin *anxietas*, qui signifie une « disposition naturelle à l'inquiétude » mais est déjà utilisé dans le sens médical d'une « oppression ou douleur physique ». Attesté en français dès le XII^{ème} siècle, il désigne une « *inquiétude intense, liée à une situation d'attente, de doute, de solitude et qui fait pressentir des malheurs ou des souffrances graves devant lesquelles on se sent impuissant* » (Kapsambelis, 2007). Ici, c'est davantage la dimension mentale et affective de l'expérience qui est mise en valeur. Ces deux perspectives du somatique et du psychique sont essentielles à prendre en compte si l'on cherche à saisir toutes les dimensions de l'expérience de l'angoisse. Elles se retrouvent dans la terminologie psychopathologique au XX^{ème} siècle.

L'apparition de l'angoisse et l'anxiété comme termes techniques en psychopathologie est récente et remonte à la fin du XIX^{ème} siècle. Au cours du XX^{ème} siècle, la séméiologie psychiatrique de langue française a tenté de différencier « angoisse » et « anxiété ». Dans la première moitié du XX^{ème} siècle, l'usage a rattaché à l'angoisse les sensations physiques, somatiques, et à l'anxiété les manifestations psychiques et affectives de l'état émotionnel. Le psychiatre français Henry Ey (1900-1977) considérait qu'étant donné que le système nerveux central jusqu'aux manifestations psychiques est composé de toute une hiérarchie de niveaux d'intégration anatomique et fonctionnelle, il y avait lieu de différencier des phénomènes vécus à des niveaux différents. Il avait adopté le terme d' « anxiété » comme terme générique, tout en considérant qu'il existe une « forme neurologique » de l'anxiété vécue à un niveau inférieur de l'intégration cérébrale. Cette « anxiété somatique réelle » aurait son prototype dans les situations de danger somatique effectif (infarctus du myocarde, crise d'asthme). Il admet toutefois que cette distinction n'était pas absolue.

Aujourd'hui, dans le langage psychopathologique courant, la distinction entre angoisse, phénomène physique, et anxiété, phénomène mental, tend à s'estomper. D'autres distinctions sont

intéressantes à souligner : l'utilisation du terme d' « angoisse » connote parfois une dimension de gravité, alors que l'anxiété serait une manifestation plus courante et bénigne. Ainsi, on parle plus volontiers d' « angoisse psychotique » ou d' « angoisse de mort » alors que le terme d' « anxiété » s'associe davantage aux états névrotiques et ordinaires. Cette distinction introduit la différence d'intensité plutôt que la différence de nature expliquant les variations dans les manifestations d'angoisse entre manifestations « ordinaires » et manifestations plus graves. Une dernière distinction aurait tendance à faire de l'angoisse un phénomène universel, caractéristique de l'être humain (angoisse existentielle, angoisse métaphysique), alors que l'anxiété serait davantage utilisée en rapport avec la psychopathologie (anxiété morbide, personnalité anxieuse). Derrière cette distinction se loge la question du normal et du pathologique. L'angoisse/anxiété est-elle un phénomène naturel, ordinaire et même nécessaire à l'équilibre de l'homme ou s'agit-il d'une « maladie » qu'il convient de traiter au plus vite ? Dans le langage psychopathologique contemporain, le terme « anxiété » est surtout utilisé en clinique psychiatrique, ainsi que par les courants biologiques et cognitifs, alors que le terme d' « angoisse » se rencontre davantage dans le vocabulaire psychanalytique, ainsi qu'en philosophie. L'usage technique est réservé à l'adjectif « anxieux » plutôt qu'au participe « angoissé » : on parle d' « états anxieux », de « troubles anxieux ».

Plusieurs autres mots du français courant ou techniques sont en rapport avec les significations de l'angoisse et de l'anxiété : le latin « angor », apparenté à l'angoisse, est utilisé en médecine pour désigner l'angine de poitrine *angor pectoris*, c'est-à-dire les douleurs constrictives violentes qui affectent la région précordiale, signalent une sténose des artères coronaires, annoncent l'infarctus du myocarde et s'accompagnent d'une angoisse poignante avec sensation de mort imminente. Le terme d' « agonie » provient du grec *agon* : « conflit, lutte », qui apparaît en français dans les mots « antagonisme », « agoniste », etc. Il signifie également « angoisse », mais en français il a pris progressivement la signification de la lutte et de l'angoisse de l'extrême fin de vie. Le mot « stress » provient de l'anglais, où il est produit par abréviation du *distress* (affliction), lui-même provenant du français *détresse*. Il est d'apparition plus récente, et ses significations décrivent un aspect de l'anxiété, notamment l'état de pression, de tension, de contrainte, de surmenage. Dans le langage technique psychiatrique, il est différencié de l'anxiété. Le mot *trac* constitue sans doute une onomatopée – dépeignant le sursaut de la peur soudaine – et est utilisé couramment depuis le début du XIX^{ème} siècle comme synonyme de la peur, en particulier celle d'affronter le

public. Tous ces termes qui gravitent autour de la notion d'angoisse viennent enrichir la compréhension que nous pouvons avoir des distinctions subtiles de sens et donc d'expérience que désignent ces mots de la langue.

Ces différents éléments de définition de l'angoisse mettent en lumière la complexité de cette notion. Située aux frontières du corps et du psychisme, du normal et du pathologique, ainsi que du subjectif et de l'universel, l'angoisse pose davantage de questions qu'elle n'apporte de réponses. Sa définition n'est jamais univoque mais toujours plurielle et personnelle. Elle se dresse comme une énigme que certains auteurs ont tenté de percer. Qu'ont-ils pu en saisir ? Comment expliquent-ils cette expérience humaine ?

2. L'angoisse en philosophie

C'est le philosophe danois Søren Kierkegaard (1813-1855) qui écrit le premier un texte portant exclusivement sur l'angoisse avec Le Concept de l'angoisse en 1844. Pour lui, l'angoisse est liée à la notion de liberté, et donc à la notion du possible. Il écrit : "*Dans chaque état le possible est présent et dans la même mesure l'angoisse.*" (Kapsambelis, 2007) L'angoisse pour Kierkegaard est une notion "subjective", psychologique, qui traduit l'acceptation du possible, c'est-à-dire, pour lui, du néant, dans la mesure où "*la liberté est infinie et naît du néant*" (Kapsambelis, 2007) : le possible ouvre vers un état qui n'est pas encore déterminé, qui n'existe pas tant qu'on a pas choisi, et c'est cette indétermination qui fait notre liberté et est notre angoisse.

A la suite de Kierkegaard, ce sont les courants phénoménologiques et existentialistes qui se sont intéressés à l'angoisse. Pour le philosophe allemand Martin Heidegger (1889-1976), l'angoisse se relie autant à l'expérience du "rien" que du "nulle part", car l'être humain ne fait pas partie des catégories de la réalité, mais de l'existence : il ne connaît aucune forme de fixation et d'ancrage et n'existe qu'à travers le sens, les significations qu'il donne à soi-même et au monde environnant, dans un mouvement de perpétuel "affairement" qui le projette vers le futur. Dans cette perspective, l'angoisse est alors le moment où l'être se retrouve libre, simple "présence-au-monde" (Da-sein).

Le philosophe français Jean-Paul Sartre (1905-1980) écrit en 1946 dans sa conférence L'existentialisme est un humanisme : « *qu'entend-on nous par "angoisse" ? L'existentialiste déclare volontiers que l'homme est angoisse. Cela signifie ceci : l'homme qui s'engage et qui se rend compte qu'il est non seulement celui qu'il choisit d'être, mais encore un législateur choisissant en même temps que soi l'humanité entière, ne saurait échapper au sentiment de sa totale et profonde responsabilité.* » (Kapsambelis, 2007).

Ces trois réflexions sur l'angoisse nous paraissent intéressantes car elles mettent en lumière la part d'ombre de l'angoisse, c'est-à-dire son lien avec l'indéterminé, l'inconnu, le vide, le non-maîtrisable pour l'homme. Dans la tentative de l'homme de s'autodéterminer et de comprendre le monde qui l'entoure, l'angoisse est pour lui ce point d'achoppement qui lui révèle ses limites et ses fragiles assises.

3. L'angoisse dans la clinique psychiatrique

L'angoisse ne trouve une place séméiologique autonome en psychopathologie que vers la fin du XIX^{ème} siècle. Elle s'est progressivement constituée en notion autonome en se différenciant de la peur. Elle s'est classiquement définie comme une "peur sans objet" : sans objet défini, actuel, présent, "réel" ou mentalement identifiable. Cette différenciation a délimité, dans un premier temps, les pathologies anxieuses des pathologies phobiques. Les manifestations de la peur (ou de la phobie) sont cliniquement semblables à celles de l'angoisse ; toutefois elles traduiraient une réaction de défense - immobilisation, fuite, décharge émotionnelle - face à un danger présent, alors que l'angoisse ou l'anxiété qualifieraient plus particulièrement les réactions face à un danger à venir, plus ou moins déterminé. Cette distinction introduit un élément essentiel dans la définition de l'angoisse : celui du non-défini, que l'on pourrait exprimer ainsi : "Qu'est-ce qui m'arrive ou va m'arriver ?". Henri Ey en 1950 définit l'anxiété comme "*un désarroi vécu dans l'attente poignante d'un danger imminent*" (Kapsambelis, 2007) et utilise la notion d' "anxiété morbide" pour marquer que l'anxiété est un état affectif universel et nullement pathologique.

A. Historique

La névrose d'angoisse a été isolée pour la première fois en tant que forme clinique indépendante par Sigmund Freud en 1895, dans un article intitulé : Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que "névrose d'angoisse". Jusqu'à la fin du XIXème siècle, la nosographie de ce que nous appelons aujourd'hui les névroses était encore mal définie : d'une part, l'hystérie se rangeait toujours parmi les troubles neurologiques (avec l'épilepsie et la maladie de Parkinson). Les travaux des neurologues de la seconde moitié du XIXème siècle (Charcot puis ses élèves Babinski et Déjerine) cherchaient à identifier des signes cliniques permettant de différencier les troubles moteurs et sensitifs de l'hystérie de ceux, cliniquement semblables, constatés lors d'atteintes cérébrales avérées. D'autre part, les phobies et les obsessions entraient dans le cadre très général des "manies sans délire" pour Pinel, des "folies partielles" pour la terminologie psychiatrique française par la suite. Les aliénistes de la seconde moitié du XIXème siècle imaginaient difficilement ranger dans le même groupe des pathologies manifestement "mentales" (phobies et obsessions) et des pathologies comme l'hystérie dont l'étiologie faisait débat mais dont l'expression clinique était manifestement neurologique (paralysies, troubles de la sensibilité). A l'époque, Pierre Janet (1859-1947), philosophe par ses études, psychologue et enfin médecin, proche de Charcot et professeur au Collège de France, décrit dans sa thèse de médecine en 1893 les "accidents mentaux chez les hystériques" et contribue à attirer l'attention sur la dimension psychique de l'hystérie et donc à la détacher du cadre neurologique pour la rapprocher des phobies et des obsessions. C'est ainsi que s'est formé progressivement l'ensemble des "névroses" telles qu'on les conçoit aujourd'hui, non pas comme des troubles "des nerfs" mais essentiellement "psychiques".

A côté de ces pathologies historiques, il existait une pathologie "nouvelle" décrite en 1879 par le médecin américain George Beard : la neurasthénie, qui n'avait pas non plus de place nosographique bien définie. Elle avait été décrite comme une forme d'"épuisement nerveux", caractérisé par une sensation de fatigue physique intense, des troubles sensoriels, sensitifs, une hypotonie musculaire, des troubles neurovégétatifs, fonctionnels, des troubles du sommeil et des troubles mentaux. C'est dans ce contexte qu'apparaissent les travaux de Freud sur la névrose d'angoisse qu'il isole de la neurasthénie.

B. Nouvelle classification

Freud introduit une nouvelle classification des troubles mentaux qui ont progressivement été consacrés comme faisant partie des "névroses". A l'époque, il fait reposer cette nosographie sur une "étiologie sexuelle" quasi endocrinologique : il évoque un "*trouble du métabolisme des substance sexuelles*" (Kapsambelis, 2007). Cette conception lui permet d'établir une première grande distinction : les névroses actuelles et les psychonévroses.

Les *névroses actuelles* traduisent un trouble "actuel" de la fonction sexuelle : il s'agit de troubles à la limite du somatique et du psychique, issus d'une pratique inadéquate de la sexualité, et qui traduiraient les manifestations de la libido lorsque celle-ci ne trouve ni une décharge somatique adéquate (le coït) ni des représentations mentales pour se lier avec elles et entrer dans le cadre des psychonévroses. Le terme "actuel" désigne un destin essentiellement somatique de l'excitation sexuelle et ne se reliant pas à l'histoire du sujet. C'est dans le cadre de ces névroses actuelles ainsi définies que Freud va insérer la "névrose d'angoisse" nouvellement créée, à laquelle il attribuera une étiologie liée à la rétention de la décharge sexuelle (abstinence excessive et prolongée), les deux autres névroses actuelles étant la "neurasthénie" (décharge inadéquate de la libido notamment sous forme de masturbation) et, plus tard, l'"hypocondrie". Ces trois névroses actuelles correspondent à trois psychonévroses, dont elles peuvent constituer, selon Freud, "le noyau et la phase préliminaire". La névrose d'angoisse ferait le lit de l'hystérie et de la névrose phobique ; la neurasthénie, celui de la névrose obsessionnelle ; et l'hypocondrie, celui des psychoses.

Par rapport aux névroses actuelles, les *psychonévroses* marquent un passage du somatique au psychique : leurs symptômes ne sont pas l'expression de perturbations de la sexualité actuelle, mais traduisent des conflits liés à la sexualité infantile ; cette régression leur permet d'exprimer ces conflits de façon symbolique, même lorsque les troubles sont d'expression somatique (comme les troubles d'apparence neurologique de l'hystérie), en se servant de représentations inconscientes en rapport avec les souvenirs liés à ces conflits. La nosographie freudienne, et notamment la distinction entre névroses actuelles et psychonévroses, n'est pas suivie par la

plupart des psychiatres, et est même contestée par certains psychanalystes. En revanche, la "névrose d'angoisse" en tant qu'entité nosographique autonome a une reconnaissance plus vaste.

Parallèlement à ce cheminement, une autre pathologie apparaît vers la fin du XIX^{ème} siècle : la névrose traumatique. Très étudiées en Europe après la Première Guerre mondiale, les névroses traumatiques ont été également analysées aux Etats-Unis après la guerre du Vietnam et les troubles constatés chez les vétérans (*post-Vietnam syndromes*). Elles englobent actuellement toutes les réactions psychopathologiques à des situations traumatiques : victimes de guerre ou d'accidents, rescapés de camps et réfugiés, victimes de tortures, viols, attentats. Elles comportent une première réaction d'angoisse avec les symptômes neurovégétatifs habituels et des réactions d'effroi. La deuxième phase marque un retour à la normale mais avec des éléments de tension anxieuse, d'hypervigilance et d'hyperémotivité préparant l'installation de la troisième phase, celle de la névrose proprement dite qui comporte une reviviscence involontaire, répétitive et angoissante de l'évènement traumatique, avec cauchemars, réactions de panique, hallucinations, ainsi qu'une altération de la personnalité : conduites de repli sur soi et d'évitement, excitabilité, irritation et alerte permanentes, troubles du sommeil.

C. Classification actuelle

Après la seconde Guerre mondiale et jusqu'aux années 1980, la distinction entre névroses et psychoses étant désormais l'axe fondamental de la nosographie psychiatrique, le groupe des névroses est présenté le plus souvent comme composé de quatre grandes entités : la névrose d'angoisse, la névrose phobique, l'hystérie et la névrose obsessionnelle.

Une modification considérable dans la terminologie et la classification des états névrotiques et des syndromes anxieux apparaît à partir de 1980, lorsque l'Association américaine de psychiatrie publie la troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-III). Ce manuel crée un grand ensemble de "troubles anxieux" dans lequel il englobe la majeure partie des anciennes névroses en cherchant avant tout à rester au plus près de la symptomatologie constatée et des regroupements de syndromes les plus fréquents, en mettant de côté toute référence théorique. Il est essentiel ici de souligner que cette classification du DSM-III se fait

uniquement sur ce que tout un chacun peut constater de l'angoisse au quotidien : les signes de l'angoisse, qui indiquent le vécu de l'angoisse sans l'expliquer. Aucune place n'est accordée aux modèles explicatifs de l'angoisse qui tentent de comprendre non pas seulement les manifestations de l'angoisse mais son origine et les logiques dynamiques qui la sous-tendent.

Le DSM-III modifie la notion de névrose d'angoisse : il introduit le terme d'"attaque de panique" pour désigner désormais toute crise paroxystique d'angoisse, avec ou sans objet. Cette modification unifie donc les manifestations de la crise d'angoisse et celles causées par le contact avec un objet ou une situation phobogène, sur l'argument que leur expression symptomatique est la même. Il démembrer la traditionnelle névrose d'angoisse en deux entités : d'un côté, le "trouble panique", caractérisé par des attaques de panique à répétition ; de l'autre côté, le "trouble anxieux généralisé", qui correspond à l'ancienne angoisse chronique et latente.

Ainsi, la quatrième édition du DSM, en 1994, propose plusieurs entités cliniques au chapitre des "troubles anxieux" :

- l'attaque de panique, définie comme classiquement la crise d'angoisse (dyspnée, palpitations, douleur ou gêne thoraciques, sensations d'étouffement...)
- le trouble panique, avec ou sans agoraphobie, défini par la présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues
- l'agoraphobie (sans attaques de panique)
- les phobies spécifiques ou simples
- la phobie sociale
- le trouble obsessionnel-compulsif, l'ancienne névrose obsessionnelle
- l'état de stress post-traumatique, l'ancienne névrose traumatique, et l'état aigu de stress
- le trouble d'anxiété généralisée, l'ancienne angoisse chronique
- les troubles anxieux dus à des états somatiques ou induits par des substances

On retrouve pratiquement ces mêmes catégories diagnostiques dans la 10^e édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10) établie par l'Organisation mondiale de la

santé en 1992. La révision du DSM-IV en 2000 n'a pas apporté de modifications à cette classification.

Quel que soit le modèle théorique qui rend compte de l'angoisse, et quel que soit le contexte (pathologie névrotique ou psychotique, expériences de la vie quotidienne de tout un chacun), les symptômes qui caractérisent l'angoisse sont remarquablement stables et invariables.

D. Sémiologie des troubles anxieux

On peut décrire les signes et symptômes de l'angoisse selon trois registres, qui, en fait, se superposent et se combinent de manière variable. Ces trois registres sont :

- le syndrome physique
- le syndrome mental
- le syndrome comportemental

Le syndrome physique

Il témoigne d'une mobilisation généralisée du système neurovégétatif. On observe des troubles cardiovasculaires majeurs qui se traduisent par des modifications du rythme cardiaque avec tachycardie, palpitations, hypotension artérielle et évanouissements ; des troubles respiratoires : dyspnée, halètement, suffocation, qui peuvent aller jusqu'à la crise asthmatiforme ; des troubles digestifs et urinaires apparaissant comme des spasmes ou contractions parfois accompagnés de nausées, vomissements ou de diarrhées.

Il faut souligner également les troubles musculaires : tremblement des mains ou généralisés, contractures musculaires, frissons, trémulations faciales, agitation, instabilité, mouvement continu...qui traduisent plus particulièrement l'état mental de l'anxieux et ses rapports avec l'environnement, puisque le système musculaire est par excellence un système de relation dont l'utilisation permet la mise en relation du sujet avec le monde environnant.

Des sueurs profuses et une sécheresse des muqueuses accompagnent généralement le syndrome anxieux. On peut aussi décrire une hyperesthésie sensorielle, plus fréquente dans les manifestations anxieuses des pathologies traumatiques, qui s'exprime surtout par des réactions d'alarme, de sursaut, à la moindre stimulation sonore (bruits, voix soudaines). Des troubles du sommeil ainsi que des conduites alimentaires sont également fréquents. Enfin le sujet anxieux se plaint souvent d'un état de tension continue, qui détermine une fatigue sourde et chronique.

Dans le langage courant, on parlera de "gorge serrée", d'"estomac noué", du "cœur qui bat la chamade", de "souffle coupé" et d'oppression respiratoire, de "boule au ventre", de crainte de défaillir ou de mourir.

Le syndrome mental

Il se traduit par un sentiment d'inquiétude, d'appréhension, de peur. Dans la grande crise d'angoisse aiguë, il comporte des sentiments d'effroi, de terreur, de panique qui peuvent entraîner des gestes incontrôlables et fatals comme la défenestration. Les sujets anxieux chroniques sont des personnes dont l'anxiété semble en quête continue d'un objet (au sens large du terme : une chose, une situation, un sujet de préoccupation). Ils donnent souvent l'impression que l'anxiété préexiste à son objet : elle tend à le créer, plus qu'elle ne le trouve.

D'une certaine manière, la fixation de l'anxiété sur un objet lui permettrait de se muer en peur, voir en phobie. C'est notamment très prégnant dans les troubles de l'attention et de la concentration : le patient passe d'un sujet d'inquiétude à un autre, se tourne vers une direction puis une autre sans pouvoir organiser une activité motrice cohérente par rapport à son objet. Cela lui permettrait de fixer l'anxiété sur des représentations précises, et donc de la diminuer ; de la projeter à l'extérieur, c'est-à-dire de l'attacher à un objet de la perception qui correspondraient à la représentation ; et donc, éventuellement de l'éviter, si l'objet en question se prête à l'évitement du contact avec lui. Le syndrome mental de l'angoisse comporte toute la série des sentiments de doute, d'incertitude, d'indécision, d'hésitation, d'interrogation lancinante, d'attente d'inconnu.

Le syndrome comportemental

Le sujet en proie à une crise d'angoisse apparaît tantôt crispé, sidéré, pétrifié par sa peur et sa détresse, tantôt agité, se mouvant de façon désordonnée, déambulant sans cesse. Cette instabilité révèle :

- l'inefficacité de l'angoisse : l'impossibilité à se fixer sur un objet, et donc de déboucher sur une "action motrice spécifique" à même de la diminuer
- son caractère de décharge motrice inadéquate
- son caractère incontrôlable : une "crise de nerfs" ou une "crise de larmes" peut être l'aboutissement de cette attaque anxieuse, permettant parfois la résolution de la crise dans l'importante dépense musculaire qu'elle entraîne.

Le syndrome anxieux évolue selon deux grandes formes cliniques, qui peuvent se combiner :

- soit par des manifestations paroxystiques, appelées crises d'angoisse, qui surviennent de façon subite sans objet déclencheur, chez un sujet qui, par ailleurs, peut ne pas être d'un tempérament anxieux.
- soit de façon chronique, ce qui est compatible avec d'éventuels moments de crise. L'angoisse est ici définie comme "flottante" ou "latente". Elle est décrite comme un sentiment d'anxiété permanent ou de crainte d'une menace imprécise. Elle dessine deux grands profils : les sujets timides, réservés, craintifs, impressionnables, facilement débordés par leurs émotions, vivant dans l'insécurité et l'incertitude ; et les sujets qui, au contraire, semblent "investir" leur anxiété chronique dans des conduites d'hyperactivité, qui peut être productive ou désordonnée.

La crise d'angoisse, tout comme l'état d'angoisse latente et chronique, est sensible à la suggestion et à la présence des proches. La proximité d'une personne à caractère protecteur et rassurant (parents, amis, médecin) peut apaiser considérablement la crise d'angoisse.

De façon générale, l'angoisse ne fait pas partie des affects qui peuvent être contenus ; elle est par définition expansive, sollicite l'entourage, parfois même l'entraîne avec elle dans un partage de

l'angoisse. Dans leur ensemble, les troubles anxieux sont très fréquents. Une personne sur six présentera, au cours de sa vie, un syndrome anxieux de durée variable. Au moins 1% de la population générale présente, ou a présenté, des crises d'angoisse à répétition et 3% serait concernés par l'anxiété flottante chronique. Dans les deux cas, on reconnaît souvent un facteur précipitant (décès d'un proche, séparation...), ainsi qu'une dimension familiale et même héréditaire.

La clinique psychiatrique nous permet donc d'affiner nos repères sur l'angoisse. Elle nous permet de la distinguer d'abord de la peur qui est une réaction de défense face à un danger identifiable, repéré, matérialisé tandis que l'angoisse est une réaction de défense face à une menace non-identifiable, absente. Elle est classée par Freud parmi les névroses qui affirme par là sa nature psychique, et pas seulement physique, neurobiologique.

Elle peut apparaître dans une infinité de contextes : chez une personne sans histoire médicale comme chez un patient psychotique, en situation d'isolement ou parmi la foule, etc... mais les signes cliniques qui la caractérisent restent stables et invariables et se manifestent sur trois dimensions qui se font écho : la dimension physique, la dimension mentale et la dimension comportementale.

Elle peut être vécue de façon chronique ou lors de crises paroxystiques. Chronique, elle mène les personnes qui la vivent dans une quête vaine et inefficace d'un objet au sens large (chose, situation, préoccupation) dessinant deux grands profils : les sujets plutôt inhibés, craintifs, repliés sur eux-mêmes et les sujets qui, au contraire, la déploient à travers l'agitation, l'hyperactivité, le débordement.

De manière générale et par définition, l'angoisse est un affect qui ne peut être contenu. Elle est toujours incontrôlable, expansive et poreuse. Elle entraîne donc souvent l'entourage dans un partage de l'angoisse. Nous reviendrons sur cette dimension de l'angoisse lorsque nous l'envisagerons dans le cadre de la rencontre en orthophonie.

4. L'angoisse en psychanalyse

Freud a été le premier à installer l'angoisse à l'épicentre des phénomènes psychopathologiques. Au même titre que la douleur pour le corps (sur le plan physique), l'angoisse est le prototype des sentiments désagréables (sur le plan psychique) dont l'évitement ou l'apaisement est le but ultime de toute opération défensive. Freud a développé deux grandes théories de l'angoisse.

A. Première théorie : de l'angoisse « sexuelle » au refoulement

Au début de ses travaux cliniques, Freud applique à l'angoisse le modèle du symptôme hystérique. Il la considère comme une manifestation de « réminiscence ». Elle renvoie à des pensées en rapport avec l'acte sexuel. Puis il abandonne cette voie. Il fait de l'angoisse la manifestation centrale d'une excitation sexuelle qui n'a pas abouti à la décharge et qui n'a pas été prise en charge non plus au niveau psychique. En 1894, dans un manuscrit intitulé Comment naît l'angoisse, il énonce l'idée que l'angoisse est la conséquence d'une « accumulation de tension sexuelle physique » due à une « décharge entravée ». Il explique ainsi le mécanisme : « *la tension physique [sexuelle] accrue atteint le seuil qui permet de susciter un affect psychique [libido], mais en pareil cas et pour une raison quelconque, la connexion psychique qui lui est offerte demeure insuffisante ; l'affect psychique ne peut se produire, parce que certaines conditions psychiques font partiellement défaut, d'où transformation en angoisse de la tension qui n'a pas été psychiquement 'liée'.* » (Kapsambelis, 2007)

Pour Freud, au départ, c'est donc l'excès de libido non liquidée qui est mis en cause dans l'angoisse. Cette conception lui permet d'isoler la névrose d'angoisse comme entité clinique à part entière. Elle fonde la théorie de l'étiologie des névroses. L'angoisse est pour lui la cause des troubles névrotiques. Elle se distinguerait de l'hystérie, qui est une excitation psychique empruntant des voies somatiques, en étant au contraire une tension physique qui ne pourrait se décharger psychiquement.

B. Angoisse de réel et angoisse névrotique

Vingt ans plus tard, lorsqu'il rédige le chapitre sur l'angoisse des Leçons d'introduction à la psychanalyse (Freud, 1916-1917) il revient à cette conception à partir d'une classification différente. Il décrit l'angoisse de réel, liée à la perception d'un danger extérieur, et l'angoisse névrotique, dont il décline trois formes : l'angoisse flottante (d'attente ou anxieuse), l'angoisse attachée à des phobies et l'angoisse arrivant par accès (par exemple : les symptômes paroxystiques de l'hystérique). Il maintient le rapport entre le développement de l'angoisse et différentes formes de restriction de la vie sexuelle, mais il applique désormais à toutes les formes d'angoisse névrotique son modèle « biologique ». Il écrit : « *à partir des observations faites sur la névrose d'angoisse, nous avons conclu que la déviation de la libido par rapport à son utilisation normale, déviation qui fait naître l'angoisse, se produit sur le terrain des processus somatiques. Il se dégage des analyses de l'hystérie et de la névrose obsessionnelle ce fait supplémentaire que la même déviation, en aboutissant au même résultat, peut aussi être l'effet d'un refus des instances psychiques* » (Kapsambelis, 2007). Il peut alors repérer les similitudes entre angoisse réelle et angoisse névrotique : de la même façon que l'angoisse réelle est la réaction face à un danger extérieur, l'angoisse névrotique est ce qu'éprouve le Moi face au danger intérieur que sont les exigences de la libido. Ainsi, « *la limite qui sépare ces deux types d'angoisse n'est plus celle du somatique et du psychique, mais celle du dedans et du dehors* » (Kapsambelis, 2007).

Cette première théorie de l'angoisse est donc complétée par la notion de refoulement. Freud décrit le refoulement comme le résultat d'un conflit entre mouvements pulsionnels et résistance au niveau du conscient dont l'enjeu est le plaisir. Le refoulement d'une motion pulsionnelle n'est concevable que parce que le déplaisir, voire le danger, qui serait occasionné par sa satisfaction est désormais supérieur au plaisir de la satisfaction elle-même. Sous l'effet du refoulement, les deux représentants de la motion pulsionnelle : la représentation d'une part et la quantité d'énergie pulsionnelle qui l'accompagne d'autre part, se séparent. La représentation devient inconsciente ; la part énergétique de la représentation devient « libre ». Cette « énergie libre » peut connaître trois destins : la répression, ce qui correspond à la disparition de toute manifestation émotionnelle ; sa manifestation sous forme de tel ou tel affect ; enfin, sa transformation en

angoisse. Cette dernière possibilité signe un échec du refoulement, dit Freud, puisque son motif initial était précisément l'évitement du déplaisir.

Ainsi, l'angoisse sera combattue par la formation de symptômes qui correspondent à la façon dont l'énergie rendue libre par le refoulement se fixera à nouveau sur des représentations qui, tout en ne renvoyant pas à celles refoulées, entretiennent avec elles un lien d'ordre symbolique.

C. Seconde théorie : l'angoisse comme signal

La seconde topique : Moi, Ça, Surmoi, élaborée à partir de 1920, offre de nouvelles possibilités de formulation de la théorie de l'angoisse. Cette reformulation s'accomplit avec Inhibition, symptôme, angoisse (Freud, 1926). La nouvelle théorie bénéficie des avancées récentes sur le moi et ses fonctions de synthèses et d'arbitre entre les exigences pulsionnelles du Ça, l'instance interdictrice et morale du Surmoi, et les limitations consécutives à la prise en compte de la réalité. Dans cette nouvelle théorie, le moi est désigné comme l'agent du refoulement et comme le « lieu de l'angoisse ». L'angoisse ne découle pas automatiquement du fait du refoulement de la représentation qui laisserait libre son énergie d'investissement. Elle est cette fois-ci envisagée comme une réponse du sujet face au danger. Elle indiquerait au Moi l'imminence d'un danger et aurait ainsi valeur de signal. En tant que siège de l'angoisse, le moi procède au refoulement des motions pulsionnelles chaque fois que celles-ci semblent le mettre en danger.

Freud peut alors situer le « traumatisme de la naissance » de Rank, dans la perspective qu'il est en train de dégager. La naissance peut, en effet, être considérée comme une grande perturbation psychophysiologique dont les manifestations, un bouleversement de « *l'économie de la libido narcissique* » (Kapsambelis, 2007) de la vie intra-utérine, fournissent une sorte de prototype aux manifestations anxieuses. L'enfant, dit Freud, est angoissé surtout du fait de l'absence de la personne aimée. Si danger il y a, il réside dans la séparation, c'est-à-dire dans le risque d'un accroissement de la tension du besoin sans possibilité de satisfaction. Le danger est vient ici de la menace de la perte d'un objet de grande valeur.

Freud trace ainsi les transformations de l'angoisse au fil des âges à partir de la crainte d'une perte : de l'angoisse de la naissance à l'angoisse de mort en passant par l'angoisse de perte de l'objet maternel puis l'angoisse de castration.

Toutefois, l'angoisse de séparation de l'enfant ne se manifeste pas au moment où la non-satisfaction du besoin se fait sentir, mais précisément au moment de la séparation. L'angoisse devient alors signal d'angoisse qui se déclenche dès la séparation et avertit préventivement du danger à venir alors qu'auparavant elle était automatique et naissait de l'accroissement des tensions de la non-satisfaction. L'angoisse interviendrait cette fois-ci en amont, pour prévenir d'un danger.

Freud critique sa conception précédente : l'angoisse n'apparaît pas automatiquement ; le moi utilise « intentionnellement » l'énergie pulsionnelle libérée de la représentation pour éveiller l'affect et en faire un signal à des fins défensives. Le refoulement n'est pas à l'origine de l'angoisse mais c'est l'angoisse qui, en tant que signal du moi, met en route les processus de refoulement. Dès lors, sans pour autant nier les conclusions de sa première théorie du trop-plein de libido, Freud opte pour une conception plus dynamique de l'angoisse en la considérant comme une alerte. Ainsi il l'associe à la notion de danger.

D. L'approche lacanienne de l'angoisse

Le Séminaire X de Lacan, qui porte sur l'angoisse et date de 1962-1963, s'attache à critiquer certains points de la théorie psychanalytique de l'angoisse. Lacan critique le lien entre l'angoisse et le moi, le caractère phylogénétique de l'angoisse de la naissance, ou encore le concept d'angoisse de séparation. Il considère que l'angoisse est la « manifestation spécifique du désir de l'Autre », et qu'elle exprime l'interrogation « Que me veut-il/elle ? ». Elle est l'affect qui saisit un sujet lorsqu'il est confronté au désir de l'Autre, représentant de la loi symbolique. Il fait de l'angoisse l'affect qui répond de manière privilégiée à l'Autre, à sa demande, à son désir et à sa jouissance.

Il revient sur les relations mère-enfant pour souligner que l'angoisse n'est pas la nostalgie du sein maternel, pas plus que l'alternance de la présence-absence de la mère. Si pour Freud l'angoisse est toujours liée à la perte de l'objet, que ce soit la mère ou le phallus, pour Lacan, cet objet n'est pas vraiment perdu. Pour lui, l'angoisse surgirait avant même que cet objet perdu n'ait existé. Cet objet manquant, il le nomme "*objet a*". Si ce dernier vient à manquer, alors surgit l'angoisse. Pour qu'un sujet puisse être désirant, il faut que l'objet investi, cause de son désir, puisse lui manquer.

L'angoisse ne serait donc pas le signal d'un manque mais la manifestation chez un sujet de l'absence de cet appui fondamental qu'est le manque. Ce qui engendre l'angoisse de la perte du sein chez le nourrisson, ce n'est pas qu'il vienne à disparaître et donc à lui manquer mais au contraire qu'il ne lui manque jamais et qu'il soit envahi par sa toute-puissance.

Lacan considère l'angoisse comme constitutive de l'organisation psychique, car nécessaire à l'expression du désir du sujet. L'angoisse, chez Lacan, est la sollicitude extrême de la mère, qui menace le manque grâce auquel l'enfant s'ouvre au désir : l'enfant « *est le plus perturbé quand il n'y a pas de possibilité de manque, quand la mère est tout le temps sur son dos.* » (Kapsambelis, 2007) Ainsi l'angoisse n'est signal que du fait que l'Autre désire le sujet, et que ce désir peut solliciter sa perte, d'une façon ou d'une autre.

Ces développements sur l'angoisse nous permettent d'approfondir notre compréhension de cette notion. Freud nous indique notamment que l'angoisse n'est pas un phénomène psychopathologique parmi d'autres mais qu'elle est au centre de toutes les opérations défensives de l'appareil psychique. Elle est le prototype même de ce que nous essayons tous de fuir ou de contenir. Au-delà des deux théories de l'angoisse qu'il développe, il est essentiel de bien saisir la conception présente dès le début de son œuvre, selon laquelle l'angoisse n'est pas un symptôme parmi d'autres dans les états psychopathologiques, mais reste au centre de leur problème économique : les symptômes sont des formations psychiques ayant comme but de lier l'énergie psychique qui, sans eux, se manifesterait sous forme d'angoisse, et ils y parviennent en réalisant une synthèse entre la nécessité d'éviter le danger et la satisfaction partielle de la motion pulsionnelle. Nous reviendrons sur les enjeux de cette conception du symptôme dans notre pratique clinique d'orthophoniste. Il est intéressant également de noter que Freud et Lacan ont

deux conceptions antagonistes quand aux situations qui font naître l'angoisse. Alors que Freud la situe tout au long de la vie comme une réaction face à la menace d'une perte et d'une séparation, Lacan l'envisage comme la réaction du sujet face au trop-de-présence de l'autre, qui par la toute-puissance de son désir barre la possibilité pour le sujet d'expérimenter le manque et donc de s'ouvrir au désir.

Après avoir apporté ces différents éléments de compréhension de ce qu'est l'angoisse, nous pouvons donc dire que l'angoisse nous concerne tous. Elle tient une place centrale dans notre fonctionnement psychique et nous contraint à nous décaler de son emprise par les différents symptômes que nous mettons en place pour la contenir.

Comment penser alors sa place dans le développement de l'enfant ? Comment émerge l'angoisse chez l'enfant ? Comment l'enfant s'organise-t-il pour la dompter ?

II. L'angoisse chez l'enfant

L'émergence anxieuse chez l'enfant, comme chez l'adulte, constitue la porte d'entrée dans la majorité des conduites psychopathologiques. Les travaux les plus récents individualisent les troubles anxieux dans leurs formes chroniques et plus encore aiguës (attaque de panique, « trouble panique ») et se calquent sur le modèle adulte (Marcelli, 2009). Cette approche descriptive montre ses limites chez l'enfant. En effet, chez l'enfant, l'angoisse est-elle un symptôme ou une condition de son développement ? Si l'angoisse est considérée comme une condition du développement de l'enfant, elle participe alors de la structuration de la personnalité de l'enfant. Les rapports entre l'angoisse et la « normalité » méritent donc d'être clarifiés. Autrement formulé, un enfant peut-il croître sans connaître l'angoisse : le développement n'est-il pas en lui-même source d'angoisse par les contraintes de changement qu'il impose ? La question de la nature normale ou pathologique de l'angoisse ne peut jamais être tranchée dans l'instantané d'une observation clinique, elle nécessite une constante perspective dynamique.

Envisager la question de l'angoisse chez l'enfant oblige également à s'interroger sur les associations pathologiques appelées "comorbidité". Leur très grande fréquence avec les troubles anxieux pose implicitement la question de la transformation de l'affect anxieux en une pathologie autre, qu'elle soit psychique (phobie, inhibition, obsession..), affective (dépression), comportementale (instabilité, agitation, colère...) ou à expression somatique (troubles du sommeil, de l'alimentation, plainte hypocondriaque).

Nous détaillerons tout d'abord les manifestations cliniques de l'angoisse chez l'enfant. Puis nous développerons les théories et modèles de l'angoisse et de sa genèse selon différents auteurs. Enfin nous tenterons de décrire les organisations psychiques à travers lesquelles l'angoisse peut transparaître chez l'enfant.

1. Clinique de l'anxiété de l'enfant

Les manifestations cliniques de l'angoisse chez l'enfant sont variées, multiples et changeantes.

A. L'anxiété chronique ou hyperanxiété

L'enfant hyperanxieux vit en permanence avec un sentiment vague d'appréhension, comme si quelque chose de terrible allait survenir. Cette attente anxieuse se manifeste en particulier par :

- Une inquiétude sur l'avenir avec souvent la crainte de survenue d'un accident, d'une maladie (pour l'enfant lui-même ou ses proches) ;
- Une irritabilité, des colères, des refus, des caprices ;
- Des exigences ou un besoin d'avoir l'adulte à proximité, d'être rassuré ;
- Des craintes concernant l'attitude passée (« j'ai mal fait.. ») ;
- Des pensées dépressives (dévalorisation, culpabilité) sont souvent associées.

Sur ce « fond anxieux » peuvent survenir des épisodes aigus, véritables attaques d'angoisse, dont le déclenchement peut être dû à des facteurs externes (maladie, entrée à l'école, changement de classe, déménagement, colonie de vacances, etc..) ou internes.

B. La crise d'angoisse aiguë : attaque de panique

Décrite dans le DSM-III-R comme attaque de panique, la crise d'angoisse aiguë présente un début spontané et paroxystique marqué par :

- des signes somatiques : palpitation, tachycardie, sensation d'étouffement, douleurs thoraciques, abdominales, nausées... ;
- des signes neurologiques : tremblements, secousses musculaires, vertiges, malaises ;
- des signes moteurs : agitation ou prostration ;
- des signes vasomoteurs : sueurs, bouffées de chaleur ou frissons ;
- des signes psychiques : sensation d'étrangeté, de perte de repères, de peur de mourir, de devenir fou.

Plus l'enfant est jeune, plus le contexte somatique est riche. L'enfant paraît terrifié, en sueur, il est difficilement accessible « au raisonnement ». Jeune, avant 7 ou 8 ans, seule la présence d'un parent, père ou mère, est susceptible de calmer réellement cet accès d'angoisse. Avec l'âge, l'enfant extériorise son angoisse, non pas en l'exprimant, mais le plus souvent en l'agissant : ainsi le corollaire de la crise d'angoisse devient vers 11/12 ans, le passage à l'acte sous ses diverses formes : crises de colère, attitudes d'exigences insatiables, fugues, troubles divers du comportement. Le risque est alors que l'anxiété de l'adulte provoque une spirale ascendante où l'angoisse de l'un majore l'angoisse de l'autre. La contention physique ferme, mais bienveillante, la limitation de la destructivité de l'enfant représentent les meilleures attitudes propres à calmer dans un premier temps cet accès aigu d'angoisse. Dans ces conditions, celui-ci se calme spontanément au bout de quelques minutes. Bien qu'on décrive son début comme spontané, l'entretien clinique retrouve souvent un événement et plus encore une pensée qui précèdent la crise et la déclenchent. Ceux-ci sont en général en lien avec l'idée de séparation. Plus l'enfant est jeune, plus la distinction entre l'hyperanxiété ou l'angoisse aiguë d'un côté et de l'autre l'angoisse de séparation pathologique paraît difficile voire factice.

C. L'anxiété de séparation

L'anxiété de séparation consiste en une peur excessive et intense à la suite d'une séparation ou d'un éloignement de la figure d'attachement, souvent la mère ou le père de l'enfant, bien au-delà de la période habituelle (2 - 4 ans) ou de manière trop excessive et rigide. Au plan clinique, l'anxiété, la colère, des larmes peuvent aussi être présentes de manière anticipatoire afin d'éviter les situations de séparation. Parfois un comportement d'opposition active à toute séparation peut compliquer les liens intra familiaux. Quand des troubles du sommeil sont présents, ils peuvent conduire l'enfant à réclamer de dormir avec un adulte. Dans les formes extrêmes, associées à de nombreuses conduites autoritaires problématiques et évoluant depuis plusieurs années, on peut voir s'installer de véritables situations de tyrannie familiale. L'anxiété de séparation est une des plaintes les plus communes dans les situations de refus scolaire chez l'enfant. L'association au refus scolaire peut dans certains cas conduire à des problématiques sévères. L'enfant s'isole et l'on retrouve une pauvreté des contacts avec les pairs. Au plan académique, les résultats scolaires peuvent s'effondrer.

D. L'anxiété post-traumatique

Devant une situation de stress sévère mettant en danger la vie ou la sécurité de l'enfant ou de l'un de ses proches, l'anxiété est une réaction naturelle en particulier en phase aigüe. Dans certains cas, on la considère pathologique du fait de sa particulière sévérité ou du fait de la présence de troubles adaptatifs dont la qualité et la nature doivent être discutées au regard de l'âge et de la maturité développementale de l'enfant. L'*état de stress post-traumatique* peut apparaître dans les mois qui suivent le traumatisme. L'enfant présente des crises d'angoisse intense associées au souvenir du trauma, des cauchemars où il revit la situation traumatique, parfois des hallucinations. Au plan affectif, outre les crises de colère ou de larmes banales dans les troubles anxieux, on voit certains enfants incapables de se laisser à vivre des moments de tendresse.

E. Evolution

Si ces accès peuvent se répéter à l'identique définissant le « trouble panique », ils évoluent et se transforment régulièrement avec l'apparition de conduites phobiques ou d'autres manifestations dites névrotiques. L'association à d'autres types de pathologies si fréquemment décrites sous le terme de « comorbidité » dans la littérature anglo-saxonne ne fait que traduire cette transformation psychique de l'angoisse et rend compte des « complications » avec apparition de :

- symptômes dépressifs, voire d'une véritable dépression ;
- troubles du comportement (opposition, agitation, instabilité) ;
- troubles de l'attention (troubles déficitaires de l'attention) ;
- troubles de l'adaptation sociale (phobie scolaire) ;
- à l'adolescence, apparition de conduites toxicomaniques.

En tant qu'orthophonistes, nous sommes toutes confrontées dans notre pratique quotidienne à ces manifestations d'angoisse chez certains enfants. Pour autant, devons-nous penser qu'il existe des enfants "angoissés" quand d'autres ne le sont pas ? Comment expliquer que certains enfants soient littéralement envahis par l'angoisse, quand d'autres, malgré l'angoisse, se fraient un chemin cahin-caha parmi les apprentissages (au sens large) de leur quotidien ?

2. Théories et modèles de l'angoisse chez l'enfant

A. Angoisse normale et angoisse pathologique

L'angoisse au cours du développement

Anna Freud, dans Le normal et le pathologique chez l'enfant, évoque une partie du climat affectif de l'enfance :

"Contrairement à l'opinion antérieurement établie, on sait aujourd'hui que la souffrance psychique est un sous-produit inévitable de la dépendance de l'enfant et des processus normaux de développement eux-mêmes. Les jeunes enfants souffrent vivement de tout ce qui retarde, limite et frustre leurs besoins corporels et les rejettent pulsionnels. Ils souffrent des séparations qui les éloignent de leurs premiers objets d'amour, quelle que soient leur raison. Ils souffrent des déceptions réelles ou imaginaires qui les touchent. Une détresse très vive est due naturellement aux jalousies et aux rivalités qui marquent le conflit oedipien, et aux angoisses inévitables éveillées par le complexe de castration. Même l'enfant le plus normal peut se sentir profondément

malheureux pour une raison ou pour une autre, durant un temps variable. C'est là une réaction légitime..." (Puyuelo, 1993).

L'angoisse et la souffrance font donc partie de la vie de tout enfant. Tous les enfants sont très vite confrontés au conflit psychique. Quand on parle de conflit psychique, ce n'est pas une simple confrontation de l'individu se heurtant aux conditions du milieu environnant. Les difficultés rencontrées par le sujet, du fait de son milieu, donnent lieu à des troubles réactionnels, c'est-à-dire des symptômes qui cèdent lorsque les circonstances favorables viennent lever les obstacles rencontrés par le sujet. Le conflit psychique est défini, lui, comme un affrontement des pulsions instinctuelles avec une structure psychique interne qui fera que l'on "comprendra" plus facilement la peur d'un enfant devant le départ de ses parents, que la peur irraisonnée du même enfant devant un chien ou une souris ; on comprendra mieux la dépression d'une mère face à la mort d'un être cher, que cet état de dépression et d'angoisse flou sans "raisons apparentes " avec lequel on se lève parfois le matin. Parfois, il y aura "coïncidence, résonance" entre un événement extérieur de réalité et un conflit psychique interne. Perdre son père dans la réalité, au moment où l'on est aux prises, à quatre, cinq ans, avec des sentiments ambivalents à son égard, entraîne par exemple, un véritable traumatisme psychique qui va se bloquer, sidérer le fonctionnement mental empêchant toute élaboration et marquant parfois de façon indélébile un être humain. Certains événements de réalité suivant les périodes du développement de l'enfant peuvent avoir valeur de traumatisme. Mais il faut éviter de tomber dans le piège de ne rechercher que des événements historiques que l'enfant a vécus, à la manière d'une enquête policière relevant indices et preuves, ce qui serait nier totalement cette partie cachée de nous qui est notre vie psychique, qui est partie prenante dans la structuration de notre personnalité.

Ainsi, il ne faut pas penser que l'angoisse que l'enfant manifeste en séance est nécessairement une réponse à des événements de sa vie réelle, familiale ou scolaire, par exemple. Indépendamment des événements réels de sa vie, chaque enfant a à faire avec l'angoisse et la souffrance. Elles font partie des processus normaux de sa vie psychique et soutiennent son développement. Elles ne sont pas en elles-mêmes des processus pathologiques. Si nous repérons dans notre pratique d'orthophoniste des enfants manifestement "angoissés", ne nous hâtons pas d'en conclure à une construction psychopathologique de leur personnalité. L'angoisse est inévitable et se retrouve à chaque étape du développement affectif et psychique de l'enfant.

Mais elle peut aussi être la traduction d'une évolution pathologique. Comment distinguer l'une de l'autre ?

L'angoisse pathologique

A vrai dire, toujours selon Anna Freud, *"il y a peu de différence entre ces enfants quant au type d'angoisse qu'ils éprouvent car, comme nous l'avons noté précédemment, les modalités de celle-ci sont des sous-produits constants des stades consécutifs de l'union biologique avec la mère (angoisse d'annihilation et de séparation), de la relation d'objet (peur de perdre l'objet d'amour), du complexe d'Oedipe (angoisse de castration), de la formation du Surmoi (culpabilité) [...] Ce n'est pas la présence ou l'absence d'angoisse, sa qualité ou même sa quantité qui permet de prédire l'équilibre psychique ultérieur, ou la maladie. Ce qui est significatif à cet égard, c'est seulement la capacité du Moi de maîtriser l'angoisse."* (Puyuelo, 1993).

Ce point est tout à fait fondamental dans la clinique de l'enfant. Dans notre pratique orthophonique, il nous engage moins à repérer les enfants qui vivent ou ne vivent pas de l'angoisse, ou encore la nature ou la quantité d'angoisse que l'enfant vit, que les moyens dont les enfants disposent pour apprivoiser leur souffrance et leurs symptômes, et les outils susceptibles de les aider à développer de la souplesse et de la créativité face à leurs difficultés.

Ainsi, continue Anna Freud, *"les enfants auront ultérieurement d'autant plus de chance d'être victimes de troubles névrotiques qu'ils se montrent incapables de tolérer des quantités même modérées d'angoisse. Dans ce cas, ils doivent nier et refouler les dangers externes qui sont des sources possibles d'angoisse, ou projeter les dangers internes dans le monde extérieur, ce qui rend ce dernier plus inquiétant. Ils peuvent aussi se retirer sur un mode phobique de situations dangereuses pour éviter les attaques d'angoisse. Bref, ils établissent pour l'avenir un type de comportement dans lequel ils doivent à tout prix réussir à se libérer de toute angoisse manifeste. Ils y parviennent par un usage constant d'attitudes défensives qui favorisent une évolution pathologique."* (Puyuelo, 1993).

Cela les distingue des enfants dont on peut prévoir une meilleure évolution psychologique, *"ceux qui, dit Anna Freud, font face de manière active aux mêmes situations de danger, grâce aux ressources du Moi telles que la compréhension intellectuelle, le raisonnement logique, la possibilité de transformer les conditions extérieures, la contre-attaque agressive, c'est-à-dire en*

maîtrisant la situation au lieu de battre en retraite. Dans la mesure où ils peuvent contrôler ainsi de plus grandes quantités d'angoisse, ils peuvent faire l'économie d'activités de défense excessives, de formation de compromis et de symptômes." (Puyuelo, 1993).

En définitive, c'est donc par des moyens de défense contre l'angoisse insuffisamment efficaces, rigides, non diversifiés, que se caractérisent les organisations pathologiques. Ce ne sont ni la quantité d'angoisse, ni la nature de l'angoisse qui déterminent son devenir « pathologique », mais bel et bien les possibilités de l'enfant, à travers divers appuis internes et externes, de tolérer l'angoisse et de l'appivoiser.

B. Genèse de l'angoisse chez l'enfant

Tous les auteurs s'étant penchés sur les premiers stades évolutifs de l'enfant ont nécessairement abordé le problème de l'émergence de l'angoisse, et plus particulièrement la notion d'angoisse de séparation.

Les points de vue freudiens

Comme nous l'avons vu précédemment, différentes conceptions de l'angoisse se sont succédé dans l'oeuvre de Freud. Ces conceptualisations renvoient, de façon complémentaire, à différents types d'angoisse et à différentes étapes de maturation chez l'enfant (Golse, 2001).

Nous l'avons vu, dans la première théorie de l'angoisse chez Freud, l'angoisse serait liée à l'existence d'une certaine quantité de libido inemployée du fait de la non-satisfaction de la pulsion. Chez l'enfant, comme chez l'adulte, elle est alors une conséquence directe du refoulement qui rejette la représentation pulsionnelle intolérable hors du champ de la conscience et laisse inemployée la quantité de libido primitivement attachée à cette représentation.

Chez l'enfant, l'angoisse serait alors liée "au sentiment d'absence de la personne aimée". Pour le nourrisson, la mère représente l'unique objet de son investissement libidinal. L'absence de cette dernière supprimerait toute possibilité de décharge ou d'investissement de la libido qui se transforme alors directement en angoisse. L'angoisse se constitue alors à partir de la répétition de

situations qui réactivent le souvenir de l'expérience primaire de séparation. Par ailleurs, au moment de la naissance, le degré d'imaturité du nourrisson est tel qu'il ne lui est pas possible de concevoir l'existence d'un objet externe. Il vit alors un état de détresse extrême. L'accroissement de la tension secondaire à l'accumulation des excitations tant internes qu'externes entraîne une perturbation de son équilibre intérieur qu'il est incapable de maîtriser.

La composante physiologique de l'angoisse est donc initiée dès la naissance, alors que le contenu psychique, c'est-à-dire la séparation d'avec la mère, n'est reconnu que plus tard. D'abord le nourrisson ne craint donc pas l'absence et la séparation de la mère en elles-mêmes, mais la possibilité de vivre en son absence un état de détresse et de tension auquel il ne peut faire face. Par la suite, toute situation ayant un lien avec la séparation pourrait être source d'angoisse. Freud cherche alors à préciser ce lien par une éventuelle anticipation des événements et élabore sa deuxième conceptualisation de l'angoisse.

Dans la seconde théorie de l'angoisse de Freud, celle-ci n'est plus liée à la répétition d'une expérience traumatique mais elle devient un signal déclenché par la reconnaissance d'une situation de danger. Elle est une réaction du moi face au danger que représente la séparation ou la perte de l'objet. Le but est de prévenir le sujet de dangers potentiels et cela avant même qu'ils ne soient effectifs. Progressivement, il se réalise donc un déplacement : d'abord le nourrisson craint de vivre un état de détresse en l'absence de la mère, puis cette absence devient un danger en soi et le nourrisson va émettre le signal d'angoisse avant l'apparition de l'état de détresse.

Parallèlement, le refoulement n'est plus la cause de l'angoisse, mais sa conséquence. En effet, l'angoisse apparaît quand se présente une représentation pulsionnelle dangereuse et inacceptable, le refoulement intervenant alors secondairement. Dans cette optique, Freud développe l'idée que si les dangers varient aux différentes époques de la vie, ils impliquent tous une séparation ou une perte. L'angoisse de séparation doit être considérée comme la toile de fond de toutes les angoisses ultérieures. Le stade de développement de l'enfant modifie l'élaboration fantasmatique de cette angoisse.

Ainsi, à travers le jeu de la bobine (Marcelli, 2009), Freud décrit la manipulation par un enfant de 18 mois de l'absence et de la réapparition d'un objet alors qu'il se trouve seul, jeu ponctué d'exclamations (for : parti ; da : voilà). L'auteur remarque que le temps de la réapparition de l'objet provoquée par l'enfant manque volontiers : *"le départ était mis en scène pour lui seul comme jeu et même bien plus souvent que l'épisode entier avec sa conclusion et la plaisir qu'elle procurait"* (Marcelli, 2009). Comment l'absence, *a priori* désagréable, peut-elle procurer du plaisir ?

Deux explications sont avancées. Il pourrait s'agir de pulsions agressives envers la mère réprimées habituellement. L'enfant exprimerait ainsi sa désapprobation par rapport à sa solitude, au manque. Freud propose une autre explication : l'organisation d'un tel jeu pourrait être l'expression d'un certain niveau de maturation de l'appareil psychique tel que l'enfant commence à se suffire lui-même pour contenir la menace d'anéantissement liée à l'angoisse et à la solitude. Une telle maîtrise est par ailleurs source de plaisir. Cette conduite de maîtrise représente la tentative de contrôler le danger vécu en passant d'une position passive à une attitude active. L'enfant commence à utiliser son psychisme de manière autonome. Il parvient à représenter et tolérer la séparation, la solitude. L'investissement du fonctionnement autonome (aussi bien mentalisé interne, qu'externalisé comportemental) représente ainsi un palier essentiel dans les transformations possibles ou impossibles de l'angoisse. A chaque phase du développement de l'enfant correspond donc une situation particulière capable de déterminer une réaction d'angoisse.

Comme la naissance et la perte de l'amour de l'objet, la castration de la phase phallique peut aussi être comprise comme une séparation, "séparation de l'organe génital" hautement investi narcissiquement. L'observation du petit Hans est paradigmatique des idées de Freud sur les liens entre l'angoisse et la sexualité, notamment sur le rôle central qu'il attribue au complexe d'Oedipe dans la théorie psychanalytique. Le symptôme en cause chez ce garçon de 5 ans est la crainte d'être mordu par les chevaux, crainte qui l'empêche de sortir de chez lui. Dans sa première élaboration théorique, Freud pose le problème du maintien du lien avec la mère. En effet, dans le rêve d'angoisse fondateur Hans perd sa mère, il ne peut plus "faire câlin" avec celle-ci. L'auteur conclut que *"la tendresse accrue pour la mère se mue en angoisse qui succombe au refoulement"* (Marcelli, 2009). L'autre aspect soulevé par Freud concerne la mise en évidence chez Hans d'une angoisse de perdre une partie du corps que l'auteur relie à la menace de castration. L'angoisse

phobique est due au refoulement - première théorie - de tendances agressives. La crainte d'externaliser de telles pulsions est déplacée sur un objet substitutif mais la fonction du symptôme est de maintenir le lien avec la mère. Dans cette première théorie, l'angoisse résulte du refoulement de la libido lorsqu'elle ne trouve pas l'objet de sa satisfaction : l'angoisse est donc secondaire et représente une imperfection, une scorie d'un mécanisme psychique - le refoulement - imparfait. Ainsi lorsque la mère est absente, la libido n'ayant plus d'objet de fixation doit être refoulée, ce qui provoque l'angoisse.

Cependant Freud réexamine cette observation à la lumière des remaniements théoriques qu'il apporte à l'angoisse. Le but de la phobie est désormais de tenter de résoudre le conflit oedipien vis-à-vis du père par le refoulement de la motion pulsionnelle hostile. Le moteur du refoulement est "l'angoisse devant une menace de castration". Etre mordu est un substitut du contenu "être châtré par le père", contenu qui subit le refoulement. Dans cette deuxième théorie, *"dès que le moi a reconnu le danger de castration il donne le signal d'angoisse et inhibe au moyen de l'instance plaisir-déplaisir, le processus d'investissement menaçant dans le ça. Simultanément la formation de la phobie s'effectue...L'angoisse de castration reçoit un autre objet et une expression déformée"* (Marcelli, 2009).

Le système de projection mis en place échange "un danger pulsionnel interne" contre "un danger perceptif externe" à l'égard duquel il est plus facile de se défendre notamment par la "fuite qui ne sert à rien contre un danger venant de l'extérieur". Ainsi l'angoisse est devenue un signal d'alarme ; elle pousse le Moi de l'enfant à utiliser les divers mécanismes de défense à sa disposition pour lutter contre ce qu'il pressent comme un danger. Le symptôme a une fonction économique permettant de stopper le développement de l'angoisse.

Freud est passé d'une compréhension "réflexologiste" de l'angoisse à une hypothèse méta psychologique, l'angoisse devenant le précurseur d'une élaboration fantasmatique secondaire. En fonction du stade maturatif de l'enfant, le niveau d'angoisse fantasmatique évolue de l'angoisse de perte d'objet, à l'angoisse de perte d'amour de l'objet, puis à l'angoisse de castration.

L'apport de Mélanie Klein

L'angoisse de séparation chez Mélanie Klein s'inscrit dans le cadre plus général de ses théories sur la relation d'objet. Pour elle, le moi et l'objet existent dès la naissance. La relation d'objet précoce résulte de l'interaction entre le fantasme et la réalité et le concept de fantasme inconscient est fondamental. Dès le début de la vie de l'enfant, le moi est le siège d'un conflit entre pulsion de vie et pulsion de mort. L'angoisse naît du danger d'anéantissement lié à « *l'action de l'instinct de mort* » (Bailly, 2004). Du fait du clivage pulsionnel en bons et mauvais objets et du mécanisme de projection, la menace est ressentie comme venant de l'extérieur, des mauvais objets partiels persécuteurs.

Parallèlement, par un mécanisme d'introjection, cet objet persécuteur externe devient interne. Il existe donc une source interne à l'angoisse, la pulsion agressive, mais aussi des "sources externes" de danger dont la situation de séparation. La séparation d'avec la mère est vécue non seulement comme une menace pour la satisfaction des besoins de l'enfant du fait de sa dépendance absolue, mais aussi comme la perte de la première ligne de défense contre les destruction interne. Chaque séparation va donc provoquer, soit des angoisses paranoïdes (angoisse d'anéantissement et d'annihilation), soit des angoisses dépressives (peur de la destruction du bon objet interne). Au cours du développement, l'enfant atteint la position dépressive, la séparation et l'absence de la mère sont alors moins ressenties sur le mode de la persécution et davantage sur celui de la dépression. L'enfant craint d'avoir détruit la mère par les sentiments agressifs qu'il entretient à son égard. L'enfant expérimente diverses situations de séparation au cours de son développement, dont la naissance, mais surtout le sevrage qui est, pour Klein, le prototype de toutes les pertes ultérieures.

L'apport de René Spitz

Les travaux de René Spitz (Bailly, 2004) sur la séparation sont essentiellement basés sur l'observation de situations de séparation réelle chez des nourrissons qui subissaient un placement dans diverses institutions. A partir de ces observations, René Spitz a pu décrire deux syndromes résultant de la carence de soins maternels au cours de la seconde partie de la première année de la vie :

-la dépression anaclitique ou carence affective partielle, qui comprend une modification progressive du comportement et l'apparition d'un retard de développement, ce tableau restant réversible en cas de retour de la mère ;

-l'hospitalisme ou carence affective totale qui apparaît lorsque la séparation se prolonge et qui peut laisser des séquelles au niveau développemental même après le retour de la mère et entraîner la mort.

René Spitz a ainsi démontré l'importance de la relation mère-enfant pour le bon développement psycho-affectif de ce dernier. Il situe la période de plus grande vulnérabilité de l'enfant à la séparation entre le huitième et le dix-huitième mois, période qu'il définit comme la "période objectale" au cours de laquelle l'enfant reconnaît sa mère comme objet privilégié et où survient la "première manifestation de l'angoisse proprement dite" qu'il dénomme "angoisse de l'étranger". Cette angoisse serait liée à la perception par le nourrisson de la non-identité du visage de l'étranger qu'il voit avec celui de sa mère dont il a maintenant gardé la trace mnésique. Il aurait alors peur d'avoir perdu sa mère. Classiquement, l'angoisse de l'étranger est donc située au huitième mois, mais il existe évidemment des variations individuelles. L'apparition de cette manifestation d'angoisse revêt une grande importance dans le développement de l'enfant selon les théories de René Spitz, puisqu'elle est l'indicateur du deuxième organisateur psychique, reflétant l'existence d'une véritable relation d'objet.

L'apport de Winnicott

Pour Winnicott, comme pour d'autres auteurs, le nourrisson, au début de sa vie, est totalement dépendant de l'environnement. Il n'a pas conscience de cet environnement. Le bébé est un être immature, tout le temps au bord d'une "angoisse inimaginable". Cette angoisse peut prendre des aspects variables : se morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas avoir de relation avec son corps, ne pas avoir d'orientation....et ce n'est que grâce à la capacité d'adaptation d'une "mère suffisamment bonne" qu'il peut tenir à l'écart cette angoisse. Winnicott souligne donc le rôle particulièrement important de l'environnement et plus particulièrement de la mère dans le développement de l'enfant. A ce stade, lorsque la mère s'absente, son absence n'est pas perçue

comme telle par le nourrisson, étant donné la non-différenciation entre le moi et le non-moi, mais elle peut entraîner la non-satisfaction des besoins de l'enfant et un état de carence ou de défaut d'adaptation de l'environnement qui oblige le nourrisson à "réagir". Si cette situation se prolonge, l'enfant va vivre l'expérience de la rupture du sentiment de continuité de son existence.

Progressivement, lorsque le développement est harmonieux, l'enfant acquiert la possibilité de différenciation entre le moi et le non-moi et la "capacité d'être seul". Cette évolution se déroule globalement au cours de la deuxième partie de la première année de la vie. La capacité d'être seul repose sur l'existence dans la relation psychique d'un bon objet. Elle se développe à partir de la capacité à être seul en présence de la mère qui joue alors le rôle de support indispensable au moi encore fragile de l'enfant, puis il y aura intériorisation de la fonction maternelle de support et l'enfant pourra vivre l'expérience de la solitude sans se sentir menacé. Au contraire, celle-ci rendra possible la découverte d'une vie personnelle et du sentiment d'être réel. Ce n'est donc qu'à partir du moment où l'enfant a acquis une ébauche de représentation mentale du monde extérieur et de la mère qu'il est amené à vivre des expériences de séparation et à utiliser l'objet transitionnel (Bailly, 2004).

L'objet transitionnel est le symbole de l'union de deux personnes désormais séparées, la mère et le bébé, et peut être utilisé comme défense face à l'angoisse. Ainsi, lorsque la mère quitte l'enfant, il est capable de le supporter si son absence ne dure pas trop longtemps, car il conserve son souvenir. Si la durée de cette absence excède un certain temps, l'image s'efface. Le bébé est désemparé et ne peut plus utiliser le symbole de l'union qu'est l'objet transitionnel, ce dernier ayant perdu toute signification.

De Freud à Winnicott, chacun de ces auteurs nous montre donc que l'angoisse prend racine dans la petite enfance et suit l'évolution de l'enfant. Quel que soit le moment où elle se situe dans la vie de l'enfant, elle garde toujours un lien avec l'angoisse de séparation originelle. A chaque phase du développement de l'enfant correspond donc une situation particulière capable de déterminer une réaction d'angoisse.

Ces auteurs nous aident également à repérer l'importance fondamentale du rôle soutenant pour l'enfant de l'environnement et des adultes qui, dans un jeu de proximité/distance vont progressivement permettre à l'enfant de tolérer seul de plus grandes quantités d'angoisse.

Au fur et mesure de ces étapes, l'enfant va s'organiser pour tenter seul de contenir la menace que représentent l'angoisse et la solitude. Nous l'avons vu, c'est moins la quantité d'angoisse à maîtriser que les moyens mis en place par l'enfant pour la dompter qui détermineront les transformations possibles ou impossibles de l'angoisse et donc l'ensemble des symptômes susceptibles de venir entraver le développement de l'enfant.

Nous allons nous intéresser à présent sur les organisations psychiques que l'enfant peut être amené à mettre en place sous la menace de l'angoisse, sans prétendre à une liste exhaustive. Chaque enfant est singulier et chacun a sa propre manière de lutter contre l'angoisse. Cependant, en abordant les phobies, les obsessions, les compulsions et l'inhibition chez l'enfant, nous aimerions montrer que l'angoisse peut envahir tous les domaines de la vie de l'enfant et affecter, entre autres, son langage, sa pensée et ses apprentissages, trois domaines qui concernent directement les orthophonistes.

3. Les symptômes de l'angoisse chez l'enfant

Nous l'avons vu précédemment, pour échapper au développement de l'angoisse, nous sommes tous amenés à créer des symptômes. Quels sont ceux que l'on retrouve le plus souvent dans la clinique pédopsychiatrique ?

A. Les conduites phobiques

Ce sont les manifestations d'angoisse dites les plus « simples » (Marcelli, 2009). Les phobies sont des craintes non justifiées d'un objet ou d'une situation, dont la confrontation est pour le sujet source d'une réaction intense d'angoisse. Par rapport à la phobie, le sujet tend à utiliser une stratégie défensive dans laquelle on peut décrire les conduites d'évitement ou l'utilisation d'un objet contre la phobie. La distinction est difficile entre peur et phobie, distinction où interviennent le stade de maturation du Moi, mais aussi l'expérience vécue, l'éducation, les

capacités d'apprentissage : de l'ensemble de ces facteurs résulte l'élaboration fantasmatique qui organise la peur ou la phobie.

Comme pour l'angoisse, il est artificiel de distinguer des « peurs ou phobies normales » et des « peurs et phobies pathologiques ». Seule l'évaluation économique et dynamique peut donner des éléments de réponse, et non pas un simple repérage sémiologique, aussi fin soit-il. La classification américaine DSM-IV distingue les *phobies simples* (objet ou situation) où domine l'anticipation anxieuse et les *phobies sociales*, peur dite irrationnelle et persistante de situations dans lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Les premières manifestations de phobie sociale pourraient être chez l'enfant la peur de l'interrogation orale en classe – peur de passer au tableau –, la peur de parler devant des étrangers, etc. La forme la plus achevée de « phobie sociale » est chez l'enfant la « phobie scolaire ».

On distingue les phobies dites archaïques ou prégénitales et les phobies oedipiennes. Les premières sont les états de panique intense avec tous les signes de terreur déclenchés par des objets ou des situations très ordinaires de la vie quotidienne et observés le plus souvent chez des enfants jeunes présentant un trouble du développement psychoaffectif (psychoses précoces, TED, états limites de l'enfance, dysharmonie..). Tout peut se voir : peur de la chasse d'eau des WC, peur d'un appareil électroménager, peur du bain ou de la bonde d'écoulement, peur d'un trait particulier sur un visage (barbe...). Ces peurs archaïques semblent correspondre à l'incapacité d'élaborer mentalement l'angoisse. La massivité de l'angoisse, la sidération habituelle de l'ensemble des capacités d'élaboration mentale, l'absence de contre-investissements efficaces (évitement, objet contraphobique), la fréquence de la décharge motrice (grande crise d'agitation, d'automutilation ou de colère) comme seule issue possible à l'angoisse caractérisent ces phobies de type archaïque. Les secondes sont les phobies de la période oedipienne. Il n'y a aucune rupture brutale, ni temporelle ni structurelle, entre ces deux types de phobies. A la période oedipienne, la nature des objets et situations phobiques est quasi infinie. L'élément d'évaluation essentielle est le poids de l'investissement économique de l'objet ou de la situation phobique. Tous les intermédiaires existent entre l'enfant qui, la nuit, traverse en courant le couloir pour aller faire pipi au WC, avec un léger pincement au cœur, et celui qui hurle dans sa chambre, paralysé entre sa crainte d'uriner au lit et sa terreur de devoir traverser ce même couloir. Dans le second cas, la réaction de la famille peut être déterminante en contraignant l'enfant (soit à cause de la propre

attitude phobique des parents, soit par réaction teintée d'agressivité sadique), ce qui risque d'aboutir à une extension de l'angoisse phobique.

L'exemple le plus célèbre de la littérature pédopsychiatrique concernant les phobies oedipiennes est celui du petit Hans dont nous avons déjà parlé tout à l'heure. Hans, vers 5 ans et demi, se met à avoir peur de sortir dans la rue car il craint d'être mordu par un cheval. Au cours de l'analyse, il apparaît que cette peur du cheval est un déplacement de la peur du père et de la punition que celui-ci pourrait lui infliger en raison des désirs tendres qu'il ressent pour sa mère. Cette crainte d'être mordu se transforme secondairement en peur de voir les chevaux tomber, c'est-à-dire en une représentation substitutive de l'agressivité à l'égard du père. De même, la peur de voir l'attelage lourdement chargé (la charrette) sortir du garage est le déplacement symbolique en son contraire du plaisir pris à exonérer avec la mère dans les WC, plaisir d'autant plus coupable qu'une petite sœur est née récemment. Dans cet exemple, on voit le travail psychique répété de déplacement symbolique et d'encastrement successif aboutissant à la surdétermination du symptôme. Cette phobie a aussi des bénéfices secondaires pour Hans : rester à la maison près de sa mère et pouvoir maintenir la relation avec le père et même susciter son intérêt.

Les opérations mentales de refoulement, déplacement, surdétermination, contre-investissement et possibilité de bénéfice secondaire, témoignent d'une part de la mise en place des principales instances psychiques (Moi et Surmoi en particulier), d'autre part de leur relative efficacité à lier l'angoisse à des représentations symboliques, enfin de la possibilité de maintenir un cadre maturatif et évolutif.

B. Les conduites obsessionnelles compulsives de l'enfant

L'obsession est un comportement qui assiège (obsidere = assiéger) le patient avec un sentiment de malaise anxieux, dont il ne peut se défaire. On décrit des rituels ou des compulsions à agir (rite de lavage, de vérification, de toucher, etc...) contre lesquels le patient lutte plus ou moins avec angoisse. De nombreux rituels apparaissent chez l'enfant comme des conduites banales, (contrairement à la phobie) sans lutte anxieuse, du moins au début. Cependant, chez certains enfants persistent des rituels particuliers qui s'organisent le plus souvent autour de la propreté : lavage des mains, des verres, besoins répétitifs et conjuratoires de toucher auxquels s'associent des pensées obsédantes et conjuratoires, rites de vérification divers (gaz, porte, électricité, etc).

On observe ces conduites chez les enfants plus âgés et elles s'accompagnent souvent d'une légère lutte anxieuse. Comme pour les phobies, il est essentiel de distinguer le niveau économique et dynamique auquel se situent les conduites obsessionnelles observées chez un enfant.

Sigmund Freud a montré qu'une des sources de l'organisation obsessionnelle est représentée par une maturité du moi en avance sur les besoins pulsionnels que ce moi réprime : il utilise alors des mécanismes de contrôle et d'isolation auxquels s'ajoute le mécanisme d'annulation. Cette situation est particulièrement fréquente en période de latence où le Moi connaît une poussée maturative considérable en même temps qu'il se plie aux exigences de la socialisation, tandis que les exigences pulsionnelles sont moins intenses.

C'est pourquoi de petits traits obsessionnels sont fréquents chez l'enfant à cet âge (rangement du cartable, collections diverses, accumulation d'objets divers...), tous fréquemment associés avec des traces de motions pulsionnelles opposées (fouillis, refus de se laver...); ces traits obsessionnels ne compromettent pas l'évolution maturative normale. Dans d'autres cas, la massivité des conduites obsessionnelles, leur caractère désadapté, surtout la désadaptation croissante qu'elles provoquent par rapport à la maturation, le manque de contre-investissement positif, témoigneront de l'organisation pré-génitale sous-jacente.

C. Les manifestations convertives de l'enfant

Parlant de l'hystérie, il convient de distinguer les symptômes hystériques des traits de personnalité dite hystérique dont la délimitation chez l'enfant est très imprécises. La terminologie "hystérie" a été abandonnée dans les classifications actuelles (DSM, OMS), où l'on parle plutôt de conversion. Les symptômes convertifs transforment l'énergie libidinale en symptômes corporels.

Les conversions chez l'enfant peuvent toucher l'appareil locomoteur, en particulier la marche : boiterie, attitude ébrieuse, incapacité de marcher. Le handicap est toujours grossier, peut céder quand l'enfant est couché ou n'est pas observé. Les autres symptômes durables décrits chez l'enfant sont représentés par l'hypoacousie, la cécité, l'aphonie ou le mutisme. Le plus souvent, on les observe chez des enfants plus grands ou les adolescents. Un élément paraît d'autant plus important que l'enfant est jeune : on retrouve de façon quasi constante un symptôme moteur identique dans le proche entourage : boiterie d'un parent, hémiplégie récente d'un grand-parent,

accident avec handicap moteur d'un oncle, etc. Le diagnostic de conversion de l'enfant ne doit être accepté qu'après un bilan somatique avisé.

D. L'inhibition

L'inhibition est un symptôme souvent rencontré dans le cadre d'une consultation médico-psychologique. Elle est également au cœur de beaucoup de prises en charge orthophoniques avec les enfants. L'inhibition scolaire en particulier représente un des motifs les plus fréquents de consultation d'un enfant entre 8 et 12 ans. Elle peut toucher tous les secteurs de la vie de l'enfant. On peut la repérer sur le versant comportemental (repliement, évitement des relations sociales) et sur le versant intrapsychique (trou de mémoire, incapacité de penser, etc.) qui se font écho.

Tous les degrés d'inhibition peuvent se repérer dans le comportement. Il y a ainsi des enfants toujours calmes, facilement soumis, ne faisant jamais parler d'eux, qu'on qualifie volontiers de "trop sages", mais qui conservent cependant une possibilité de contact avec les autres enfants : ils jouent ou travaillent avec plaisir. On peut rencontrer des inhibitions plus importantes : enfants toujours isolés, n'osant pas, malgré leur désir parfois avoué, s'approcher des autres, aussi bien des adultes que des enfants : ils ne jouent pas dans la cour de l'école, restent chez eux pendant les jours de congé, refusent les activités de groupe. Leur attitude est parfois contrastée avec leur propre entourage (parent ou fratrie) où ils peuvent dans un cadre protégé se montrer autoritaires et dominateurs. Au maximum se trouve réalisé le tableau de mutisme extra-familial pour lequel la consultation orthophonique arrive souvent au premier plan. Dans la majorité des cas, la famille parle de timidité qui, lorsqu'elle devient trop importante, peut entraver les processus de socialisation de l'enfant.

L'inhibition peut aussi toucher le corps de l'enfant : peu mobile, peu actif, la mimique pauvre. Au maximum il s'agit de maladresse gestuelle, voire de véritables dyspraxies qui ne font qu'aggraver le cercle vicieux de la timidité. L'inhibition à rêver, imaginer, fantasmer est également assez fréquente. Elle peut s'accompagner de petits traits obsessionnels. Il s'agit d'enfants jouant peu, ou alors à des jeux très conformistes, préférant recopier des dessins plutôt que d'en inventer, raturant et gommant beaucoup avec un graphisme mal assuré, parfois même tremblant, aimant les activités de manipulation qui ont toujours un aspect un peu répétitif.

L'inhibition peut également se repérer sur le versant intellectuel et cognitif. Les enfants paraissent entravés dans leur capacité de penser, toujours en retrait, intervenant peu dans les activités scolaires, craignant d'être interrogés. Confrontés à une question orale ou écrite, ces enfants expriment leur crainte extrême de se tromper, crainte qui peut aller jusqu'à un sentiment de "blanc" ou de "vide" dans la tête. Cette inhibition peut aboutir à des difficultés d'apprentissage chez un enfant à l'intelligence par ailleurs normale. Il s'agit en général de difficultés dans un domaine pédagogique particulier : lecture, écriture, orthographe, calcul...

Dans Inhibition, Symptôme et Angoisse, Sigmund Freud montre que l'inhibition est l'expression d'une limitation fonctionnelle du Moi dont le but est d'éviter un conflit avec le ça, c'est-à-dire d'éviter la confrontation aux pulsions libidinales ou agressives (Marcelli, 2009).

C'est d'ailleurs une constatation clinique et psychothérapeutique fréquente : l'inhibition, lorsqu'elle s'atténue, laisse transparaître d'autres conduites symptomatiques phobiques, obsessionnelles ou agressives par exemple. De manière générale, les pulsions libidinales mais surtout agressives sont souvent vives et vécues comme angoissantes et source de culpabilité par l'enfant inhibé. Le refoulement massif de ces pulsions représente la seule possibilité, en raison d'un Moi trop fragile ou de contraintes éducatives et parentales trop rigoureuses.

Chez un grand nombre d'enfants inhibés, une expression fantasmatique parfois très riche succède à la phase d'inhibition du début de la thérapie, accompagnée ou non de changements de comportement : l'enfant devient turbulent ou agressif, il n'a plus la "sagesse ancienne". On comprend la nécessité d'une étroite collaboration avec les parents pour qu'ils accèdent à une compréhension positive de ces changements.

Nous l'avons vu tout au long de ces premiers apports théoriques, l'angoisse est, pour l'adulte comme pour l'enfant, ce point d'achoppement où l'énergie pulsionnelle n'est pas régulée. Elle est ce sur quoi le sujet n'a pas de prises et qui le submerge et l'envahit, l'avertissant tant bien que mal d'un danger, d'une menace pour son équilibre psychique.

L'angoisse a donc un sens, elle n'est pas seulement cette bête noire que l'on s' imagine éradiquer au plus vite à coup de médicaments. Elle mobilise le sujet, l'engage à trouver et créer des chemins de traverse pour que son équilibre psychique ne soit pas rompu.

Nous l'avons vu, l'enfant n'échappe pas à la règle de l'angoisse. Mais, moins armé que l'adulte pour la contenir, il va développer un ensemble de symptômes - tentatives fragiles et vaines de maîtriser l'angoisse - qui pourront venir entraver significativement son développement.

Ces symptômes pourront toucher tous les secteurs de sa vie, y compris son langage, sa pensée et ses apprentissages, domaines travaillés par l'orthophoniste.

L'orthophoniste est-il préparé à cette rencontre avec l'angoisse de l'enfant ? Comment peut-il repérer l'angoisse de l'enfant, et quelles attitudes peut-il adopter face à cette angoisse ? Si l'angoisse a pour caractéristique principale de submerger, d'être envahissante, comment envisager que l'orthophoniste ne se laisse pas entraîné par l'angoisse de l'enfant ? L'angoisse de l'enfant peut-elle faire écho à l'angoisse de l'orthophoniste ? Et, à ce titre, n'est-elle pas un alors un obstacle de taille à la prise en charge ?

Autant de questions que nous allons pouvoir aborder à présent en tentant d'abord de donner des éléments de définition du cadre de soins en orthophonie et de la relation thérapeutique qui se crée entre l'orthophoniste et l'enfant.

III. Le cadre de soins en orthophonie

L'enfant et l'orthophoniste se rencontrent dans un cadre bien précis qui n'est pas celui de l'école ou de la maison, ni même celui d'une consultation médicale généraliste. Quels sont les caractéristiques de cette rencontre ?

1. De la rencontre...

A. L'asymétrie

Toute rencontre entre un orthophoniste et un patient, qu'il soit adulte ou enfant, est d'emblée marquée par le sceau de l'asymétrie. Si ces deux personnes échangent, c'est parce que l'une vient demander quelque chose à l'autre qui ne demande rien. Le premier vient en raison de la fonction que l'autre occupe, fonction qui suppose une formation, laquelle permet de prendre une certaine position dans le dialogue. Le patient rencontre l'orthophoniste parce qu'il fait face à une difficulté qu'il ne peut résoudre seul et qui nécessite l'intervention de quelqu'un d'autre. Il arrive donc avec une plainte, des questions, des inquiétudes, des besoins et l'envie d'être soulagé de sa souffrance. Sans nécessairement souffrir, il peut se sentir incertain ou indécis et simplement demander conseil. En tous les cas, il est en position d'attente, de demande. L'orthophoniste, en tant que soignant, est là pour apporter son aide à un patient en difficulté. Il est fondamentalement au service d'autrui. Sa fonction a pour caractéristique première l'intérêt pour l'autre et, plus précisément, l'intérêt pour la souffrance de l'autre. La volonté d'aider et d'accompagner les patients vers un mieux-être oriente et justifie son travail.

B. La spécificité de la demande chez l'enfant

La demande correspond à l'ensemble des motivations et des attentes du patient que l'orthophoniste cherche à connaître lors du bilan. C'est une notion fondamentale dans le champ thérapeutique. Elle fonde notre pratique et nos relations avec les patients. En effet, tous les patients que nous rencontrons arrivent avec une demande de soins qu'ils nous adressent dès le bilan, ou même dès la première prise de contact téléphonique. Si elle s'énonce pour la première fois au moment du bilan, elle n'est cependant pas figée, rigide, elle pourra évoluer au cours de l'échange avec l'orthophoniste, en fonction des conclusions du bilan, et par la suite, au fur et à mesure de la prise en charge. Dans le cas de l'enfant, cette démarche est toujours parentale. En effet, l'enfant qui arrive en consultation pour un bilan en orthophonie, ne vient pas de sa propre initiative. Ce sont ses parents, sa famille – ce sont parfois les grands-parents, les oncles et tantes ou encore les parents de la famille d'accueil de l'enfant – qui vont adresser une demande à l'orthophoniste. Ils en sont parfois les initiateurs : ils ont repéré un certain nombre de choses dans la façon de parler, d'écrire ou de communiquer de leur enfant et souhaitent solliciter l'avis de quelqu'un susceptible de les aider. Beaucoup d'entre eux viennent à la suite d'une consultation médicale ou sur les conseils de l'instituteur/trice dont ils se font les messagers. D'emblée, lors de la rencontre avec un enfant et sa famille, les interlocuteurs en présence sont donc multiples : la

famille, l'école, l'orthophoniste et l'enfant qui, on le pressent, peut déjà être traversé par l'angoisse dans cette situation potentiellement délicate pour lui où, se retrouvant au centre de ce « colloque singulier », il n'en reste pas moins celui qui, en général, en maîtrise le moins les tenants et les aboutissants. Le premier travail de l'orthophoniste est donc de démêler les fils de cette demande : qui en est l'instigateur ? Comment les parents, s'ils relaient la demande d'un tiers, se positionnent-ils par rapport à cette demande ? Qu'est-ce qui « fait souffrance » ? A qui et pourquoi ? Qu'est-ce qui est attendu du bilan et/ou de la prise en charge en orthophonie ?

Nous intéresser au sens de cette demande, c'est interroger le désir qu'elle soutient. Demande et désir sont deux choses imbriquées mais dissociées. Le fait qu'il y ait une demande implique qu'il y ait, de façon plus ou moins consciente, un désir. Celui qui porte la demande et la soumet à un destinataire a des attentes en retour. Toute demande est adressée à un interlocuteur selon les représentations que se fait le patient ou sa famille du symptôme et du rôle de l'interlocuteur. Ce désir ne s'exprime pas de façon explicite mais dans la plainte, qui supporte l'adresse d'une demande. Dans le cas des troubles du langage oral et/ou écrit chez l'enfant, bien souvent, le désir des parents est un désir de réparation, de rattrapage d'un retard et donc d'un retour à la norme. En effet, les représentations de la majorité des familles à propos du travail proposé en orthophonie sont profondément liées aux attentes scolaires et sociales. Le langage est d'abord et avant tout perçu comme le support fondamental des apprentissages de l'enfant et de l'adolescent et comme l'outil indispensable des échanges sociaux. Sa maîtrise est donc la garantie de l'insertion sociale. Cette demande sociale de "normalisation" du langage de l'enfant peut s'accompagner chez certains parents d'une grande inquiétude et de beaucoup d'angoisse. Cette angoisse des parents est une dimension essentielle de notre travail avec les enfants. Si elle est présente à des degrés différents selon les familles, elle est à repérer pour mieux comprendre l'angoisse de certains enfants. En effet, tout enfant se situe dans une dynamique familiale singulière plus ou moins complexe. Comme l'écrit Maud Mannoni : *"le langage dessine un système où les mots prennent une place dans un certain ordre. Il en va de même pour la notion de parenté, le sujet se situe dans une lignée. La place qu'il y occupe suppose un certain rapport aux différents termes de ce système."* (Le Gurun, 2006) Les inquiétudes des parents peuvent donc venir nourrir et entretenir les siennes. L'enfant peut se faire le support des angoisses parentales.

Au-delà de la prise en compte de l'angoisse des parents, face à la demande, nous avons à nous interroger sur la pertinence de l'indication en orthophonie. Car derrière le symptôme de l'enfant, qui justifie la démarche parentale, ce peut être une problématique plus complexe qui se joue. Si nous nous devons d'entendre et d'accueillir la demande, nous devons nous poser la question épineuse de savoir si elle appartient à notre champ de compétences. En effet, une des questions que pose l'angoisse de l'enfant à l'orthophoniste, c'est la pertinence d'un accompagnement en orthophonie lorsque l'enfant est envahi par des angoisses massives qui, en plus d'envahir son langage et ses apprentissages, touchent d'autres sphères de son quotidien. Nous pouvons estimer alors qu'il serait judicieux pour les parents de s'adresser à d'autres professionnels parce que nous repérons que les difficultés de langage de l'enfant s'inscrivent dans d'autres logiques médicales ou psychothérapeutiques. Nous avons une vigilance à avoir, non pas nécessairement pour refuser de prendre en charge l'enfant et le rediriger vers un psychothérapeute, mais déjà au moins pour considérer une proposition de soins double et complémentaire entre orthophonie et psychothérapie. C'est bien sûr une question à travailler avant tout avec l'enfant et ses parents. Dans l'hypothèse où les parents ne souhaiteraient pas envisager une prise en charge en psychothérapie, le risque est parfois de rompre la démarche de soin des parents. Nous pouvons alors accueillir la demande et, selon Michèle Grossen, *« le symptôme peut alors être considéré comme un médiateur relationnel au travers duquel certains aspects psychologiques peuvent être abordés, non pas de façon explicite mais implicite. L'important dans le hic et le nunc de la consultation ne concerne pas tant les significations que l'intervenant, de son point de vue, attribue au symptôme que l'espace de dialogue qui est ouvert par ce symptôme. »* (Le Gurun, 2006). Par son intervention, l'orthophoniste peut donc déjà offrir une place à un discours sur le symptôme et ouvrir un espace de dialogue autour de celui-ci qui pourra avoir des effets bénéfiques sur le développement de l'enfant.

C. L'évaluation du trouble

A partir de la prise en compte de la demande, l'orthophoniste cherchera à approfondir sa compréhension du symptôme pour lequel l'enfant et sa famille consulte. Lorsque nous recevons un enfant souffrant de difficultés dans les domaines du langage et de la communication, il nous est demandé d'évaluer dans quelle mesure ces difficultés peuvent être préjudiciables à son développement et de déterminer la pertinence d'un accompagnement en orthophonie en fonction

de l'importance de ces difficultés et de l'adhésion de l'enfant à cette proposition thérapeutique. Deux perspectives, différentes mais complémentaires, s'offrent alors à nous pour nous permettre de saisir la portée des difficultés de l'enfant : une perspective instrumentale et une perspective clinique.

Envisager un trouble du langage selon une perspective dite couramment « instrumentale », c'est évaluer son écart à la norme, c'est-à-dire déterminer dans quelle mesure la compréhension ou l'expression de l'enfant n'est pas celle attendue pour un enfant de son âge, selon les étapes normales du développement de l'enfant définies socialement. Le langage est alors considéré sous son seul angle de fonction de communication et d'information, isolée et indépendante des autres dimensions du sujet, et le patient comme une somme de fonctions à normaliser, réparer, afin que soit garantie sa réussite relationnelle et sa conformité sociale. La clinique instrumentale usuelle en orthophonie s'appuie sur des instruments qui ont été préparés, élaborés, avant la rencontre avec le patient. Les tests sont par excellence un de ces instruments. Nous laisserons de côté la critique idéologique des tests : on peut faire un mauvais usage de n'importe quoi. L'orthophoniste qui débute trouve un appui précieux dans les tests, qui résument pour lui les expériences faites sur de nombreux sujets par ceux qui l'ont précédé. La situation étant standardisée, ce qui est à observer se trouve réduit, cadré, et l'on peut très vite se rendre compte des nuances par rapport à la norme dans les réponses et les productions des enfants. L'évaluation instrumentale des troubles du langage de l'enfant relèvera donc les erreurs de l'enfant dans l'utilisation qu'il fait de la langue et chiffrera leur écart à la norme attendue. Au-delà des résultats chiffrés de ces tests, ce qui peut être précieux pour l'orthophoniste, c'est l'analyse qui lui permet notamment de déterminer si les erreurs de l'enfant sont régulières et stables ou si au contraire elles parasitent toutes ces productions de manière aléatoire et imprévisible. Cette démarche nous permet d'affiner notre compréhension des difficultés de l'enfant.

Là encore, évaluer les difficultés de l'enfant au moyen d'épreuves et de tests standardisés n'est pas toujours possible avec certains enfants qui, conscients de leurs difficultés ou très angoissés par la situation de test, manifesteront leurs refus ou leurs peurs dès leur entrée dans notre bureau. L'angoisse de l'enfant oblige donc l'orthophoniste à se décaler d'une perspective strictement instrumentale des difficultés de l'enfant et à envisager l'enfant non pas seulement à travers le prisme de ce qui lui « fait défaut », ce qui n'est pas conforme chez lui à la norme attendue, mais à

partir de la prise en compte de toutes les dimensions de sa personnalité. C'est à une démarche *clinique* que nous engageant les enfants qui viennent nous dire quelque chose de leur angoisse. Attardons-nous sur cette dimension clinique qui est le cœur, selon nous, de notre pratique.

D. La clinique

Le terme « clinique » vient de la médecine, il désigne ce que l'on fait *au lit* du malade par opposition à ce qu'apportent d'autres sources d'information : les examens « paracliniques » qui se sont aujourd'hui multipliés (dosages chimiques, examens histologiques, rayons X, scanner etc.). L'examen clinique en médecine se résume sous les initiales : IPPA, c'est-à-dire inspection, palpation, percussion, auscultation. Malgré tous les progrès des examens de laboratoire, le médecin a intérêt à continuer de regarder, de palper, de percuter, d'ausculter, on pourrait même ajouter de flairer. Hormis le stéthoscope (mais on peut s'en passer), on voit que ces investigations se font *à mains nues, sans instrument*. Cette définition nous permet de situer l'orthophonie « clinique ». C'est-à-dire les situations où l'orthophoniste n'emploie aucun instrument pour observer et connaître l'enfant, mais où il tente, à travers des situations de jeu, d'échange, d'écoute, de rencontrer l'enfant autrement qu'à travers le filtre d'une évaluation standardisée de son symptôme. Pendant ces temps cliniques, l'orthophoniste n'a pas d'autre instrument que lui-même pour enrichir sa connaissance de l'enfant. Il regarde, écoute et parle pour mieux voir et mieux entendre.

Adopter un point de vue clinique, c'est pouvoir envisager l'enfant au-delà de ses difficultés instrumentales de langage, au-delà de ce qui est considéré comme ne relevant pas de la norme attendue. C'est donner de l'importance à d'autres dimensions du langage et à d'autres dimensions de l'enfant. C'est dans cette perspective clinique que nous situons notre préoccupation sur l'angoisse de l'enfant en séance d'orthophonie. En effet, à première vue, l'angoisse de l'enfant n'a pas grand-chose à faire dans un mémoire de fin d'études en orthophonie. Il n'y est pas directement question de langage, de communication ni même de techniques rééducatives. Pourtant, nous pensons que les enfants que nous recevons en bilan puis en séance, quels que soient notre mode d'exercice – salarié ou libéral – et notre lieu de travail, ne rangent pas au vestiaire, avant d'entrer, tout ce qui ne relève pas strictement de leurs difficultés instrumentales de langage. L'enfant arrive avec ce qu'il est, ses paroles, ses silences, ses gestes brusques, ses

regards timides, sa voix stridente ou même encore son refus de passer la porte de notre bureau. L'angoisse de l'enfant est donc une réalité clinique, une dimension à part entière de notre travail.

Se situer dans une démarche clinique c'est donc être attentif à l'enfant dans sa globalité. C'est se donner la chance de repérer les différentes manières qu'ont les enfants de se comporter, de nous adresser la parole, d'évoquer ce qui leur passe par la tête. C'est à cette occasion que nous pourrions repérer si l'enfant manifeste de l'agitation, de l'agressivité, une grande inhibition pouvant aller jusqu'au mutisme, de la colère, de la tristesse, de la joie, de l'enthousiasme, etc. Nous pourrions aussi être attentif aux représentations que l'enfant se fait du milieu médical, de notre profession, des raisons qui ont mené ses parents à consulter, de ses propres difficultés (qui ne sont pas toujours liées à son langage et ses apprentissages). L'attention clinique accorde donc une grande valeur à la parole de l'enfant (au-delà de sa forme linguistique) qui, si elle peut s'exprimer à travers le langage verbal, est également présente dans ses dessins, ses choix de jeux, ses émotions, et bien évidemment, ses angoisses. Elle ouvre dans le cadre de la séance un espace de parole où la liberté d'expression de l'enfant prime sur les altérations et dysfonctionnements de la langue. Cette attention clinique nous permet aussi de nous positionner d'une autre manière par rapport aux symptômes de l'enfant.

E. Le symptôme

En médecine, le symptôme est le signe d'une maladie. Etymologiquement, le terme grec « sumptōma » signifie « accident », « coïncidence ». Il lie le mot « sun » qui signifie « avec » à « peptein » qui signifie survenir, arriver. Le symptôme est « ce qui arrive ou survient avec » et permet donc de déceler une maladie. Nous l'avons vu précédemment à propos des symptômes de l'angoisse, Freud donne un autre sens au symptôme pour expliquer certaines manifestations symptomatiques. C'est la découverte du symptôme de conversion hystérique comme expression d'un désir inconscient et non comme une simulation – les hystériques souffrent de symptômes neurologiques sans qu'aucune lésion neurologique ne puisse être objectivée – qui fait donner à Freud un sens nouveau au symptôme. Il est « *l'expression d'un accomplissement de désir et la réalisation d'un fantasme inconscient servant à accomplir ce désir.* » (Guéhennec, 2008). Freud l'établit alors comme un compromis du sujet pour exprimer le refoulement de son désir : « *le symptôme est venu se substituer à quelque chose que le refoulement empêche de s'extérioriser* » (Guéhennec, 2008) dit-il. Nous l'avons vu, Freud estime que « *des symptômes ne sont formés que*

pour échapper au développement de l'angoisse sinon inévitable » (Guéhenneq, 2008). Le symptôme est donc une réponse au développement de l'angoisse, il est une béquille plus ou moins efficace selon les individus et leur environnement. En effet, d'après Freud, nous soignons tous notre angoisse par un ou des symptômes particuliers plus ou moins dérangeants au quotidien. Envisager le symptôme sous cet angle, c'est permettre à l'humain de comprendre son symptôme non pas d'abord comme une souffrance à éradiquer à coup de médicaments ni comme une déviance par rapport à la norme mais comme une tentative de guérison et d'apaisement. Le symptôme a donc un sens potentiellement salvateur, une utilité pour le sujet. Comme le précise Gilles Chatenay : *« Freud nous le dit du délire psychotique, dans son texte sur le Président Schreber : le délire n'est pas la maladie, c'est une tentative de guérison. C'est l'autre valeur du symptôme, où celui-ci représente la façon singulière qu'a le sujet d'écrire la clocherie qui l'affecte, et en même temps une tentative de la traiter. En ce sens, le symptôme est l'invention propre au sujet d'un traitement de sa clocherie. Et il nous indique le traitement qu'il tente d'opérer sur celle-ci. Nous pouvons alors tenter quant à nous de nous orienter sur l'indication que le symptôme nous livre, et nous donner pour but d'aider à la mise au point de ce traitement – car ce traitement n'est pas vraiment au point, puisque le sujet est venu consulter »*¹.

Cette conception du symptôme nous engage, dans la rencontre avec l'enfant angoissé, à ne pas simplement faire un relevé de tous les symptômes d'angoisse que manifeste l'enfant mais à considérer que le symptôme a de la valeur dans l'équilibre de l'enfant. Il a beau l'empêcher, à certains niveaux, de grandir et d'entrer dans un certain nombre d'apprentissages, il le sauve pourtant, d'une certaine manière, d'un danger pire encore. Derrière le symptôme, tel que l'envisage la psychanalyse, se cache une satisfaction refoulée : c'est pourquoi le sujet, qui n'est pas que le sujet conscient, y tient tant. Le symptôme occupe une place ambiguë puisque d'un côté il permet au sujet de freiner le développement de son angoisse, mais de l'autre il maintient caché, de par sa nature souvent éloignée de l'élément originel refoulé, le conflit interne qu'il devrait pourtant signaler. Là se situe toute la difficulté en clinique de savoir repérer ce qui est de l'ordre du symptôme parfois très loin de la réelle problématique de l'enfant. Au lieu de nous permettre de faire le lien, le symptôme se substitue au problème, se laisse à voir et empêche l'expression du conflit interne. Or, pour s'en détacher et non le supprimer, il faudrait qu'il puisse être exprimé.

¹ Conférence de G Chatenay au congrès des orthophonistes à La Baule en novembre 2011, « *Les symptômes du chiffre* »

Nous ne sommes pas psychothérapeutes, et il n'est pas de notre ressort d'analyser les conflits psychiques auxquels sont soumis les enfants que nous recevons. Mais la compréhension que nous avons des différents symptômes que nous montrent les enfants détermine notre manière d'entrer en relation avec eux et notre proposition de soin. Et nous sommes, quoi qu'il en soit, confrontés à cette réalité clinique. En effet, considérer le symptôme comme une tentative d'apaisement de l'angoisse chez l'enfant, c'est prendre en compte qu'avant même de nous rencontrer, l'enfant cherche déjà des moyens pour se défaire de l'emprise de l'angoisse. Malheureusement, les moyens qu'il trouve l'empêchent d'attraper la langue et de se l'approprier. C'est pourquoi il arrive en consultation en orthophonie. Les symptômes de l'angoisse, que nous constatons au quotidien et qui au départ peuvent apparaître comme des obstacles à notre prise en charge, sont donc à considérer selon nous déjà comme des paroles de l'enfant qu'ils nous appartient de ne pas mettre de côté. Car l'enfant y trouve une satisfaction, qui si elle n'est pas au service du développement de son langage, lui permet de maintenir un équilibre psychique fragile.

Au-delà même de la question de l'angoisse chez l'enfant et des différentes étiologies à l'origine d'un trouble du langage (tous ne sont pas d'origine psychoaffective, certains sont d'origine organique ou instrumental), il nous semble fondamental de prendre en compte avant tout l'enfant qui vit ce symptôme. On ne peut morceler l'enfant en mettant d'un côté son symptôme et de l'autre le sujet qui le vit. Ils sont profondément liés l'un à l'autre et l'enfant a un vécu de ce symptôme qui a autant de valeur à nos yeux, si ce n'est plus, que le symptôme lui-même. Nous nous adressons à un sujet et pas seulement à son symptôme : le danger est d'enfermer l'enfant dans une position univoque - « il est dyslexique » -, de lui coller une étiquette et de le restreindre à celle-ci. En tant qu'orthophonistes, nous nous devons d'accueillir ce qui vient faire symptôme et donc la souffrance qui peut également l'accompagner, quelle que soit la forme à travers laquelle elle s'exprime. En tant qu'orthophoniste, nous n'avons pas à analyser le sens du symptôme, la relation en orthophonie ne doit pas se substituer à une relation analytique. Mais nous devons saisir la portée du symptôme sans nous contenter de l'anomalie constatée. Comprendre que le symptôme a une place dans la dynamique psychique de l'enfant, c'est pouvoir accorder du temps à l'enfant pour ne pas de suite attaquer le symptôme de front. Comme le souligne Geneviève Dubois, « *l'enfant porteur de troubles du langage a en effet le plus souvent besoin d'exprimer un certain nombre de fantasmes, avant de pouvoir acquérir une liberté d'utilisation du langage.* » (Dubois, 2001). Ces fantasmes pourront s'exprimer dans les

différentes activités vécues en séance. Si nous n'avons pas à les analyser, nous n'avons pas non plus à fermer les yeux dessus en considérant que ce n'est ni le lieu ni le moment pour l'enfant de les exprimer.

F. La proposition thérapeutique

Plusieurs possibilités s'offrent à nous lorsque nous envisageons le travail avec l'enfant pour l'aider dans son appropriation de la langue. Notre formation nous a permis d'acquérir un certain nombre de techniques pour remédier aux difficultés de langage oral et écrit de l'enfant. Selon l'étiologie du trouble de l'enfant et les dimensions du langage qui sont touchées nous choisirons d'utiliser pour la rééducation différents outils et de mettre en place différentes situations susceptibles d'aider l'enfant. Nous pensons important que l'enfant soit *acteur* de sa prise en charge. L'enfant peut nous guider de lui-même vers les outils susceptibles de l'aider à investir et s'approprier la langue. En effet, si nous mettons à sa disposition un certain nombre de médiations (jeux de société, jeux symboliques, papier et crayons, peinture, pâte à modeler...), nous jugeons intéressant qu'il puisse de lui-même nous indiquer les outils qui l'attirent pour se mettre au travail. Il nous semble important d'offrir à l'enfant la possibilité, pour s'approprier la langue, de s'approprier d'abord l'espace et le temps du soin en ayant « son mot à dire ». Chaque enfant est différent et il serait dommage, à notre sens, de viser dans nos rééducations, par la répétition et le conditionnement, une efficacité mesurée par la réponse à des stimuli, valable pour tous et tout le temps.

Cette proposition thérapeutique se fera au sein d'un cadre qui est d'abord matériel. Il s'établit par une régularité des séances, un horaire précis que chacun se doit de respecter, la disposition spatiale de la salle et autres éléments qui délimitent ce qui est interne ou externe au cadre. Différents aspects de ce cadre font suite à une conciliation entre thérapeute et patient, notamment en ce qui concerne les horaires. Ce n'est pas le thérapeute seul qui crée le cadre mais il en définit les dimensions avec le patient. Le thérapeute se doit aussi de respecter un autre cadre : le cadre institutionnel, qui est différent selon que l'orthophoniste travaille en libéral ou en institution. Dans les deux cas, le rôle du thérapeute est d'être le garant des dimensions de ce cadre sans imposer sa volonté ni adopter une attitude dirigiste. Le cadre doit permettre au patient d'être acteur, exécuteur de sa prise en charge. Pour Michèle Grossen, « *c'est de la confrontation et de la négociation entre ce qui relève d'une part des attentes des parents et de l'enfant, d'autre part de*

celles de l'orthophoniste, que peut surgir un véritable espace thérapeutique dans lequel chaque partenaire puisse se sentir sujet de la relation et acteur de la situation. » (Le Gurun, 2006). Le cadre offre ainsi des repères et permet de lever l'angoisse qui pourrait se créer. Il confère un sentiment de continuité à ce qui est vécu au cours des séances. Certaines règles du cadre sont quant à elles variables et se modifient au cours de la prise en charge, en fonction de l'évolution du patient. René Roussillon écrit au sujet de l'espace de rééducation que c'est « *un ensemble d'éléments solidaires entre eux et formant un espèce de contrat qui prend valeur de convention* » (Le Gurun, 2006), le cadre va s'étayer sur cette convention de départ.

A partir de ce cadre, c'est une relation de confiance qui va se construire. Pendant la séance la parole doit être libre. Le patient ne doit pas se sentir jugé. Au contraire, la séance sera pour lui un moment privilégié, où il pourra exprimer toutes ses difficultés et où le thérapeute aura pour fonction de l'aider, de l'accompagner dans une remédiation adaptée de ses difficultés. Pour que cette confiance puisse s'établir, la parole du patient devra être protégée, c'est-à-dire que l'orthophoniste se doit de respecter ce qui se dit au cours des séances, et doit obtenir l'accord du patient pour pouvoir dévoiler ce qu'il s'y passe. L'orthophoniste ne doit jamais perdre de vue qu'il est soumis au secret professionnel. Le patient doit sentir que dans cet espace thérapeutique, il est en sécurité. A travers le cadre et le contrat, le projet et les objectifs thérapeutiques vont pouvoir s'établir. Mais pour que le patient puisse s'engager dans le projet thérapeutique, le contrat doit être réaliste et réalisable, c'est-à-dire que le patient doit percevoir l'enrichissement qu'il pourra en tirer. En lui présentant les bénéfices possibles de la prise en charge, nous essaierons de faire émerger chez le patient le désir de s'investir et de s'approprier ce temps d'échange. De plus, nous soulignons qu'il existe autant de cadres qu'il existe de patients, puisque nous nous adaptons au sujet, à sa pathologie et à la façon dont il la vit.

En venant consulter une orthophoniste, les patients nous attribuent un certain savoir, des connaissances théoriques et techniques à propos du langage et de ses fragilités. Ils attendent que nous faisons disparaître leurs difficultés par l'application des méthodes et techniques apprises au cours de nos études. Cependant, avec l'enfant, nous sommes avant tout en position d'écoute, comme le dit Geneviève Dubois : « *c'est se placer dans une position de non-pouvoir et de non-savoir sur l'autre, car l'autre à tout à nous apprendre si nous savons être disponibles, prêts à nous laisser surprendre et étonner.* » (Dubois, 2001). Chacun a donc quelque chose à apporter à

l'autre et c'est à travers les jeux et les échanges que ce savoir est transmis. Nous n'allons pas transmettre un savoir à l'enfant, mais l'aider à construire lui-même son propre savoir. A ce propos, Michèle Bacquet et Bernadette Guéritte-Hess écrivent : « *ce n'est ni en commentant, ni en expliquant, ni en montrant, ni en voulant prouver que nous amènerons l'enfant à concevoir l'évidence. C'est ce qui distingue l'approche didactique de l'enseignant de celle du rééducateur qui doit créer d'autres voies. (...) Mais deux démarches sont à exclure : donner la réponse et porter un jugement de valeur systématique sur la réponse qu'elle soit juste ou fausse.* » (Le Gurun, 2006) C'est donc par notre comportement, nos interventions ou nos silences, que nous allons inciter l'enfant à réfléchir et à jouer avec la langue.

Une notion qui nous paraît fondamentale dans notre démarche thérapeutique avec l'enfant est la notion de créativité. Nous l'avons vu précédemment, les enfants qui sont entravés dans leur développement souffrent d'avoir mis en place des attitudes et des moyens trop rigides de résolution de leurs difficultés. L'enfant qui vient nous voir est avant tout un sujet qui entretient une relation trop rigide avec la langue et par là, le savoir. Il s'agit pour nous de les aider à « mettre du jeu » dans leur lien à la langue, c'est-à-dire d'introduire de la distance, de l'espace, de la respiration dans leur rapport au langage. Il y a fondamentalement une notion de plaisir à transmettre à ces enfants qui sont en souffrance : on peut jouer avec la langue, danser avec elle, la faire bouger, la casser, l'honorer, la haïr ou la faire briller. Il s'agit également selon nous de dévier la langue de son seul usage scolaire pour que l'enfant puisse sentir que la langue est partout dans le quotidien et qu'elle n'est pas seulement l'outil indispensable à maîtriser pour « avoir des bonnes notes ». La lecture, l'écriture, la prise de parole, l'écoute sont, au quotidien, des plaisirs, des moyens d'exprimer nos émotions, nos envies, nos opinions, notre affection, nos rêves et nos plaisirs. Les mots ne sont pas simplement des formes vides, parfaites, lisses et sans failles. Ils véhiculent nos idées, nos colères, nos silences, nos amours, nos indignations et nos projets. Il nous importe que les activités que nous proposons à l'enfant autour du langage puisse soutenir sa construction de sujet et l'expression de ce qui fait sa singularité et sa place dans le monde.

Ainsi c'est dans ce cadre de soins que nous situons la pratique orthophonique. C'est au sein de ce cadre que nous accueillerons l'angoisse envahissante de certains enfants. Nous l'avons vu, l'angoisse de l'enfant l'envahit et le déborde. Malgré les limites bien établies du cadre de soins de

l'orthophoniste, il est une dimension de ce cadre qui nous semble particulièrement sensible à l'angoisse de l'enfant, c'est la dimension relationnelle. En effet, rien de ce que l'on peut proposer à un enfant ne peut se faire sans le concours de notre propre investissement et de notre propre désir. En tant qu'être humain, nous ne pouvons garantir l'objectivité de nos pratiques parce que nous sommes nécessairement impliqués et touchés, au-delà de la logique rationnelle, par les comportements et les personnalités des enfants que nous rencontrons. L'angoisse d'un enfant peut être telle qu'elle nous entraîne dans un partage de l'angoisse qui nous déstabilise et peut nous empêcher de maintenir un cadre suffisamment sécurisant pour l'enfant. La dimension relationnelle entre l'orthophoniste et l'enfant est au cœur de notre questionnement sur l'angoisse de l'enfant en séance d'orthophonie car elle montre, au-delà de la conception que nous nous faisons de l'angoisse, du symptôme et des objectifs thérapeutiques en orthophonie, les limites de notre place d'aidant. En effet, la relation de soins engendre un certain nombre de phénomènes psychiques qui peuvent fragiliser notre rencontre avec l'enfant angoissé.

2. ...à la dynamique relationnelle

La relation de soin est une relation complexe, au confluent de l'objectif et du subjectif, du rationnel et de l'affectif, du politique et de l'intime. Relation duelle, chacun y induit la pensée, les émotions et le comportement de l'autre.

A. Intersubjectivité et objectivité

L'orthophoniste est un professionnel qui a fait des études et a obtenu un diplôme. Notre formation comporte des éléments de savoir acquis au cours de nos études. Mais le savoir positif en notre domaine ne constitue pas un corpus cohérent et achevé qu'on puisse enseigner dogmatiquement ou axiomatiquement et posséder une fois pour toutes. Les éléments de savoir dont nous disposons sont fragmentaires, situés dans des problématiques différentes où la manière de poser des questions à chaque patient entraîne des réponses différentes. L'enseignement donné ne peut être que critique et réfléchi, invitant l'orthophoniste à la formation continue, montrant l'importance de la culture et de l'expérience. Au-delà des méthodes et techniques qui nous sont enseignées nous sommes nous-mêmes l'instrument principal du travail avec le patient. Ce que l'on met au service du patient, ce ne sont pas seulement nos connaissances, c'est - selon le terme qu'on voudra

employer - notre appareil psychique, notre psyché, notre fonctionnement mental, notre capacité de ressentir, de comprendre et d'élaborer. Si c'est un savoir, c'est un savoir vivant, incarné, où nous payons de notre personne. Au cours de nos études, nous avons acquis un certain nombre de connaissances théoriques mais, dès nos premiers stages, nous avons pu sentir que dans la rencontre avec les patients, il ne s'agissait plus seulement de connaissances objectives mais de relations intersubjectives. L'objet d'étude est un sujet et l'orthophoniste aussi et son fonctionnement psychique intervient dans ce qui se passe. Il faut donc que le futur orthophoniste s'ouvre à une autre perspective, à la connaissance de lui-même et à son implication dans le dialogue avec l'autre et la connaissance de l'autre.

La relation de soin a des origines primitives. D'après les recherches les plus récentes sur les bébés, il y a une intersubjectivité innée et primitive, c'est-à-dire que le bébé a une attention précoce aux intentions et aux sentiments des autres et qu'il trouve normal qu'il y ait une transmission entre lui et eux. Les compétences du bébé sont orientées vers les interactions avec les partenaires humains. Toutes les recherches récentes sur la constitution de l'espace psychique attestent de la nécessité d'un partage des états mentaux et émotionnels initiaux (Benaroyo, 2010). Les bébés appréhendent le monde non seulement au moyen de leurs investigations propres, mais par l'intermédiaire de l'appareil psychique des personnes de leur entourage. Cette aptitude intersubjective primaire des bébés les amène à penser qu'il y a adéquation entre sa connaissance du monde et celle des autres. C'est ce que Fonagy appelle *shared knowledge*, qu'on pourrait traduire par «*connaissance partagée* » (Benaroyo, 2010). La sécurité affective, d'après Fonagy, repose sur cette croyance que tout le monde partage mes croyances. Le modèle de la réflexivité postule que le sujet humain se constitue en miroir, et donc en double de l'autre, dans un lien de réciprocité.

Le paradoxe de la relation de soins est qu'elle nous place à la fois dans cette situation de réciprocité et de partage des états mentaux et émotionnels mais également en position d'observer et d'étudier autrui. L'observation clinique soulève les difficultés liées à la posture requise par la connaissance d'autrui. A ce titre, la position du clinicien est en congruence avec le travail anthropologique. Ces difficultés sont résumées par Emmanuel Kant dans *l'Anthropologie du point de vue pragmatique* en trois points: premièrement, il n'y a pas d'observation sans intervention. En second lieu, on ne peut être à la fois dans l'action et dans l'observation. Enfin, la

différenciation entre ce qui relève de la nature et ce qui relève de la culture est malaisée, voire impossible (Benaroyo, 2010). Nous retrouvons les mêmes difficultés sous la plume de Georges Devereux discutant de l'objectivité de l'ethnographie (Devereux, 1980) : l'observateur ne peut être indifférent dès lors qu'il est en présence de ses semblables, dont la situation ne peut pas ne pas le concerner de quelque façon que ce soit; mais, simultanément, il la considère spontanément à partir de ses propres références culturelles qui orientent son regard au point de le rendre aveugle à sa différence. Il faut admettre que ces difficultés rencontrées en anthropologie philosophique et en ethnologie, et discutée par une abondante littérature disciplinaire sur la méthodologie dans les sciences humaines, se pose également au soignant. En tant qu'orthophoniste, nous nous situons dans un domaine où nous n'agissons pas sur des objets matériels mais sur des êtres humains. Nous entrons en relation avec des êtres humains, et appartenant nous-mêmes à l'humanité, nous ne pouvons mettre de côté la dimension subjective de notre implication dans le travail. Quels sont les processus psychiques induits par cette rencontre intersubjective ?

B. Les processus psychiques au coeur de la relation de soin

D'après Béatrice Marbeau-Cleirens, quatre processus psychiques sont principalement mobilisés dans la situation clinique : l'identification, la projection, le transfert et le contre-transfert (Chiland, 1983).

L'identification

L'identification est la possibilité pour patient et thérapeute de se reconnaître un minimum comme semblable, « même », et ainsi de ressentir de la sympathie l'un pour l'autre. Du point de vue du thérapeute, dans une relation thérapeutique, c'est en rencontrant l'autre sur quelques points de similitude qu'il peut arriver peu à peu à le saisir par empathie. L'empathie est définie par Carl Rogers, psychothérapeute américain, comme la « *capacité à écouter l'autre avec soin afin de pouvoir se mettre à sa place, comme si on était lui, tout en restant soi-même* » (Rogers, 2005). Elle se définit comme un moyen de connaissance d'autrui au sein duquel l'affect tient une place particulière. Il s'agit de la capacité de ressentir et de comprendre ce qu'une autre personne ressent,

s'opposant à la compréhension rationnelle de la parole selon les règles de la logique. L'empathie est un processus complexe qui comprend un mélange d'affect et de cognition. Être en empathie signifie partager de façon partielle et sectorielle, mais vécue, l'expérience intérieure d'autrui en la ressentant et en parvenant également à se la représenter quelle qu'elle soit. L'empathie n'est pas une fusion, un collage mais une identification passagère. *«Intuition de ce qui se passe dans l'autre, sans oublier toutefois qu'on est soi-même, car dans ce cas il s'agirait d'identification »* selon Roger Dorey (Benaroyo, 2010). L'empathie est une notion philosophique développée en premier par Adam Smith, qui la définit comme la capacité de se mettre à la place de l'autre. *«Nous logeons nos âmes vivantes dans leurs corps inanimés»*. Il la décrit de manière étonnamment moderne : "Quelle est l'angoisse d'une mère qui entend les gémissements de son nourrisson qui souffre le tourment de la maladie sans pouvoir exprimer ce qu'il sent ! Dans l'idée de ce qu'il souffre, elle joint à la réelle détresse de son enfant sa propre conscience de cette détresse ainsi que ses propres terreurs devant les conséquences inconnues de la maladie". À cette description, il manque peu de choses pour arriver à la capacité de rêverie de la mère de Bion: la capacité de recevoir, contenir et transformer ces gémissements (Benaroyo, 2010). Mais à l'origine, l'empathie est un concept hérité de l'esthétique allemande, *Einfühlung*, dont la première occurrence, en 1873, se situe chez Robert Vischer, pour désigner la relation esthétique qu'un sujet peut entretenir avec un objet, une oeuvre d'art, le monde environnant. L'empathie permet de saisir les rapports complexes entre observateur et ce qui est perçu, en incluant la subjectivité. Face aux oeuvres, au moment de la contemplation esthétique, il y a une dépersonnalisation. De même, dans la relation empathique, il y a une délocalisation du sujet.

Parfois, il faut un objet intermédiaire pour faciliter ce travail d'empathie ; avec l'enfant, cela peut être un jeu par exemple. C'est en cherchant à pénétrer le sens du langage de son interlocuteur, en employant ses mots, en se représentant son entourage et sa vie quotidienne, que le thérapeute réussira peu à peu à sentir de l'intérieur les problèmes qui agitent son interlocuteur. Il deviendra ainsi plus apte à lui parler un langage que ce dernier pourra recevoir, car sa personnalité sera respectée. Pour comprendre le patient, le thérapeute devra chercher à ressentir intuitivement sa sensibilité, c'est-à-dire imaginer : *« Que pourrais-je faire si j'étais lui pour résoudre ce problème ? »* Pour cela il est nécessaire de prendre en considération les différences qui séparent le thérapeute de son interlocuteur : le sexe, l'âge, le milieu culturel, le statut social, le pays, la

profession, les traits de caractère, les aptitudes et les fragilités. Du point de vue du patient, pour pouvoir prendre une distance par rapport à ses problèmes, pour les comprendre, les observer et s'impliquer dans la prise en charge, le patient trouve une aide considérable s'il réussit à s'identifier à l'attitude du thérapeute, c'est-à-dire à son calme, à sa sérénité, et à son regard objectif sur l'ensemble du problème. Ainsi, il sera en mesure d'apaiser les éventuelles angoisses liées à ses troubles. L'intérêt que lui apporte celui qui l'écoute lui procure une gratification narcissique ; si le sujet souffre de sentiments d'infériorité ou d'inadaptation, en agissant de la même façon par rapport à lui-même, c'est-à-dire en jetant sur lui-même un regard plein de respect et d'intérêt, il va commencer à surmonter ses difficultés.

La projection

La relation duelle est également un des domaines de prédilection de la projection. Entre deux interlocuteurs, il existe une projection des souvenirs et des affects qui ne sont pas présents à l'esprit et cependant qui envahissent le champ perceptif et influencent le type de relation entre les êtres. Les affects liés à une couleur, au sexe, au son de la voix, à une démarche, à une spécialité professionnelle, à n'importe quel détail qui touche une personne, au cadre où on la rencontre peuvent, soit créer des *a priori* à leur égard, soit suggérer une atmosphère affective chez l'un des deux partenaires de l'entretien ou encore stimuler l'éveil d'un transfert ou d'un contre-transfert. De la même manière, nous avons tendance à projeter les émotions et les pulsions dangereuses à l'extérieur pour s'en libérer. Ainsi, par la projection, un sujet expulse de soi et localise chez une autre personne des sentiments et des désirs qu'il refuse en lui-même. Par ce processus psychologique, une perception interne non seulement devient externe, mais se transforme en la croyance qu'il s'agit là d'une réalité objective. Les images projetées sont des contenus conscients, mais c'est un processus psychologique totalement inconscient qui produit la projection.

Le transfert

Le transfert en psychanalyse est le matériau principal de la cure analytique. Il concerne tous les sentiments que le patient projette inconsciemment sur son analyste. Il est la répétition d'une

relation à une personne du passé à l'égard d'une personne du présent. Une personne va vivre des sentiments, prendre des attitudes, ressentir des craintes, employer des moyens de défense et avoir certains comportements, comme elle les a eu dans son enfance ou sa jeunesse, avec certaines personnes de son entourage avec qui elle a vécu une relation très investie. Elle va déplacer cette relation sur une autre personne ; c'est pourquoi son attitude sera souvent inadéquate et la communication risquera d'être biaisée. C'est Freud qui a mis en lumière cette compulsion de répétition. Ces répétitions ne se font pas à la lettre, mais elles se font par des équivalents symboliques. Le transfert se manifeste dans la vie quotidienne et particulièrement quand le statut ou le rôle de l'autre l'éveille : par exemple, le policier, le juge, l'examineur peuvent rappeler la sévérité paternelle ; tandis que l'infirmier ou le médecin évoquent les soins maternels.

La situation de l'entretien clinique en orthophonie, comme dans d'autres disciplines, favorise particulièrement l'apparition d'attitudes transférentielles : en effet, le clinicien est disponible pour l'autre, il l'écoute avec une neutralité bienveillante et l'accepte tel qu'il est ; ils sont l'un et l'autre, en général, dans un lieu clos, avec un temps consacré pour leur entretien, et se trouvent ainsi protégés du monde extérieur ; ces deux facteurs permettent la régression et l'apparition rapide du transfert. Si le patient a réclamé un rendez-vous pour obtenir de l'aide, pour lui ou un des membres de sa famille, sa demande peut éveiller en lui une attitude de dépendance analogue à l'attitude de l'enfant et avec elle toute une complexité émotive du passé : passivité, soumission, exigences, agressivité, etc. S'il vient parce que l'école le lui a demandé, ce peut être l'espérance, la méfiance, la culpabilité, etc. Puisque dans le transfert le patient sait inconsciemment faire jouer au thérapeute le rôle des figures parentales, celles-ci ayant été aimées et craintes, le transfert sera toujours ambivalent. Nous allons donc séparer transfert positif et négatif pour faciliter l'exposé.

Le transfert positif est celui où le relation aimante pour un parent de l'enfance se répète et prend le clinicien comme substitut. Il est souvent nécessaire même au cours d'un entretien unique pour aller le plus loin possible, pour atteindre la visée souhaitée par l'un comme par l'autre. Un transfert positif est nécessaire pour que le patient continue l'entretien quand apparaissent des sentiments négatifs à l'égard de celui qui mène l'entretien. Il est efficace pour que la personne qui demande de l'aide puisse s'identifier à celui à qui il parle afin de prendre une certaine distance par rapport à ses problèmes, pour qu'il puisse s'observer lui-même, pour comprendre ses

attitudes, ses comportements et ses émotions afin ensuite de les maîtriser. Le transfert négatif est basé sur toutes les formes de la haine : l'hostilité, la colère, l'esprit critique systématique, la peur du jugement négatif, du rejet, voire même de la persécution. Ce transfert est tout à fait nuisible quand il est non exprimé et non surmonté ; il empêche toute authenticité dans la relation ; l'approfondissement et la communication restent impossibles.

Très étudié, le transfert existe, non seulement en psychanalyse, mais aussi dans toutes les relations, y compris les relations thérapeutiques, comme celle qui existe en orthophonie. La principale différence est que dans ces dernières, il n'est pas matériau du travail. Cependant, le simple fait qu'il soit présent interfère dans la relation qui s'installe. L'orthophoniste, en tant que thérapeute du langage, ne peut ignorer cette notion lors de ses prises en charge. Même si elle ne constitue pas le point nodal de la relation, sa présence vient interférer. Il faut donc la connaître et savoir la repérer pour observer le plus justement possible ce qui se joue dans le travail. Comme le souligne Geneviève Dubois : *"reconnaître le transfert, c'est en percevoir la dynamique dans la relation thérapeutique, rester sensible, lucide sur les différents effets dont nous sommes l'objet au cours des séances..."* (Dubois, 2001). Il est intéressant pour l'orthophoniste d'avoir une idée de la place où il est mis dans le transfert, la place d'où peut être reçue ce que nous disons ou ce que nous faisons.

Lacan a mis en valeur la dimension irréductible de la demande, qui est en fin de compte demande d'amour, dans la consultation -amour et haine sont en toujours en jeu dans notre relation avec les patients - et il formalisera le transfert sous les termes de sujet supposé savoir. Si l'on va consulter quelqu'un c'est qu'on lui suppose un savoir. Lacan fait valoir qu'au-delà des personnages en jeu et mis en scène dans la relation, l'adresse véritable du sujet est ce qu'il a appelé le grand Autre. Le grand Autre, c'est le savoir. Avant même qu'il ne nous rencontre, le futur patient a supposé qu'il existait quelque part un savoir qui pourrait répondre à sa souffrance, ou qui répondait à sa souffrance. Et il nous suppose avoir une clef qui mène à ce savoir. Cet Autre n'est plus un personnage, c'est l'instance supposée du savoir mais au-delà ce peut être la langue elle-même. Les patients qui viennent nous voir en orthophonie témoignent par leur symptôme de la résistance de la langue. En tant qu'orthophoniste nous sommes des spécialistes de la confrontation du sujet avec la langue. De façon privilégiée, nous intervenons au point de jonction entre la question du

symptôme dans la langue et celle du transfert, puisque l'Autre du transfert, ce qu'il y a au-delà de la relation entre les personnes, dans notre spécialité, c'est la langue.

Le contre-transfert

Le contre-transfert, moins étudié, concerne également tout thérapeute. Il est la somme totale des déformations qui affectent la perception et les réactions de l'analyste envers son patient. Ces déformations consistent en ce que l'analyste se comporte dans la situation analytique en fonction de ses propres besoins, souhaits et fantasmes inconscients, d'ordinaires infantiles. En psychanalyse, il est l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à l'analysé, et plus particulièrement au transfert de celui-ci. Le contre-transfert est une réponse au transfert du sujet ; ils s'influencent mutuellement. Freud développe peu cette notion mais y voit tout de même le résultat de *"l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin "* (Guéhennec, 2008) et souligne *"qu'aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne le lui permettent"* (Guéhennec, 2008); ce qui sous-entend la nécessité pour chaque analyste d'être lui-même analysé. Certains auteurs estiment que le contre-transfert fait appel à tout ce qui, dans la personnalité de l'analyste, peut intervenir dans la cure, d'autres pensent qu'il se limite aux processus inconscients que le transfert de l'analysé induit chez l'analyste.

Quelle attitude adopter face au contre-transfert ? Dans un premier temps, il s'agirait de réduire le plus possible les manifestations contre-transférentielles par une analyse personnelle. Ainsi la situation analytique se trouverait uniquement structurée par le transfert de l'analysé. Puis, en suivant l'indication de Freud selon laquelle *"chacun possède en son propre inconscient un instrument avec lequel il peut interpréter les expressions de l'inconscient chez l'autre"* (Guéhennec, 2008), il s'agirait alors d'utiliser, tout en les contrôlant, ces manifestations de contre-transfert dans le travail analytique. Enfin, pour l'interprétation en elle-même, il faudrait pouvoir s'appuyer et se guider sur ses propres réactions contre transférentielles, souvent en lien avec les émotions ressenties.

Le contre-transfert, à travers tout ce qu'il implique, met à mal la neutralité du thérapeute en soulignant que lui-même peut avoir des projections inconscientes vis-à-vis de son patient. Il ternit

l'image du thérapeute bienveillant en toutes situations, désirant chaque fois le bien-être du patient, impassible et étranger à toute forme de colère, de haine, de jugement, d'angoisse ou même simplement d'ennui. Il rend à la communication, à la rencontre entre deux sujets, sa dimension profondément humaine, toujours inachevée, malhabile, menaçante, fragile, empêchée et violente. En tant que thérapeute nous n'échappons pas à la violence originelle de la rencontre avec autrui caractérisé par cette double structure du même et de l'autre. Autrui n'est ni autre que moi ni identique à moi, il est alter ego, c'est-à-dire à la fois un autre moi et autre que moi. Je peux le méconnaître en niant qu'il soit différent ou en niant qu'il soit semblable, ce qui revient à la même chose. Proximité et distance, familiarité et étrangeté qualifient mon rapport à l'autre. La relation de soins n'échappe pas à cette réalité. De la même manière que l'enfant vient en séance avec ce qu'il est, nous venons nous thérapeute avec ce que nous sommes, et face à l'angoisse de l'enfant, nous pouvons perdre nos moyens et nous sentir très insécurisés sans savoir quoi faire. Pourtant, nous avons une longueur d'avance sur l'enfant qui ne distingue pas son angoisse de lui-même, contrairement à nous qui pouvons sentir l'angoisse, la repérer comme telle et la réfléchir dans le contre-coup des séances afin qu'elle ne vienne pas entraver outre mesure notre comportement en séance.

L'angoisse de l'enfant pose donc plusieurs questions à l'orthophoniste : Comment la repérer ? Quelle place lui accorder ? Comment adapter la prise en charge ? Faut-il envisager d'autres propositions de soin pour certains enfants trop « envahis » ? Que faire de notre propre angoisse face à l'enfant ? C'est forte de ces questionnements sur l'incidence de l'angoisse de l'enfant sur le cadre de soins en orthophonie que je suis allée à la rencontre de huit orthophonistes, aux parcours professionnels différents, qui ont accepté de me parler de leurs rencontres avec les enfants angoissés. Ces regards cliniques viendront illustrer notre propos théorique et nous permettront d'aborder plus en détail les difficultés rencontrées par les orthophonistes face à l'angoisse de l'enfant et les ressources disponibles pour qu'elle ne fasse pas obstacle à la prise en charge.

B – Regards cliniques

I. Méthode clinique : l'enquête par entretien

1. Qu'est-ce qu'un entretien ?

La méthode de l'entretien en sciences humaines permet de faire du lien entre un savoir et un savoir-faire. A travers un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté, pour que ce dernier ne se sente pas contraint de donner des informations, nous obtenons une réponse-discours grâce à des interventions indirectes de l'enquêteur. La caractéristique principale de l'entretien est qu'il constitue un fait de parole : l'intérêt de laisser parler et d'écouter son interlocuteur est la base de cette rencontre.

A. Les caractéristiques de l'entretien

« Un entretien est un évènement de parole dans lequel une personne A obtient une information d'une personne B, information qui était contenue dans la biographie de B. » (Blanchet, Gotman, 2007). Le terme biographie souligne que l'information a un caractère vécu. A la différence d'une information recueillie en direct sur un évènement, celle apportée par l'entretien a l'avantage d'avoir été au préalable assimilée et subjectivée. D'autres entretiens font appel à la biographie de l'individu, comme la cure analytique ou encore même une simple conversation. En revanche, seul l'entretien est produit à l'initiative du chercheur et au profit de sa communauté. Les autres entretiens cités précédemment sont tous des faits de parole sollicités par l'enquêté. Son voisin le plus proche est l'interrogatoire de police, qui diffère seulement par le domaine d'activité du bénéficiaire. *« Conçu pour apporter une information biographique, à la demande de A et au bénéfice de la recherche (et de son représentant B), l'entretien de recherche se caractérise enfin par opposition au questionnaire dans la mesure où, visant la production d'un discours linéaire sur un thème donné, il implique que l'on s'abstienne de poser des questions pré rédigées. Ce en quoi il est exploration. »* (Blanchet, Gotman, 2007).

B. Une rencontre

L'enquête par entretien est une démarche participative, qui s'impose lorsque l'on veut aborder certaines questions. Outil flexible, il permet de soumettre un questionnement au lieu de le fixer à l'avance. Variable d'un entretien à l'autre, en tant que rapport social interpersonnel, c'est en effet l'interaction entre l'enquêteur et l'enquêté qui va décider du déroulement de l'entretien. Chaque discussion ne nous a pas permis de recueillir les mêmes informations, en excluant les différences intra personnelles, mais sur le plan de la nature de ces informations. En effet, chaque individu se livre différemment, insistant individuellement sur ce que lui-même trouve prépondérant dans son vécu, son savoir-faire. C'est en ce sens que l'entretien est rencontre. Il ne peut être codifié, anticipé, maîtrisé. S'entretenir avec quelqu'un, c'est accepter de ne pas tout gérer, accepter « *un certain nombre d'inconnues, et donc de risques, inhérentes au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire et non d'un prélèvement d'informations.* » (Blanchet, Gotman, 2007). Il met en avant la dimension humaine et sociale dans la recherche de réponses. La simple écoute de l'autre, l'expression de parole libre sur un thème donné, permet d'aller à la recherche des questions que se posent les enquêtés eux-mêmes. Il fait appel en premier lieu à leur point de vue, en donnant une valeur prépondérante à leur expérience, leur logique et leur ressentis.

C. Un fait de parole

Mettant l'accent sur le fait de parole, l'entretien interroge le sens que donne l'individu à ses propres actions. Il répond plus à la question du « comment ? » qu'à celle du « pourquoi ? ». L'exploration du vécu suppose le recueil d'informations dans le discours qui mettent en lumière les pensées des individus concernant leurs comportements sociaux et leurs états mentaux. Instrument d'investigation spécifique, il aide à mettre en évidence des faits particuliers. « *L'enquête par entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal, cette conversation par laquelle la société parle et se parle.* » (Blanchet, Gotman, 2007).

D. La valeur de l'entretien

L'un des objets privilégiés de l'entretien est justement d'avoir une « *organisation d'opinions, d'attitudes et de valeurs, une façon d'envisager l'homme et la société* » (Blanchet, Gotman, 2007), en somme « une certaine vision du monde », un « cadre de références ». Contrairement à la théorie, très rationnelle, ces visions et valeurs ont une forte connotation affective. C'est un savoir que l'individu élabore au sujet d'une partie de son existence, une interprétation qui devient pour l'individu sa réalité. L'enquête par entretien devient alors particulièrement pertinente quand on s'interroge sur le sens que les individus donnent à leurs pratiques, « *aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs* » (Blanchet, Gotman, 2007), afin de mettre en valeur les repères à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. La valeur de l'entretien tient au fait qu'il s'inscrit dans un réseau de signification. Il est une articulation entre l'épreuve personnelle concrète, pratique, singulière, située dans le temps et l'espace social, et les enjeux collectifs dans lesquels ils peuvent se comprendre et doivent être interprétés.

E. L'entretien et les résistances

Le discours recueilli est empreint d'une certaine profondeur, ce qui justifie parfois que l'enquêté mette en place certaines défenses. S'il prend la forme d'une succession de dévoilements intimes risqués, situés dans des zones mal défendues, le chercheur se verra opposé à des résistances. Ces dernières sont liées à deux facteurs sociologiques. La première consiste en l'objectivation du discours. En effet, celui-ci se constitue au fil de la discussion, il n'a pas d'aspect prédéfini. L'enquêté passe du registre procédural, le savoir-faire, au registre déclaratif, le savoir-dire. « *Explicitant ce qui n'était encore qu'implicite, s'expliquant sur ce qui jusqu'ici allait de soi, extériorisant ce qui était intériorisé, l'interviewé passe de l'insu au dit et s'expose, au double sens du terme, posant à la fois hors de lui-même et en vis-à-vis.* » (Blanchet, Gotman, 2007). Le deuxième facteur de résistance réside dans le fait que toutes les représentations ne sont pas formulables partout ni en n'importe quelles circonstances. Il peut dès lors paraître déplacé d'évoquer certaines situations dans un contexte diamétralement opposé. Ces résistances relèvent moins d'un refoulement psychique que d'une hiérarchisation sociale des représentations. Avançant sur un terrain inconnu et amené à produire un discours non conventionnel, les résistances de l'enquêté sont surtout liées au désir de ne pas être déstabilisé par l'enquêteur.

2. La préparation de l'enquête

Elle succède à l'élaboration de la problématique de recherche. Tout au long de l'enquête par entretien, l'enquêteur peut se permettre d'effectuer des allers-retours de la théorie à la pratique. En effet, la réflexion sur le sujet se poursuit durant l'enquête et une rencontre peut faire naître de nouvelles hypothèses. Les discussions vont venir alimenter les idées du chercheur. Dans le cas où il s'agit d'une enquête en réseau, où les individus sont interviewés en tant que membres d'une communauté ou d'un groupe, comme c'est le cas pour le groupe de profession orthophoniste, chaque entretien constitue une nouvelle base d'interrogation.

A. Le choix de l'entretien par rapport au questionnaire

Le choix entre ces deux types d'enquête revient à la nature des données que l'on recherche. L'entretien s'impose à chaque fois que l'on veut éviter les *a priori* et que l'on souhaite s'intéresser à des groupes restreints. Au niveau des résultats, il vise les processus et les « comment », sans classement ni établissement de lien de causalité entre des caractéristiques descriptives et des comportements, contrairement au questionnaire. Il révèle la logique d'une action et son principe de fonctionnement. « *L'entretien est un parcours. Alors que le questionnaire avance sur un terrain entièrement balisé, l'intervieweur dresse la carte au fur et à mesure de ses déplacements.* » (Blanchet, Gotman, 2007).

B. Nature de notre enquête

L'enquête par entretien à usage principal, comme nous l'avons utilisée, présume que ce mode de collecte d'informations soit le principal utilisé. Il suppose que les hypothèses aient été dégagées et agencées en présuppositions explicatives. Dans ce cas, le plan d'entretien, lui-même structuré, sera élaboré pour que les données produites puissent être confrontées aux hypothèses de départ. L'enquête se définit en trois points : la définition de la population et la sélection du corpus, le mode d'accès à la population et la planification des entretiens.

La population

Elle est définie par la catégorie de personnes sélectionnée et à quel titre, en l'occurrence ici la profession d'orthophoniste. Il est essentiel de déterminer les acteurs qui sont en position de produire des réponses aux questions que nous nous posons. Nous avons rencontré huit orthophonistes, sept femmes et un homme, dont nous allons présenter succinctement les parcours professionnels : le témoignage n°1, noté (t1), est celui d'une orthophoniste ayant travaillé dix ans en IME et travaillant depuis dix ans en CMPP. Le témoignage n°2, noté (t2), est celui d'une orthophoniste travaillant depuis vingt-cinq ans en libéral et dans un ITEP. Le témoignage n°3, noté (t3) est celui d'une orthophoniste ayant travaillé en libéral et travaillant aujourd'hui en IME depuis 3 ans. Le témoignage n°4, noté (t4) est celui d'une orthophoniste travaillant en libéral depuis vingt ans. Le témoignage n°5, noté (t5), est celui d'une orthophoniste travaillant en libéral et en CMPP. Le témoignage n°6, noté (t6), est celui d'une orthophoniste travaillant en libéral et en CMP. Le témoignage n°7, noté (t7), est celui d'un orthophoniste travaillant en libéral depuis un an. Enfin, le témoignage n°8, noté (t8), est celui d'une orthophoniste travaillant en libéral et en CMP depuis un an.

La sélection du corpus

Il est généralement plus réduit que pour un questionnaire, dans la mesure où les informations issues de ces entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. En effet, une seule information mentionnée peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans un questionnaire. La détermination du nombre d'entretiens dépend du thème de l'enquête et surtout de la redondance des informations. Dans notre enquête, nous nous sommes entretenues avec huit orthophonistes. Pensant au départ en effectuer un plus grand nombre, nous nous sommes aperçues que les informations apportées au fil du discours étaient proches, malgré la diversité des milieux d'exercice. Il est important de noter que nous nous sommes entretenues avec sept femmes et un seul homme, ceci reflétant la proportion de femmes dans la profession.

Mode de constitution du corpus

On bâtit le plus souvent un corpus diversifié qui repose sur la sélection de composantes, non pas représentatives, mais caractéristiques de la population. Là se situe le difficile équilibre à obtenir entre diversifier son corpus au maximum pour qu'il soit valide et obtenir des informations qui se recoupent suffisamment pour être significatives. Il est intéressant dans cette diversité, de faire apparaître « *au moins quelques cas capables de perturber notre système et de nous pousser à remettre en question ce que nous croyons savoir.* » (Blanchet, Gotman, 2007). Dans notre enquête, il est important que le corpus contienne des orthophonistes exerçant dans différents domaines et n'ayant pas nécessairement le même nombre d'années d'expérience dans le métier. Ceci sous-entend qu'elles peuvent ne pas toutes avoir la même conception de leur profession, en fonction des théories auxquelles elles s'attachent et des expériences professionnelles qu'elles ont vécues. Nous avons donc pris le parti de nous entretenir avec des orthophonistes exerçant dans différents domaines : en exercice libéral, en institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), en centre médico-psycho pédagogique (CMPP), en centre médico-psychologique (CMP) et en institut médico-éducatif (IME). Ce choix ne détermine pas pour autant l'orientation des réponses, puisque l'entretien interroge sur tout un vécu et que certaines orthophonistes du corpus ont exercé auparavant dans des domaines autres.

Mode d'accès aux interviewés

Le mode d'accès doit répondre à une double exigence : pratique et à la fois de neutralité. Les modes d'accès directs sont les plus neutres, car ils ne sont pas médiatisés par la présence d'un tiers, mais ils ne sont pas toujours évidents à mettre en œuvre. Il s'agit de contacter les interviewés par l'intermédiaire de listes (annuaires, électorales) ou par la démarche du porte-à-porte. Etant donné la nature de notre sujet, il nous paraissait peu opportun de solliciter ceux qui, non familiers au sujet, nous auraient sans doute offert des résistances. Les modes d'accès indirects passent, à l'inverse des précédents par l'entremise d'un tiers, institutionnel ou personnel. La demande de l'enquêteur se double alors de la demande du médiateur, ce qui peut être plus contraignant pour l'interviewé. Enfin la méthode de proche en proche, que nous avons utilisée, consiste à demander à un premier interviewé potentiel de désigner d'autres interviewés potentiels, et d'ainsi créer une chaîne. Ce dispositif repose essentiellement sur des relations de types sociales. Elle suffit lorsque la probabilité de rencontrer les sujets choisis dans un réseau familial

est grande. Nous tenons ici à préciser que six des orthophonistes que nous avons interviewées sont d'actuelles ou d'anciennes maîtres de stage. Deux autres sont des collègues de formation, diplômés de la promotion précédant la nôtre et travaillant depuis un an.

C. Trame de l'entretien

Elle comprend l'ensemble des thèmes que l'on souhaite aborder. C'est une étape importante entre la conceptualisation de la recherche et sa mise en œuvre concrète. Tout d'abord, nous devons traduire les hypothèses de recherche en indicateurs concrets, et reformuler les questions de recherche qui nous sont adressées, en question d'enquête, adressées à l'interviewé. Le degré de structure de l'entretien dépend des connaissances déjà possédées sur le sujet : plus il est structuré, plus le chercheur connaît des informations précises sur le domaine étudié et sur la façon dont il est perçu et caractérisé.

Cherchant des éléments de réponse précis sur le travail orthophonique avec l'enfant angoissé, nous avons mis en place un entretien structuré autour de trois axes : définir et repérer l'angoisse de l'enfant, adapter la prise en charge, et enfin prendre en compte la résonnance de l'angoisse de l'enfant avec celle du thérapeute. Sous chacun de ces thèmes, diverses questions sont formulées afin d'inviter l'interviewé à approfondir sa réflexion sur différents axes. Dans ce sens, notre entretien peut être appelé semi dirigé. Il nous a paru essentiel de soumettre cette trame au préalable à l'interviewé, afin qu'il se familiarise au maximum avec le sujet de notre recherche. Ainsi le discours de l'orthophoniste était plus spontané car détaché de certaines résistances. L'anticipation sur les axes de discussion a permis aux professionnels de ne pas se sentir pris au piège face à des questions parfois déstabilisantes car personnelles. Préparés à la tournure que prendrait l'entretien, ils se sont sentis plus en confiance et plus libres d'évoquer des situations cliniques parfois difficiles à vivre à la fois en tant qu'orthophoniste et que personne.

Ce guide d'entretien se distingue fortement du questionnaire car il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours. Il s'agit d'un système organisé de thèmes, que l'interviewer doit connaître sans avoir à le consulter, et qui ne doit pas déterminer l'ordre d'apparition des thèmes dans l'entretien. Il a pour but d'aider l'interviewer à improviser des relances pertinentes, et non

de diriger l'interviewé. Cette technique permet à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et qui puisse répondre aux attentes des interrogations de la recherche.

3. La réalisation des entretiens

Ce qui compte surtout dans les conseils de technique de l'entretien concerne principalement l'attitude de l'interviewer. Celui-ci se doit d'être patient et bienveillant, tout en n'omettant pas d'être critique (sans autorité). Les conseils, jugements de valeur et échanges d'opinions ne sont pas les plus adéquats pour ce genre d'enquête. L'enquêteur doit « *intervenir pour aider l'interviewé à parler, dissiper ses inquiétudes, encourager l'expression fidèle et précise de ses pensées et sentiments, aiguiller le discours sur les points oubliés ou négligés, soutenir l'émergence de l'implicite et susciter si nécessaire l'explication.* » (Blanchet, Gotman, 2007). Les stratégies d'interview sont définies comme une planification de la situation : elles incluent une intrigue (le thème et l'objectif), une scène (le temps, le lieu et la définition de la situation), et une distribution (les différents acteurs).

A. Paramètres de la situation d'entretien

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

L'environnement

Le cadre extérieur commande en partie le déroulement de l'entretien. Le temps où l'on s'entretient est contaminé par les actions précédentes ou suivantes. Il est donc important d'avoir cet élément à l'esprit pour pouvoir être capable de définir si l'interviewé peut s'abstraire des situations antérieures. Outre le fait que la plage horaire doit être déterminée en fonction des disponibilités de l'enquêté, ce paramètre temporel peut avoir une valeur décisive sur le déroulement de l'entretien. C'est pourquoi nous avons trouvé préférable de rencontrer les orthophonistes à des plages horaires libérées par des séances annulées, ou à la suite de leur

travail, afin qu'ils puissent se situer dans un contexte professionnel, et qu'elles fassent un lien constant entre notre thème de recherche et leurs situations cliniques.

La scène

Chaque lieu communique des significations susceptibles d'interférer avec le discours. Le lieu influence le rôle et certaines conduites spécifiques. Conscients de cela, nous avons rencontrés les orthophonistes dans leur bureau, ou au moins dans leur lieu d'exercice, afin de faciliter la production d'un discours inscrit davantage dans un thème professionnel.

Les acteurs

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

B. Le cadre

Il est constitué par les croyances et les représentations mutuelles des interlocuteurs et concernent les enjeux et les objectifs du dialogue. Pour garantir le cadre, nous devons en priorité annoncer les motifs et l'objet de notre demande, ainsi que garantir la confidentialité de l'entretien. C'est dans ce cadre qu'il est également essentiel de définir les modalités matérielles de l'entretien, en ce qui nous concerne l'enregistrement audio-phonique du discours de l'interviewé.

C. Les modes d'intervention

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

L'écoute

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

Les interventions

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

4. L'analyse des entretiens

L'entretien ne parle pas de lui-même. Pour renseigner le chercheur sur ses interrogations spécifiques, il doit passer par le filtre de l'analyse. Nous avons choisi dans notre enquête d'analyser le contenu du discours plus que sa forme, puisque c'est plus le sens que les orthophonistes donnent à leur pratique, que les composantes linguistiques qu'ils utilisent pour en parler, qui nous intéresse. A travers la sélection et l'extraction de certaines données, nous avons pu confronter nos hypothèses aux faits cliniques. Nous avons analysé chaque entretien indépendamment en tant que discours singulier porteur de sens. Chaque fragment de discours, celui-ci étant découpé transversalement selon les axes thématiques, illustrent une notion théorique. Nous ne saurions établir laquelle de la notion clinique ou théorique préexista à l'autre. En effet, elles se sont mutuellement associées dans notre esprit afin de former la réflexion la plus cohérente et harmonieuse possible.

Préambule à la présentation des données cliniques

Avant de proposer au lecteur les éléments cliniques relatifs à ma réflexion, je souhaiterais revenir sur les motivations qui m'ont poussée à entreprendre ces entretiens avec les orthophonistes. Si les enfants manifestant de l'angoisse en séance d'orthophonie, rencontrés sur différents terrains de stage, ont fait naître en moi un certain nombre de questions, ce sont davantage les échanges avec mes différents maîtres de stage qui ont été déterminants dans l'évolution de mon regard et la construction de bases solides pour ma future pratique. Tout au long de cette quatrième année, j'ai eu la sensation d'évoluer, de construire patiemment un regard clinique, de trébucher puis de me relever grâce notamment à l'écoute et la confiance que m'ont témoigné les orthophonistes. La démarche de leur donner la parole sur cette question de l'angoisse afin de retranscrire dans ce mémoire de fin d'études le maximum de ce qu'ils m'ont apporté s'est imposée à moi, à la fois comme une marque de reconnaissance mais également comme la possibilité de permettre à d'autres de s'enrichir de ces regards multiples, aiguisés et chaque fois singuliers. L'exercice d'écoute, d'analyse et de synthèse au cœur de cette démarche signe pour moi l'aboutissement d'une année riche de doutes et d'éclairages sur la pratique orthophonique, prémices espérées d'une pratique réfléchie et créative. Afin d'en faciliter la lecture, j'ai pris le parti de rassembler les réflexions des orthophonistes sous les trois différentes thématiques de ma trame d'entretien : l'angoisse de l'enfant, les adaptations de la prise en charge et l'écho de l'angoisse de l'enfant sur le thérapeute. Aucun des entretiens ne s'est déroulé selon ce plan strict mais l'exercice de synthèse et d'organisation des données cliniques *a posteriori* leur rend une valeur didactique attendue dans ce mémoire. J'insère ces données, présentées en italique dans le texte, dans une réflexion qui est la mienne et par là, je ne prétends ni à l'exactitude scientifique ni à l'exhaustivité de mon propos.

II. Sur l'angoisse de l'enfant

1. Définir l'angoisse

La première question que nous avons posée aux orthophonistes est la question de la définition de l'angoisse à partir de ce qu'ils vivent en clinique. En effet, nous l'avons vu dans les apports théoriques, l'angoisse ne se définit pas facilement. Elle évoque des représentations différentes selon chacun et, en orthophonie, elle regroupe différentes réalités cliniques. Comment les orthophonistes peuvent-ils la définir ? Nous proposons de donner les différentes définitions les unes à la suite des autres puis de les commenter ensuite pour en faire ressortir l'essentiel :

« L'angoisse de l'enfant, ça peut être d'abord l'inquiétude de venir voir quelqu'un qu'il ne connaît pas, pour des raisons qu'il ignore quelque fois, ou qu'il cerne mal. Il rencontre quelqu'un d'étranger qui fait partie du champ médical donc il peut avoir effectivement des inquiétudes sur ce qu'on va lui faire, ce qu'on va lui demander. Ca peut aller de la simple inquiétude assez normale du début de la prise en charge ou du bilan, jusqu'à l'angoisse qui dépasse largement ce premier contact, qui va être plus lié au symptôme et à la gêne ou aux difficultés de l'enfant dans ses relations sociales, dans le sentiment d'échec qu'il peut avoir par rapport à des apprentissages, dans le fait de faillir par rapport aux attentes des parents, dans l'auto dépréciation qu'il peut y avoir du type « je suis nul »...Ca peut recouvrir tous ces champs-là. »(t2).

« C'est une peur irrationnelle, une espèce de malaise, qui n'a pas la même résonnance chez un petit qui vient pour la première fois chez une orthophoniste - qui ne sait pas trop, à qui on a dit qu'il allait chez le médecin, donc il a peur de la piqure, il est un peu « angoissé » entre guillemets - que ce qu'on retrouve chez des jeunes qu'on accueille ici en IME, des enfants psychotiques où là l'angoisse est plus profonde et plus déroutante aussi pour le professionnel. »(t3)

« Je ne sais pas ce que c'est. J'ai peur de confondre avec l'anxiété. Pour moi ce sont deux choses différentes. Ce que j'appelle l'angoisse moi, c'est quelque chose qui te paralyse et t'empêche de penser. Tu ne sais pas trop pourquoi d'ailleurs, parce que c'est plus fort que toi toutes ces

représentations. L'angoisse c'est quelque chose qui n'a pas vraiment d'objet. Quelque chose que l'on ne maîtrise pas. »(t8).

« L'angoisse a quand même comme particularité d'être relativement moins raisonnée, raisonnable que l'anxiété qui est plus réactionnelle à un état de fait ou à un évènement. L'angoisse, c'est quelque chose d'un peu plus diffus qui n'est pas forcément en résonnance avec un évènement particulier. Pour certains enfants on peut comprendre que ce soit un état d'angoisse dans la mesure où les difficultés sont permanentes, sont anciennes, et donc ont généré une insécurité pour plein de raisons, qui est diffuse mais non moins très prégnante. »(t2).

« C'est un doute qui n'est pas positif, porteur, mais qui génère des freins, qu'on retrouve dans les troubles de l'apprentissage »(t7).

« Pour moi, l'angoisse c'est la peur de mal faire, de mal réussir, c'est la peur, oui. »(t6).

« Ce que j'ai retenu de mes cours quand j'étais étudiante, c'est une peur qui n'a pas d'objet, c'est avoir peur sans raison. »(t5).

« C'est un terme qui est compliqué déjà quand même, je ne saurais pas vraiment le définir. On dit beaucoup "angoissé". C'est pas mal parce que justement je trouve que c'est assez général, c'est pas trop stressant pour les parents non plus de dire "votre enfant, il est un peu angoissé". A l'école aussi je trouve que c'est quelque chose qu'on peut dire : "là il y a de l'angoisse". Je trouve que c'est un terme qui n'est pas fermé et qui permet finalement à tout le monde de penser un petit peu que l'enfant souffre, en fait, et qu'il n'est pas forcément fainéant, qu'il ne le fait pas exprès. Je trouve que de ce point de vue là, c'est un terme déjà qui est assez apaisant."(t1)

Nous trouvons dans ces définitions des distinctions cliniques faites par les orthophonistes dans le champ de l'angoisse qui font écho aux distinctions évoquées dans les apports théoriques. Trois distinctions nous apparaissent dans ces définitions.

La première concerne l'enfant qui arrive pour la première fois dans le bureau de l'orthophoniste, qui craint la nouveauté, la séparation d'avec ses parents, qui ne connaît ni l'orthophoniste, ni les lieux, ni les raisons exactes pour lesquelles il vient nous rencontrer et qui peut également avoir des représentations négatives de tout ce qui appartient au champ médical. Il est davantage question pour cet enfant de peur plutôt que d'angoisse. En effet, pour cet enfant, nous pouvons repérer que son inquiétude est en lien avec la situation présente, avec un état de fait qui se déroule

au moment T où l'anxiété se manifeste. C'est l'angoisse de réel dont nous parle Freud qui est une réaction à la perception d'un danger extérieur, dont l'objet est repérable, matérialisé, identifiable. C'est la possibilité pour l'enfant d'être rassuré ou non au fur et à mesure de l'entretien ou de la séance qui permettra à l'orthophoniste de repérer qu'il est question chez cet enfant-là d'une peur liée à la nouveauté et à l'inconnu plutôt que d'une angoisse plus prégnante et diffuse.

Il est également question dans ses définitions de l'angoisse à proprement parler, plus indéterminée et envahissante. En effet, les orthophonistes évoquent que pour certains enfants, il est question d'une angoisse diffuse, prégnante, continue, qui les paralyse, qui n'a pas d'objet précis et qu'on ne peut pas relier à une situation précise. C'est une angoisse qui est envahissante au point que peu de tentatives de rassurer l'enfant ne semblent avoir de prise sur elle. Pour certains enfants, en effet, l'angoisse n'est pas seulement présente lors de la première rencontre mais se manifeste comme étant inhérente à la personnalité de l'enfant. Sans doute la situation de rencontre avec l'orthophoniste vient appuyer sur cette angoisse, mais ses raisons et son origine sont à chercher ailleurs. C'est l'angoisse névrotique dont parle Freud, liée à la perception d'un danger interne, qui fait souffrir l'enfant sans que ni lui ni l'orthophoniste n'arrive à comprendre pourquoi, ni même à trouver les moyens de l'apaiser. C'est une angoisse qui dépasse les troubles du langage de l'enfant – bien qu'elle puisse en être à l'origine – et qui peut colorer toutes les dimensions de son quotidien. Cette angoisse est très déroutante pour le professionnel car il est très difficile d'en repérer les causes. C'est une angoisse qui entrave les capacités de l'enfant, et notamment ses capacités d'apprentissage mises en jeu dans toute rééducation orthophonique autour du « parler, lire, écrire ».

Une troisième distinction est évoquée par les orthophonistes et, bien qu'elle puisse recouper l'angoisse envahissante évoquée plus haut, elle est spécifiquement évoquée comme étant secondaire au symptôme de l'enfant pour lequel il consulte l'orthophoniste, c'est-à-dire plutôt comme une conséquence des difficultés de l'enfant. Elle peut être en lien avec la conscience qu'a l'enfant de ses difficultés et l'incidence que ses difficultés de langage oral et/ou de langage écrit ont sur sa scolarité, ses relations aux autres et l'estime qu'il a de lui-même.

Un dernier élément nous semble intéressant dans ces évocations, c'est la précision qu'apporte un orthophoniste à propos du caractère « *apaisant* » du terme « *angoissé* » lorsque les orthophonistes l'utilisent pour expliquer aux parents et aux professionnels les difficultés qu'ils repèrent chez un enfant. En effet, dire d'un enfant qu'il est angoissé permet que tout le monde comprenne que l'enfant a à faire à quelque chose qui le dépasse et qu'il ne maîtrise pas, et que, plus qu'un enfant qui ne voudrait pas faire d'effort, il est question d'un enfant qui souffre. Ce qui permet d'ouvrir la réflexion des parents et des professionnels sur les différents moyens susceptibles d'aider l'enfant à grandir et s'épanouir.

2. Repérer l'angoisse

A. Les signes de l'angoisse

L'angoisse de l'enfant dans la clinique orthophonique n'est donc pas une et univoque. Elle évoque des réalités et des enfants différents qui ne rendent pas facile aux orthophonistes la tâche de la cerner et d'en saisir les enjeux pour chaque enfant. Au-delà des différents types d'angoisse que les orthophonistes repèrent, la diversité propre au champ de l'angoisse est également présente dans ses manifestations qui sont pourtant le premier et plus saillant indice permettant aux orthophonistes de la repérer. C'est donc la seconde question que nous leur avons posée : comment repérez-vous l'angoisse chez un enfant ? Voici ce qu'ils ont pu nous en dire :

« Ca dépend des enfants ! Pour certains, ça se manifeste avec de l'agitation, le fait de ne pas trop pouvoir rester en place, de bouger, de ne pas pouvoir fixer l'attention par exemple. Pour d'autres, ce sera l'inverse, ce sera une inhibition qui va les empêcher de penser. Et puis il y a des angoisses plus importantes, je trouve, chez certains enfants qui vont être très menacés par le cadre, la relation individuelle. Donc des enfants avec lesquels on ne peut pas être trop près, qu'on ne peut pas regarder directement, le regard peut être menaçant. La voix, aussi. La voix a des effets menaçants chez certains. Ce ne sont pas les plus nombreux mais il y en a. Les demandes aussi que l'on fait, il y a des enfants qui peuvent se fermer complètement face à une demande trop directe. »(t1).

« Ce sont les enfants qui te font remarquer ces choses-là. Il y en a qui te disent "Tais-toi !", ou des enfants qui jouent beaucoup à se cacher. Donc on repère les choses ou par leur comportement ou par ce qu'ils te disent eux-mêmes. »(t1).

« Il y a des angoisses qui sont très visibles, dans les pathologies psychiatriques par exemple. J'ai eu deux situations où il y a des enfants qui avaient vomis la première fois qu'ils sont venus. Des enfants qui avaient des gros troubles de la relation à l'autre...Ca peut être des enfants qui pleurent, qui se cachent, qui ne veulent rien lire, qui refusent toute épreuve de test, ce n'est pas fréquent mais ça arrive. Des manifestations aussi fortes, de pleurs, de refus et de vomissements, ce n'est pas aussi fréquent que d'autres angoisses moins visibles : l'enfant qui remue sur sa chaise, qui est un peu timoré, qui ose pas parler. »(t6)

« Dans l'angoisse, il y a aussi des somatisations, du bruxisme, l'envie d'aller aux toilettes, de sortir de la séance, l'enfant qui va dire « je suis fatigué » qui va s'allonger, comme une fuite d'une demande d'un travail d'écriture. »(t6)

« Moi je travaille aussi en pédopsychiatrie, en CMP avec des enfants qui souffrent de troubles de la relation, des enfants psychotiques – je ne sais pas si c'est du domaine de l'angoisse - mais chez les enfants psychotiques il y a une difficulté avec la demande directe – je sais pas si ça rentre dans le cadre de l'angoisse – il faut que le savoir vienne de l'enfant, il faut s'intéresser à son savoir à lui, il ne nous présuppose pas de connaissance, de savoir, il faut un peu que les choses viennent d'eux. Si on est trop insistant, ils sont dans le refus, dans la colère, dans des comportements qui peuvent être assez forts. Parfois, rien que le regard peut être angoissant pour ces enfants, il faut parfois être à côté d'eux pour s'intéresser à eux puis ils viennent ensuite vers nous. »(t6)

« Ca peut se manifester aussi par le mutisme. Evaluer le langage d'un enfant mutique, c'est difficile ! »(t6)

« Il y a eu une petite fille qui était mutique au départ, elle venait pour un trouble d'articulation, mais c'était un mutisme décidé. »(t6)

« Il y a le « stress » entre guillemets chez certains enfants en bilan, l'enfant arrive, c'est normal, il ne nous connaît pas, ils sont petits, ils se demandent ce qu'on va leur faire. Après, il y en a d'autres avec lesquels c'est plus compliqué. Un petit, en Grande Section, et là en bilan j'avais noté des difficultés d'attention, de concentration, et puis au fur et à mesure de la prise en charge, j'ai noté des angoisses, des questions qui reviennent toujours « est-ce que c'est bien ?

est-ce que c'est mal ? est-ce que c'est un gentil ? un méchant ? » Il a beaucoup de questions dans la tête et du coup il n'arrive pas non plus à se fixer, je trouve que la rééducation n'évolue pas tellement. »(t4)

« Ca peut être dans les regards, ça peut être dans le premier contact, ça peut être dans la façon de se présenter dans la rencontre déjà : comment l'enfant se positionne par rapport au parent ? Comment le parent se positionne ? »(t7)

« C'est dans des gestes aussi. Un enfant qui est en train d'écrire et on repère que s'il pouvait péter la mine de son crayon en écrivant, il le ferait ! »(t7)

« Lui c'est flagrant de tout façon, parce qu'il se présente avec son angoisse derrière ses grands rires. Des fois les grands rires moi ça m'interroge, quand il y a trop de rires, c'est euphorique, je me dis : « tiens... ! » Ca m'interpelle. Ca ne veut pas dire qu'il faut tout loger derrière ça, mais moi ça m'interpelle. »(t7)

« Donc l'angoisse on peut la retrouver dans les émotions et pas seulement celles que l'on perçoit comme de la tristesse, ou des pleurs, des chagrins, des colères, mais aussi dans les rires et les pleurs. »(t7)

« Et dans sa façon de fonctionner, je le vois, dans les rires. Dans cette façon qu'elle a de me demander : « qu'est-ce que t'es en train d'écrire là ? » « tiens, est-ce que c'était ça que tu attendais de moi ? »(t7)

« Ils sont dans la maîtrise, dans le contrôle.... « et pourquoi tu fais ça, et pourquoi tu fais ça »(t7)

« Maintenant elle n'en parle plus, mais dans son fonctionnement effectivement je vois bien qu'elle est anxieuse, mais elle ne pleure pas, elle ne fait pas des grimaces comme pour dire : « est-ce que je fais bien ou pas bien ? », c'est dans les rires, c'est dans la parade, c'est dans un truc un peu trop. Dans le « un peu trop ». »(t7)

« Donc qu'est-ce qui me permet de repérer l'angoisse, c'est d'essayer d'avoir tous les sens en éveil ! Le regard, l'ouïe, le toucher, tous ! L'ouïe : tu entends des choses, les mots du patient, les mots de son entourage, tes mots à toi, ce que tu es en train de dire. Le regard : ce que tu observes en séance, les petits détails, comment il rentre, comment il sort. Des fois tu repères des gamins que tu entends dans la salle d'attente alors que tu es en séance avec un autre enfant. D'autres qui sont calmes en séance, que tu as réussi à canaliser et dès que c'est le moment de sortir, ça y'est ça repart en live ! Donc ça tu l'entends, tu l' observes. »(t7)

« chez N. on a vraiment l'impression qu'il est muselé, qu'il y a un poids énorme qui l'empêche de parler, et que la violence qu'il met à l'œuvre dans ses scénarios ou dans sa façon d'être, qu'il s'impose à lui-même, parce que le fait de se cadenasser ou de ne rien dire de lui-même, c'est quand même assez violent pour un garçon de cet âge, oui on a l'impression que ça vient de plus haut, que c'est quelque chose qui s'impose à lui, il y a une éducatrice qui parle de « cocotte minute », c'est vraiment ça, on a l'impression qu'on a mis le couvercle, qu'on a serré, et que lui il essaye de faire avec » (t3)

« Une petite de 6 ans chez qui il y a de l'angoisse parfois, par moments elle se met à crier, ou le ton monte si elle joue à la poupée elle peut jeter la poupée, et de temps en temps elle se met à pousser des « pipi caca ! » des choses comme ça. Ca lui est arrivé une fois de quitter le bureau. »(t5)

« Il y a une inertie chez les personnes angoissées je trouve. On sent que c'est difficile de changer, ils ont besoin d'être rassurés par des routines. En tout cas pour les patients que j'ai eu. Quand les enfants ne peuvent pas bouger, oui, quand ils ne peuvent pas changer leur points de vue sur les objets de travail qu'on peut avoir. »(t5)

« J'ai un plus grand sinon, qui est en CM1, qui a dû redoubler une fois. Son angoisse se traduit par des rituels rassurants. L'année dernière, quand je le voyais au douzième étage et qu'on redescendait au deuxième où était la salle d'attente - donc on descendait dix étages ensemble-, comme il était assez grand et que c'était mon dernier patient, on faisait tout le chemin ensemble à pied, et pendant toute la durée des escaliers, il me demandait : « est-ce que tu as déjà mangé du bœuf, toi ? » « est-ce que tu as déjà mangé des lasagnes ? » C'était tout le temps sur l'alimentation, et limite ma réponse n'avait pas d'importance, c'était vraiment un rituel qui le rassurait, lui permettait de faire la transition. »(t5)

« Par rapport au travail orthophonique, il est dans la fuite donc si je lui demande des choses qu'il ne veut pas faire, il ne les fait pas. Il va aller chercher d'autres jeux de petits, des playmobils, des choses comme ça, ou il va écrire, écrire, mais sans se relire. Il ne peut pas faire l'effort d'essayer d'écrire lisiblement parce qu'il a des problèmes de graphisme, ou de se demander comment on écrit, il en est pas encore là, et je pense que c'est aussi : « vite, vite, terminer ça » pour pouvoir s'en détacher rapidement et ne pas rester trop longtemps dessus. »(t5)

« Après il raconte des mensonges aussi, il est un peu mythomane, il s'invente un petit frère, il raconte des choses pas vraies, je ne sais pas si ça a un rapport avec l'angoisse, mais sans doute avec la construction de sa personnalité. »(t5)

« La séance se passe toujours mal avec ce gamin parce qu'il a une angoisse énorme, je pense qu'il a dû être oublié quelque part, il a toujours l'angoisse : « est-ce que quelqu'un va venir me chercher ? » donc pour travailler....c'est très difficile...pendant toute la séance il guette à la fenêtre toutes les voitures pour savoir si c'est sa mère qui vient le chercher...Donc s'il a cette angoisse aussi à l'école toute la journée, vous imaginez les apprentissages... »(t4)

« J'ai un petit patient qui a commencé à voler. Il m'a volé ici au cabinet. Et avant il avait volé à l'école, mais ce n'est pas voler dans le sens de "chipper" quelque chose, ça tous les gamins ont un jour envie de le faire. A l'école, lui il a carrément fait les poches dans le vestiaire. Ici, il m'a volé des choses dans le placard quand même. Donc j'en ai parlé aux parents. Je continue à le suivre mais ce n'est pas normal qu'il vole comme ça. Il va mal cet enfant-là."(t4)

« C'est un enfant qui a pu très peu bouger sur sa manière de penser, changer de point de vue sur l'écriture, essayer de fonctionner autrement, c'était très difficile. »(t5)

« On voit des enfants qui sont assez angoissés face à du vide... du vide, du blanc, et du silence »(t2)

« Clairement, chez lui, cette angoisse fait obstacle à la rééducation, je ne peux pas l'amener à réfléchir, à se poser. Il se sent très vite agressé, donc du coup il insulte très vite. Si on fait un jeu par exemple, il va me traiter de « tricheuse » - au mieux ! - il peut en arriver à essayer de me faire un croche-pattes une fois. Il peut être même agressant physiquement, il prend des objets ici, il les déchire, il les casse. Chez la psychologue qui le suit il fait la même chose. Ça le bloque dans tous les apprentissages, ça l'empêche de réfléchir. »(t5)

« Je pense à un petit garçon que je suis depuis 2 ans, qui redouble son CE1 et qui ne peut toujours pas lire le mot « CRABE », il a besoin de déchiffrer très lentement. On sent bien qu'en fait il ne se met pas à lire, il part, il va regarder la carte du monde : « ah tiens, l'Algérie, ça m'intéresse vachement ! » En plein milieu d'un mot, il s'interrompt et il commence à parler d'autres choses. »(t5)

« Il était complètement mutique, paralysé, prisonnier de son corps. Une respiration très haletante, des rougeurs, un petit garçon mal en point. 3 ans et demi. Je me suis dit qu'il était peut-être pas autorisé à venir travailler dans mon bureau. J'ai laissé venir les choses. On fait des

séances encore très silencieuses, on doit être à 7 ou 8 rencontres, après le bilan que j'ai fait en 3 rendez-vous. Donc ça fait un paquet de fois qu'on se rencontre. Et malgré tout, il est très inhibé. Je sais pas si c'est de l'angoisse, ça m'évoque un gamin qui est un peu prisonnier de lui-même, qui n'ose pas dire les choses, qui prend ce que je donne parce que ça passe par de l'imitation mais il ne m'adresse pas grand-chose. Il confond le oui et le non, c'est très particulier, il va dire non de la tête et faire quand même. J'ai fait vérifier l'audition, il avait effectivement une perte d'audition de 30% et un traitement d'otite a été mis en place. Mais j'ai l'impression que ça n'évolue pas beaucoup et qu'il est prisonnier de son corps. »(t8)

« Je sens des résistances, même physiques, des mouvements du bras, une respiration bloquée, c'est vraiment un petit bonhomme qui paraît super mal. »(t8)

Nous retrouvons dans ces évocations les trois dimensions des manifestations de l'angoisse, à savoir le corps, le mental et le comportemental que nous avons abordées dans les apports théoriques. En effet, les manifestations d'angoisse sont multiples et infinies, mais si l'on cherche à organiser les différents plans sur lesquels les professionnels peuvent la repérer, apparaissent ces dimensions du corps, du mental et du comportement de l'enfant. Notre but n'est pas de dresser une liste exhaustive des manifestations possibles de l'angoisse, mais de souligner qu'elles sont variées selon les enfants et chez un même enfant, et qu'elles incitent les orthophonistes à être attentives et à aiguïser leur regard et les perspectives selon lesquelles elles envisagent le comportement d'un enfant. Ces différentes évocations des orthophonistes à propos de l'angoisse nous permettent notamment de nous attarder sur une dimension de la rencontre qui nous paraît essentielle. En soulignant l'importance du regard, de la voix, des gestes dans l'échange entre l'orthophoniste et l'enfant, les orthophonistes nous amènent à réfléchir sur la communication non verbale qui se déroule dans toute relation, y compris la relation de soin.

B. L'importance de la dimension non-verbale

En effet, la communication verbale est loin de rendre compte de l'ensemble des informations qui sont échangées dans la rencontre clinique. Chez l'acteur comme chez l'homme politique, le geste, la mimique, le ton de la voix sont souvent plus importants que le contenu du discours. Il arrive parfois même que les informations non verbales que nous interceptons chez notre interlocuteur

malgré lui nous fassent dire avec certitude qu'il ne nous dit pas ce qu'il pense, et que le contenu manifeste de son discours ne correspond pas à la vérité de ses pensées ou sentiments. Bien plus encore, si on enregistre avec une caméra un entretien avec un patient, et qu'on projette ensuite à un groupe d'étudiants la vidéo sans le son, on est étonné de voir la quantité d'informations qui ont pu être saisies par les spectateurs quant à la personnalité du patient, alors que ce dernier ne communiquait intentionnellement avec le clinicien que par le discours. La rencontre clinique doit donc prendre en compte non seulement le discours explicite mais aussi les réactions du patient et celle de l'orthophoniste à un moment donné et dans un environnement donné. La relation qui s'établit va en effet dépendre étroitement du lieu où elle se situe, du temps de la rencontre et des caractères propres de la personnalité des protagonistes de l'entretien.

L'importance du registre non verbal dans la communication nous paraît liée à ses origines phylogénétiques et ontogénétiques. Les chercheurs qui se sont intéressés aux problèmes de la communication chez les animaux ont pu montrer que les mimiques, la direction du regard, les postures étaient utilisées à des fins de communication et comportaient une ritualisation destinée à transmettre une information spécifique (ex : délimitation du territoire). Sur le plan ontogénétique, les débuts de la communication inter humaine se sont d'abord effectués dans le registre non verbal, utilisant l'ensemble des canaux perceptifs : vue, ouïe, toucher, sensations kinesthésiques. Ce n'est que dans un second temps que la parole devient l'instrument privilégié de la communication. Elle continue cependant à s'enraciner de façon très importante dans l'ensemble des échanges perceptifs. Et ce n'est sans doute qu'à l'intersection de ces différents canaux d'information que la communication trouve la précision et la richesse des nuances qu'elle comporte.

Quand on évoque la communication non verbale, on pense d'abord à la mimique. Elle est sans doute le moyen de communication le plus archaïque, le premier sans doute qui soit utilisé de façon intentionnelle avec la voix et le cri. Dès les premières semaines, en effet, le bébé présente déjà toute une activité de recherche et de communication qui s'exprime dans des moments de tension du cou, du visage et du regard vers le visage de la mère, marqués d'une intensité particulière. Cette tension caractéristique s'accompagnera bientôt d'émissions vocales. La mère y répond habituellement d'instinct par sa mimique et par sa voix. Cet échange viendra culminer

dans l'apparition du sourire mutuel de la mère et de l'enfant. La mimique garde sans doute de ses origines lointaines sa capacité élective d'exprimer les affects et les émotions, et de traduire parfois involontairement les effleurements de notre conscient.

Le regard joue également un rôle important, comme véhicule et pierre de touche privilégiée de la réciprocité de la communication. « Lever les yeux, regarder dans les yeux, soutenir le regard, fuir le regard, détourner les yeux », ces expressions connotent l'établissement, l'évitement, la rupture de la communication et les degrés de son intensité (« boire du regard »). Le regard semble particulièrement adapté à assurer l'établissement et le maintien du contact avec l'autre. Lorsque je regarde l'autre qui me regarde, je sais qu'il me voit et que la communication est établie entre nous. Je le sais mieux que par la parole où je n'entends pas qu'il m'écoute au moment où je parle. Je vois qu'il me regarde et je puis à mon tour par mon regard même manifester que je vois qu'il me regarde, ce qu'il peut me renvoyer à son tour, comme en un jeu de miroir sans fin. Le regard réfléchit ce moment fondateur de l'échange qui renvoie au miroir, aux identifications croisées originelles, et peut-être à la relation fusionnelle comme racine nécessaire du fait de communication.

A côté de la mimique et s'associant souvent à elle, la gestuelle et les postures constituent un aspect important de la communication non verbale. Le rôle des postures de menace ou de soumission, de quête sexuelle, a été depuis longtemps signalé chez les animaux. Chez l'homme, la posture indique les intentions d'accueil, de rapprochement ou de rejet et de menace. Les messages émis par les différentes parties du corps peuvent être contradictoires et exprimer, du reste, les sentiments complexes ou ambivalents du sujet.

A côté des messages du corps, soulignons également l'importance de l'utilisation signifiante de l'espace. L'espace que les individus aménagent autour d'eux, et les distances qu'ils établissent avec les autres, sont porteurs d'information et de messages dont le rôle dans la communication apparaît à l'évidence. On a pu définir ainsi un espace personnel qui correspond à la distance minima qu'un individu tolère de la part d'un autre. Cette distance varie en fonction de nombreux paramètres : âge, sexe, race, milieu socioculturel, etc. Ces données spatiales jouent un rôle dans la rencontre clinique. La position des sièges dans le bureau de consultation situe d'emblée la

situation réciproque de l'orthophoniste et du patient. Deux fauteuils rapprochés, côte à côte ou face à face, engagent une proximité qui peut être vécue de façon différente selon le patient, soit comme le signe d'un soutien sécurisant, soit, au contraire, comme une intrusion insupportable. Tel autre sera rassuré par l'intermédiaire d'un bureau qui pose les positions hiérarchiques des interlocuteurs, d'autres au contraire y ressentiront abandon et froideur insupportables.

Lors de la séance avec l'enfant, la distance plus ou moins grande qu'il établira avec l'orthophoniste pourra être révélatrice de ses difficultés. Soit il se tient en retrait, jouant dans un coin de la pièce ; soit il peut empiéter et envahir exagérément le territoire de l'adulte, s'emparant des crayons, du téléphone, des objets du bureau. Par ailleurs, l'impossibilité pour un enfant déjà âgé de 8 à 9 ans de quitter sa mère, la façon dont il restera collé près d'elle sera significative de ses difficultés de séparation avec elle et de l'importance de la relation symbiotique.

Il nous faut aussi dire un mot des manifestations neurovégétatives qui sont habituellement des modes d'expression non intentionnelles et parfois inconscientes de nos émotions (rougeur, pâleur, sudation, pleurs, rires). Elles ont cependant valeur de message pour celui qui les observe et témoignent souvent de l'intensité des processus psychiques mis en cause et de leur caractère non maîtrisé. On peut y ajouter un certain nombre d'actes automatiques et souvent inconscients : tics, suçotement, grattage, toux, etc. témoins de décharges pulsionnelles non élaborées.

Enfin, il n'est pas possible d'achever cette analyse descriptive des vecteurs non verbaux de la communication sans évoquer les aspects non verbaux du langage. L'aspect vocal tout d'abord - intensité, hauteur aiguë ou grave, timbre, intonation, inflexions de la voix – nous apporte un grand nombre d'informations nuanciant et précisant la signification littérale du discours. On pourrait en dire de même du débit, du rythme : certains rythmes rapides, par exemple, donnent le sentiment d'un flot de paroles, d'une barrière défensive contre toute intervention.

Il est difficile de codifier tous ces éléments non verbaux mais leur importance clinique est considérable, et ils sont particulièrement frappants chez l'enfant ou l'adulte psychotique. Leur débit sera, par exemple, souvent monotone, litanique, ou au contraire saccadé, haché. La voix elle-même aura des registres variés, à peine audible ou tonitruante, basse ou aiguë, caverneuse ou

criarde. On remarquera aussi l'aspect automatique du discours, l'absence d'affects et de vie dans les intonations, et le contraste entre la voix et le sens des paroles prononcées. De même la gestuelle et la mimique ne sont pas au service de la communication chez le psychotique, mais le plus souvent figées, stéréotypées, sans rapport avec l'émotion ou le contenu du discours ; les aspects non verbaux du langage ne servent pas à compenser l'insuffisance de la parole, à la renforcer ou la préciser. Ils sont porteurs de l'angoisse du sujet et de son incapacité à communiquer.

Reste à évoquer, parmi les éléments non verbaux du langage, ce qui apparaît comme le plus non verbal et qui n'en est pas moins lourd de sens, à savoir le silence. Par définition, le silence laisse peu de place à l'interprétation. C'est la raison pour laquelle il doit être suffisamment respecté pour se donner le temps d'en percevoir le sens, et ne pas courir le risque, plus important qu'ailleurs, d'y projeter nos propres sentiments. On a en effet facilement tendance à interpréter le silence comme défensif, voire agressif, et cela d'autant plus qu'en séance d'orthophonie, il s'agit précisément d'une situation où le clinicien a pour fonction d'attendre la parole de l'autre et peut se trouver de ce fait, renvoyé à son impuissance ou à un sentiment d'échec. Il est vrai que le silence est parfois agressif ou défensif, traduisant un conflit psychique qui ne peut émerger, un vécu émotionnel paralysant, un sentiment d'angoisse ou de culpabilité, voire un désir agressif de rendre le clinicien impuissant. Mais il peut s'agir aussi d'un moment fécond d'élaboration. Le langage nécessite qu'on lui cède un temps pour pouvoir s'insérer. Et c'est à nous en tant qu'orthophoniste d'aménager ces temps de silence dans lesquels le patient pourra donc prendre place, et pourra alors s'exprimer.

Prendre en compte cette dimension non verbale de la communication permet donc à l'orthophoniste de repérer un certain nombre de comportements de l'enfant qui peuvent le mettre sur la piste de l'angoisse. Afin que l'orthophoniste puisse affiner son regard sur l'angoisse de l'enfant - non pas dans le but d'en saisir tous les enjeux, mais dans celui de mieux connaître l'enfant – il est intéressant qu'il puisse faire des liens entre les signes d'angoisse de l'enfant et les thèmes ou situations susceptibles de l'exacerber. Sans chercher à épuiser tous les sens que peut prendre l'angoisse dans la vie psychique de l'enfant, il nous semble intéressant de mettre en

lumière quatre domaines saillants autour desquels gravite l'angoisse de l'enfant et qui vont venir de manière privilégiée entraver la rééducation en orthophonie.

3. Faire des liens entre l'angoisse de l'enfant et...

A. Le savoir et les apprentissages

Chaque orthophoniste est confronté au quotidien à des enfants et des adultes qui souffrent de difficultés à manipuler la langue française, à l'oral et/ou à l'écrit. Pour chacun de ces patients, il est question au cours d'une rééducation orthophonique de trouver ou retrouver une relation apaisée au langage et à la langue. Car langue et langage ne désignent pas les mêmes réalités. La plupart de nos activités sont modelées par le langage mais il convient de distinguer cette capacité des différentes langues naturelles au travers desquelles elles s'exprime. Les langues naturelles reposent en effet sur des conventions partagées au sein d'une communauté. Par exemple, le sujet d'une phrase vient avant le verbe en anglais et en français, alors qu'il vient après en japonais, sans qu'il y ait de raisons particulières à cela, sinon les conventions de la langue. Chaque langue est donc un système de signes arbitraires régit par des règles et commun à une communauté linguistique. En revanche, le langage est la faculté humaine d'expression de la pensée et de communication entre les hommes mise en œuvre à travers ce système de la langue comme à travers d'autres systèmes de signes : dessin, gestes, vêtement, etc. La capacité ou fonction du langage ne repose pas sur des conventions. Cette fonction nous permet de symboliser notre pensée afin de la communiquer à autrui. Elle s'inscrit donc fondamentalement dans le lien à l'autre.

La rencontre de l'enfant avec le système de conventions et de règles que représente chaque langue peut être difficile. En effet, face à la langue orale comme écrite, l'enfant peut se sentir face à un bloc de choses à savoir, à maîtriser qui réveille son angoisse et menace de le déstabiliser. Tous les enfants sont confrontés à l'apprentissage de la langue, d'abord à la maison mais ensuite et surtout à l'école où la langue est au cœur de tous les apprentissages. Pour certains, quelque chose d'une angoisse envahissante se joue autour de la question du savoir/ne pas savoir, question qui est au cœur de notre pratique orthophonique :

« Il y a des enfants qui sont très angoissés par l'école, c'est vrai. Ils amènent cette question-là en séance. Mais c'est peut-être pas tant leur question que la question des adultes. Ou ils ne la posent pas comme ça, directement. Certains oui, mais pas tous. J'ai l'impression que c'est plus complexe pour eux. C'est la question plus de leur rapport au savoir, ou l'être, etc. que celle scolaire, des résultats, de la performance. »(t1)

« Je pense à une petite fille, je n'aurais pas dit qu'elle était vraiment angoissée, mais elle était assez paralysée par rapport à tous les apprentissages [...] La petite était visiblement une petite fille intelligente, mais elle était très paralysée par rapport à la curiosité, elle avait envie de rien, elle « savait rien », c'était sa réponse favorite, et il y avait quelques difficultés en lecture. »(t2)

« Au CMP, j'en ai deux comme ça qui choisissent des situations où ils se mettent presque systématiquement en échec. Il y en a un qui n'arrive pas à entrer dans la langue écrite, il est en CP, peut-être qu'il est sur le versant de la déficience, mais en tout cas il demande systématiquement à jouer au maître et c'est lui qui est le maître. Et je fais l'élève, et parfois je pose des questions en tant qu'élève, ou alors je me rebelle. Il fonctionne beaucoup au point vert et point rouge, et moi je lui dis : « les points verts, les points rouges, moi ça m'ennuie, je veux pas. » Je fais l'élève chiante. Du coup, il me dit : « bon on va faire une dictée, mais je sais pas écrire dictée donc on fait comme si. » Donc voilà il se met dans des positions où il vient me montrer qu'il ne sait pas et il aimerait tellement détenir cette place de celui qui sait. Et du coup dès que je lui pose une question qui le met un peu en difficulté en tant que maître d'école, hop, il efface, il change, il change même d'espace dans le bureau, en disant qu'on va faire autre chose. On sent dans son regard, quelque chose de très angoissé d'un coup, une précipitation : « bon allez on fait autre chose, on fait autre chose » Vraiment on sent l'angoisse de ne pas savoir. Pour moi c'est une de leurs angoisses. Ils ne savent pas ce qu'ils ne savent pas, moi-même je ne sais pas ce qu'ils ne savent pas mais en tout cas la peur est présente. On sent que c'est la demande de l'autre aussi qui peut créer ça, qui conditionne beaucoup de choses je crois. Et que nous du coup dans notre façon de poser des questions, dans notre positionnement, je le mets face à ces difficultés. D'ailleurs cette phrase ressort beaucoup chez les enfants : « oui mais toi tu sais. »(t8)

Pour certains enfants, l'angoisse peut donc être mise en lien avec la notion d'apprentissage et de savoir. Le savoir semble pour certains enfants être à la fois désiré et terriblement menaçant. Nous

faisons le lien ici avec ce que nous avons expliqué précédemment de l'inhibition et avec le désir de savoir présent chez tout enfant. En effet, dès les premiers jours de sa vie, l'enfant se lance dans l'exploration de son corps et de son environnement, il part à la découverte de lui-même et du monde qui l'entoure pour en assurer la maîtrise. Le désir de savoir, la nécessité de comprendre l'habitant et vont se prolonger par les innombrables questions qu'il va poser ultérieurement. La curiosité, le plaisir de la découverte, l'acquisition des connaissances font partie de la dynamique même de la vie. De l'apprentissage par le jeu il doit passer, au décours de l'enfance, à une autre forme de savoir, celui que dispense l'école. Or à ce moment-là la mécanique peut se gripper, il peut y avoir arrêt, refus inconscient d'apprendre, d'entrer dans un nouveau système d'acquisition des connaissances. Ce désir de savoir, que Freud assimile à une pulsion, est inhibé, il y a suspension des investissements cognitifs, inversion de la pulsion. Selon Freud : « *l'inhibition est une limitation que le moi s'impose pour ne pas éveiller l'angoisse.* » (Cordié, 1997).

On comprend alors plus facilement que lors d'une rééducation orthophonique, au cours de laquelle la connaissance et l'apprentissage de la langue est en jeu pour un enfant, celui-ci puisse être mis en difficulté par le travail proposé en orthophonie qui vient appuyer sur l'angoisse qu'il tente tant bien que mal de maîtriser et d'apaiser. L'enfant peut se situer dans l'ambivalence d'un conflit entre désir de savoir et danger de savoir, et par là se mettre de lui-même en échec car le fait de ne pas savoir le protège de l'angoisse. Mais l'enfant ne se satisfait pas de cette mise en échec, malgré tout il cherche à savoir. Il pourra venir montrer à l'orthophoniste que cette ambivalence ne lui convient pas, que bien qu'il ne sache pas, il voudrait savoir « comme lui ». Cette question du savoir pourra être mise au travail lors de la rééducation orthophonique. L'enfant viendra manifester son envie d'être « celui qui sait » tout en montrant qu'il n'a pas encore les moyens psychiques d'assumer pleinement cette position. Ce va et vient pourra être repéré par l'orthophoniste qui soutiendra la curiosité naturelle de l'enfant tout en ne venant pas de manière frontale lever le moyen de défense contre l'angoisse que constitue l'inhibition. Comprendre le mécanisme sous-jacent à l'inhibition de la curiosité de l'enfant permettra à l'orthophoniste de mieux répondre à la souffrance de ces enfants qui ont envie mais sont empêchés de savoir.

Plus proche du quotidien scolaire et de la notion de résultat et de performance, les orthophonistes sont également confrontés à la peur de l'échec de certains enfants. Les enfants qui ont conscience de leurs difficultés, mais qui ont réussi à les compenser jusque là, auront peur de montrer qu'il ne savent pas autant de choses qu'ils le prétendent. En effet, les mécanismes d'apprentissage de la lecture, notamment, peuvent permettre à un enfant de reconnaître des mots globalement plutôt que de les décomposer par phonème ou syllabe, ce qui demande une connaissance précise des correspondances graphème-phonème et des règles de la combinatoire. L'enfant fait alors illusion sur ses savoirs. Il a compensé un certain nombre de difficultés par une bonne reconnaissance visuelle des formes globales des mots et la rencontre avec l'orthophoniste va mettre à mal ce dispositif et le mettre en difficulté. C'est ce qu'expliquent ici les orthophonistes :

« Parce qu'ils sont à l'IME, parce qu'ils sont en échec scolaire, parce qu'ils savent pas lire, pas écrire pour beaucoup d'entre eux, donc la situation de bilan, d'évaluation, ils ont peur de ça. Il y en a, dès qu'ils me voient noter des choses : « et qu'est-ce que tu mets ? est-ce que j'ai bon ? et j'ai combien ? »(t3)

« Et puis ici, il y a beaucoup d'enfants qui ont des stratégies assez opérantes, qui peuvent faire illusion, [...] je pense à un enfant qui en fait ne savait pas lire mais qui savait lire pratiquement en globale, qui compensait énormément, mais qui n'était pas capable de lire des logatomes...Ca, ça a été très difficile, donc quelques fois ce sont des enfants qui se sont adaptés [...] il y a ceux qui ont fait du colmatage narcissique et qui y croient à fond et qui savent même plus qu'ils font semblant, et puis il y a ceux qui sont très conscients de faire semblant, mais qui vivent sur cette illusion en espérant – et là je pense que l'angoisse est super importante – parce que chaque bilan, c'est « est-ce qu'il va être dupe ou est-ce que celle-là ou celui-là va voir qu'en fait je fais super semblant ? » et surtout quand c'est quelqu'un de nouveau, ils n'ont pas eu le temps de le mettre dans leur poche, est-ce qu'on peut s'en faire un allié autrement, ça c'est très angoissant... »(t3)

« Moi je pense qu'il a tout à fait conscience de ses failles et que le milieu ordinaire ce n'est pas sa place, et plus il vieillit, plus il se dit que c'est une mascarade tout ça et que ça va bientôt tomber. Que ses parents croient ceci et cela mais en fait, ça marche pas. Il n'y a pas de lecture. On peut croire que mais ça tient à rien. Et du coup je pense qu'il est très, très, angoissé. Et que ça se manifeste par une maîtrise phénoménale des séances notamment. Et ça se finit parfois mal,

je suis obligée de le faire sortir parfois plus tôt parce que c'est ingérable, ça explose, il fait tout, il fait n'importe quoi. Là pour moi il y a de l'angoisse, l'angoisse de ne pas savoir. »(t8)

« Derrière, il y a la question que l'angoisse peut être générée par le non-savoir, l'incapacité de l'enfant, et que si on règle cette incapacité, s'il progresse, s'il acquière plus de savoir, il lâche aussi son angoisse parce qu'il réussit ce qu'il ne savait pas faire. »(t6)

« Je dirais que l'angoisse face à l'échec s'autoalimente aussi par le fait que s'il ne fait pas mieux, s'il a tout à fait conscience de ses difficultés, l'angoisse peut perdurer, même si on peut le rassurer en lui disant que c'est pas grave, qu'il a d'autres compétences, etc... »(t2)

« Et donc la gamine a pu dire explicitement qu'elle en était arrivée à un stade où elle n'osait plus poser la question à la maîtresse parce qu'elle avait peur d'être mal vue, parce qu'elle a peur de l'échec. »(t7)

Ces questions autour du savoir/ne pas savoir, connaître/ne pas connaître, réussir/ne pas réussir cristallisent beaucoup d'angoisse et de peur chez les enfants, et particulièrement chez les enfants reçus en orthophonie. C'est une réalité de notre pratique avec les enfants qui est fondamentale et à laquelle aucun d'entre nous n'échappe.

B. La demande de l'autre

Liée à la question du savoir et de l'échec se déploie la question du désir de l'autre que rencontre l'enfant lorsqu'il est face à l'orthophoniste avec lequel il rejoue ses liens infantiles. Nous l'avons vu, tout travail proposé en orthophonie se situe dans le cadre d'une relation duelle et celle-ci implique que patient et thérapeute soient à la fois sujet désirant et objet du désir de l'autre. Cette rencontre pour l'enfant peut être synonyme d'angoisse car l'adulte est celui qui demande, qui désire de lui qu'il réussisse, qu'il parle, qu'il lise, qu'il réponde à ses attentes, etc :

« On sent que c'est la demande de l'autre aussi qui peut créer ça, qui conditionne beaucoup de choses je crois. Et que nous du coup dans notre façon de poser des questions, dans notre positionnement, je le mets face à ces difficultés. »(t8)

« Et c'est vrai que je me suis posé la question, parce qu'il se sent tellement agressé, et ça le met tellement mal et ça s'est surtout présent en relation duelle, et beaucoup moins en classe. »(t5)

« Et je vois comme il a envie de me plaire ce petit garçon, il ne veut absolument pas me déplaire, et si ça s'est mal fini il va souvent arriver avec un dessin où c'est écrit « je t'aime ». Et ça je me dis que c'est quand même quelque chose de très puissant. Et il est capable aussi de me les crier au travers du hall au CMP : « je t'aimmmme ! » Et j'ai l'impression qu'il crie à l'amour, il a tellement peur que je le malmène, « mal-aime » ou je sais pas comment dire... ! »(t8)

« Il a dépassé le stade de l'angoisse, celui où l'enfant se demande : « qu'est ce qu'elle attend de moi ? »(t8)

« Il y a des réponses qui vont au contraire les faire encore plus flamber, mais ça arrive aussi ! On sait pas toujours tout justement. On maîtrise pas ce qu'il se passe pendant la séance. Ça peut arriver je pense de les menacer encore plus par un trop de présence, ou un "acharnement" entre guillemets parfois. Ça n'est pas évident. »(t1)

L'angoisse de l'enfant en séance d'orthophonie peut donc également être mise en lien avec les attentes et désirs des adultes à son égard. Ces demandes envahissantes peuvent empêcher l'enfant de s'engager lui-même dans son propre désir de connaître et de savoir. En effet, pour qu'un enfant apprenne, il faut qu'il en ait le désir, or rien ni personne ne peut obliger quelqu'un à désirer. C'est pourtant ce que peuvent croire certains parents qui veulent « motiver leur enfant » et « tout faire pour qu'il s'intéresse à l'école ». Comme le souligne Anny Cordié, « le commandement est un paradoxe auquel est confronté l'enfant à qui l'on répète : « je t'ordonne de désirer d'apprendre. » (Cordié, 1997). Le tout petit enfant entend très tôt la demande qui lui est faite : il doit apprendre, il doit réussir. Dès la maternelle, certains parents s'inquiètent des performances intellectuelles de leur progéniture et de ses possibilités de réussite. L'enfant perçoit très bien qu'il a à répondre à une attente. La réussite est cet objet de satisfaction qu'il se doit de procurer à ses parents. Bons points, bonnes notes sont destinés à faire plaisir. L'enfant peut répondre à cette attente pendant un certain temps, mais, tôt ou tard, seul devant la feuille blanche ou la tâche à accomplir, il sera confronté à son propre désir. Au-delà de cette demande parentale, il y a la pression sociale qui s'exerce sur tous et engendre une sourde angoisse que l'enfant arrive mal à cerner. En effet, ce discours où la réussite est désirée et attendue n'est pas tenu par les seuls parents, les enfants l'entendent aussi de leurs maîtres, qui eux-mêmes ont un contrat à remplir. Ils sont, eux aussi, soumis à un impératif de réussite, la classe dont ils sont responsables doit être assez performante pour qu'en fin d'année la majorité des élèves passe en classe supérieure.

L'angoisse qu'engendre cette compétitivité apparaît particulièrement nocive dans les premières années des apprentissages scolaires. L'inquiétude liée aux performances suscite un questionnement permanent sur l'enfant : va-t-il passer dans la classe supérieure ? A-t-il assez de maturité ? A-t-il toutes les capacités intellectuelles qu'on lui supposait ? Les jugements portés sur lui vont être lourds de conséquences et parfois déterminants pour la suite de sa scolarité, car ils peuvent modifier et détériorer les relations avec l'entourage. L'enfant ne fait pas toujours le partage entre un jugement de valeur et l'amour qu'on lui porte. Etre un mauvais élève équivaut pour lui à être un mauvais fils.

Ainsi l'enfant est pris dans un réseau de demandes au sein duquel l'orthophoniste doit se positionner. Car en tant qu'orthophonistes nous ne sommes pas exempts de désirs face à l'enfant que nous recevons. En effet nous sommes tous et toutes habités du « désir de soigner » que suppose notre engagement vis-à-vis de l'enfant et de sa famille. Or ce « désir de soigner » comporte nécessairement une part de séduction. Il s'agit, en effet, de convaincre l'autre qu'on lui veut du bien, qu'il doit parfois participer à un projet qui n'est pas le sien mais d'abord celui du soignant, et qui n'apporte pas un mieux-être ou un réconfort immédiat ; il faut que le patient accepte *a minima* le désir qu'a le soignant à son égard, même si ce désir concerne le fait que le patient doit avoir un désir pour lui-même et par lui-même. Le cadre orthophonique confronte donc l'enfant aux multiples demandes et attentes qui gravitent autour de lui. Surgit alors chez certains enfants l'angoisse décrite par Lacan que nous évoquions dans les apports théoriques : cette manifestation spécifique du désir de l'autre chez le sujet : que me veut-il/elle ? L'angoisse est alors nécessaire à l'expression du désir du sujet qui tente de se positionner face à la demande, au désir, à la jouissance de l'autre en face de lui. Cette réalité de l'angoisse est présente dans le cadre orthophonique. Les demandes que nous allons faire à certains enfants seront de telles sources d'angoisse pour eux qu'ils réagiront par des refus, de la violence, de la fuite, une opposition passive car ils se sentiront envahis, agressés.

C. Les histoires de vie de l'enfant

Une autre dimension de l'angoisse de l'enfant à laquelle peuvent être confrontés les orthophonistes est l'angoisse de l'enfant liée à des situations de ruptures, de séparation qu'il vit

en dehors du cabinet dans sa vie familiale. Nous l'avons vu, selon Freud, l'angoisse de séparation est le prototype même de toute forme d'angoisse et détermine toutes les angoisses futures de l'homme. Envahissantes, paralysantes, les angoisses des enfants sont donc aussi liées pour certains à des histoires de vie particulièrement difficiles et marquées par la question du lien, de la séparation ou de l'abandon. Que peuvent en dire les orthophonistes ? :

« La séance se passe toujours mal avec ce gamin parce qu'il a une angoisse énorme, je pense qu'il a dû être oublié quelque part, il a toujours l'angoisse : « est-ce que quelqu'un va venir me chercher ? » donc pour travailler....c'est très difficile...pendant toute la séance il guette à la fenêtre toutes les voitures pour savoir si c'est sa mère qui vient le chercher... »(t4)

« Si je n'étais pas sortie, je me demande comment la maman aurait fait, elle ne gère absolument plus rien; elle est complètement dépassée avec ses enfants. Et du coup je pense que comme il n'y a aucune limite pour ce gamin, en plus il y a une séparation parentale qui se passe mal, il est noyé dans ses angoisses. Donc là on peut se poser la question du bénéfice de la rééducation... ? »(t4)

« Alors pareil, une séparation parentale quand elle était petite et les parents n'ont toujours pas réglé leur problèmes. Le problème c'est que leur petite fille est très angoissée, et à cause des adultes ! Vous imaginez, c'est une petite fille qui savait très bien là que ça allait mal se passer puisqu'à chaque fois que ses parents sont amenés à être ensemble, ça se passe mal. »(t4)

« Je pense à un garçon de 10 ans et demi que je vois depuis novembre, qui est en famille d'accueil, qui a je pense une grosse angoisse parce qu'il a une histoire très difficile. Il vient du Portugal, je ne sais pas quand est-ce qu'il est arrivé en France, j'ai pas d'éléments très précis parce que son dossier passe de main en main et du coup il y a beaucoup d'infos qui se perdent au fur et à mesure. Il a dû arriver en France il y a deux ans et très rapidement, c'est sa sœur qui a alerté les services sociaux pour qu'il soit en famille d'accueil pour maltraitance de la part de la maman. Son père est au Portugal, je crois qu'il est en prison. Une histoire familiale déjà compliquée et il a été en famille d'accueil dans le sud du département pendant plus d'un an alors que ça devait être une famille d'accueil d'urgence, un temps court et puis il y a eu un premier placement, qui s'est mal passé, donc il est retourné dans la famille d'accueil d'urgence, pendant ce temps il était suivi au niveau psychologique, et par une orthophoniste en libéral. Et puis en novembre il est arrivé dans le coin par ici. La première ortho était une amie donc elle l'a adressé

vers moi, et rapidement il y a eu une prise en charge psychologique, parce que le psycho du service d'accueil d'urgence ne le suit plus, parce qu'il ne dépend plus de ce service-là. Du coup il vit beaucoup de ruptures cet enfant, et on comprend qu'il soit angoissé, ça ne part pas de rien. »(t5)

« Il a quand même une histoire de vie qui fait qu'il a pas pu se construire dans un milieu sécurisant, être suffisamment rassuré petit. Et ça a duré longtemps parce qu'il a été placé du coup à 8 ans, donc c'était pas la petite enfance. Je ne sais pas comment ce sont passées les premières années de sa vie, je ne sais pas si on saura un jour. » (t5)

« Il a 9 ans et 4 petites sœurs. Sa maman a l'air très angoissée, elle est logorrhéique, tu peux pas l'interrompre, elle cherche des réponses elle aussi, donc forcément la dyslexie a été mise sur le tapis, mais il s'agit pas de ça pour moi, parce qu'il a tous les outils pour lire, c'est juste qu'il ne s'y met pas. Pour moi, ça bloque ailleurs. Et la psychologue en libéral m'a dit qu'elle avait repéré des choses, elle le voyait dans un fonctionnement dépressif. Et la pédopsychiatre du CMP m'a dit qu'elle, rien ne l'avait interpellé, sauf qu'il ne joue pas. Il bricole, il fabrique des trucs, il est capable de faire plein de choses, de tondre la pelouse, à 9 ans, c'est pas souvent ! Son papa a une ferme donc il vit à la ferme depuis tout petit, et je pense qu'il se projette beaucoup dans son papa. Et au CMP, il a été mis en évidence que le papa lui-même, en lecture, sait à peine décoder les mots. Par contre, c'est un papa qui valorise la lecture. C'est pas facile, d'autant plus qu'ils habitent un hameau où apparemment il n'y a que des gens de la famille de son père. La grand-mère paternelle aurait voulu des petits-fils, elle valorise beaucoup cet enfant et ses compétences à la ferme, par contre elle lui dit : « mon pauvre, tu es obligé d'aller à l'école alors qu'en fait tu n'as pas besoin d'apprendre quoi que ce soit puisque tu te débrouilles très bien à la ferme. » Donc on peut penser à un conflit de loyauté quand même pour ce garçon. Plus plusieurs situations qui l'ont quand même traumatisé donc je pense qu'il a de quoi être bloqué, il n'y a pas de dyslexie là-dedans. C'est un problème d'ordre psychoaffectif. Et c'est hyper décevant quand même d'adresser quelqu'un chez le psy et qu'il n'en sorte rien. Il s'est trouvé que pour la maman, ça a peut-être été trop violent pour elle, en plus elle accouchait de sa cinquième, et sa mère est morte très rapidement à ce moment-là avec un cancer fulgurant, donc je comprends que ce n'était pas le moment dans sa vie »(t5)

« Pour ce petit garçon, la demande de lecture l'agitait, il mettait en jeu un papa peut-être un peu idéalisé qui s'occupait de sa famille comme s'il avait peur de perdre des souvenirs rattachés à

son père : fallait-il qu'il rende son histoire plus lisible pour entrer dans la lecture ? On peut travailler sans prendre en compte ça mais moi ça me paraît primordial d'accorder de l'attention à cela, mais ce n'est pas forcément entendu par l'école. »(t6)

« Moi je pense qu'il y a tellement d'angoisse et tellement de problèmes existentiels qu'il n'a pas de place pour faire des apprentissages. »(t4)

Ainsi, les orthophonistes peuvent être amenés à rencontrer un certain nombre d'enfants confrontés dans leur vie quotidienne à des situations susceptibles d'exacerber l'angoisse et de fragiliser leur capacité à se tourner vers les apprentissages et les découvertes propres à leur âge. Contrairement à l'adulte, l'enfant ne dispose pas toujours des moyens psychiques lui permettant de tolérer l'angoisse et il ne peut pas toujours mettre l'angoisse de côté lorsqu'il arrive dans le bureau pour sa séance d'orthophonie. Si certains réussiront à s'appuyer sur le cadre rassurant de la séance, certains ne réussiront pas à se sentir assez en sécurité pour dépasser l'angoisse qu'ils connaissent au quotidien car leur jeune histoire est marquée par des ruptures et des séparations. Sans que ce cadre de vie ne donne à lui seul l'explication de l'angoisse, il est important que l'orthophoniste puisse en tenir compte pour faire des liens et comprendre le comportement de l'enfant en séance.

D. L'angoisse des parents

Un dernier lien que font les orthophonistes lorsqu'ils tentent de mieux saisir l'angoisse des enfants en séance se fait avec l'angoisse des parents. En effet, dans le travail avec l'enfant, il est fondamental pour l'orthophoniste de créer un lien et une alliance avec les parents car rien ne peut être entrepris sans leur participation et leur implication dans la rééducation. Lorsque l'orthophoniste repère de l'angoisse chez un enfant, il est intéressant qu'il puisse se demander si l'angoisse que manifeste l'enfant n'est pas directement l'écho de l'angoisse des parents :

« Je vois quand même majoritairement des enfants et il y a des parents qui sont hyper rigides, je pense aux parents d'une petite fille, qui elle aussi est angoissée mais sur le coup je voyais surtout l'angoisse des parents. C'est une petite fille que j'ai suivie de la moyenne section au CM2, donc pas mal de temps. Et longtemps 2 fois par semaine. Sa maman était très angoissée, et du coup

elle n'écoutait pas quand je lui parlais, elle n'entendait pas ce que je lui disais et si elle avait une question à poser elle restait dessus. C'était très difficile pour elle de changer quoi que ce soit. Changer son point de vue, sa manière de faire à la maison, d'accompagner sa fille dans les devoirs, par exemple. »(t5)

« Mais sinon, pour le LO, ici on reçoit pas mal d'enfants de maternelle, et même pour le LE, les enfants sont quand même pas mal accompagnés par leurs parents, il peut y avoir des grosses angoisses. En plus, en ce moment, on demande pas mal de diagnostics de dyslexie, et moi je n'ai pas le même discours que l'école apparemment, donc il peut y avoir un décalage. »(t5)

« L'angoisse chez les parents, c'est assez fréquent. C'est plutôt logique ! Un enfant qui ne parle pas, qui n'apprend pas à lire au CP....surtout qu'on est à une époque où il y a beaucoup de pression sur les enfants et donc sur les parents également. »(t6)

« C'est vrai qu'il peut y avoir des premiers entretiens avec les parents qui peuvent être très longs parce que oui ça déborde largement avec leur propres problématiques à eux, celles des frères et sœurs, la grossesse, la perte d'un parent pendant la grossesse, enfin des tas de choses. Il y a des situations où soit les parents le disent dès le départ, soit d'autres parents le disent tardivement mais néanmoins, on peut sentir les choses, certains le disent jamais mais on sent qu'il y a des choses compliquées, c'est aussi très variable. »(t2)

« L'angoisse des parents est à considérer, parce que c'est angoissant d'avoir un enfant qui ne rentre pas dans les clous. L'enfant a quelque chose, il faut faire des bilans, il faut aller voir un spécialiste, il donne pas les réponses qu'on attend de lui à l'école souvent en plus, donc là on voit tout de suite le spectre s'installer. Suivant l'histoire des parents en plus, ça peut renvoyer à une grand-mère aphasique ou démente, un vécu douloureux, ou les parents peuvent avoir regardé la télé, ils ont entendu parler de la dysphasie, ou encore la maîtresse parle d'un enfant de maternelle en disant qu'il est "dyslexique", les parents viennent en bilan très angoissés alors que l'enfant n'a que 3 ans 1/2...C'est angoissant et ça peut très facilement être communiqué à l'enfant. »(t3)

« Les enfants peuvent être angoissés de ne pas répondre aux attentes de leurs parents, il peut y avoir de la culpabilité : "je ne suis pas l'enfant idéal qu'ils attendaient", et en plus c'est quelqu'un d'extérieur qui va le dire parce qu'ils sont pas capables de s'en rendre compte seuls. Ça peut être quand même très angoissant tout ça. »(t3)

« Sa maman a l'air très angoissée, elle est logorrhéique, tu peux pas l'interrompre »(t5)

« Oui, pour les parents, la fin de la prise en charge est de plus en plus angoissante j'ai l'impression. Sans doute en lien avec cette question des apprentissages, du scolaire. Est-ce qu'il est vraiment prêt à arrêter ? Est-ce que ça va aller ? Donc oui pour les parents ça peut être un moment où à nouveau l'angoisse est là. »(t1)

Ainsi, il est intéressant pour l'orthophoniste de se poser la question de savoir dans quelle mesure l'angoisse des parents peut être communiquée à l'enfant. L'écoute du discours des parents est fondamentale et l'attention portée à tout ce que les parents peuvent dire de l'enfant et de leur vie familiale est une source précieuse d'informations pour l'orthophoniste lorsqu'elle est confrontée à un enfant angoissé.

En abordant ces quatre dimensions du savoir, de la demande de l'autre, des histoires de vie et de l'angoisse des parents, nous ne cherchions pas à décrire les différentes causes de l'angoisse de l'enfant. En tant qu'orthophoniste nous ne sommes pas formées pour cela et notre travail ne consiste pas à lever l'angoisse chez l'enfant. Nous souhaitons simplement donner des pistes de réflexion pour affiner le regard et les liens que nous pouvons faire lorsque nous sommes confrontées à l'angoisse de l'enfant. Notre rôle ne sera pas de pointer du doigt ces liens mais de les avoir en tête pour tenter d'aller plus loin que le simple repérage des signes d'angoisse.

Nous avons présenté dans cette première partie clinique ce que les orthophonistes ont pu nous dire de l'angoisse de l'enfant telle qu'ils la rencontrent dans leur travail quotidien : comment ils tentaient de la définir, de la repérer et quels liens ils tentaient de faire autour de l'angoisse. Dans une seconde partie de l'analyse des entretiens nous souhaiterions apporter des pistes sur les difficultés qu'implique l'angoisse de l'enfant pour l'orthophoniste dans la prise en charge et les adaptations possibles du projet de soins.

III. Difficultés et adaptations du projet de soins

1. Difficultés

A. Le manque d'objectivité

Une des difficultés les plus importantes que rencontrent les orthophonistes face à l'angoisse de l'enfant est l'impossibilité d'évaluer l'angoisse de l'enfant avec objectivité. En effet, nous l'avons vu, l'angoisse est un phénomène psychique vaste et aux limites floues et variables. Elle n'est pas mesurable, quantifiable, identifiable selon des critères stricts et valables pour tous. Ses manifestations sont illimitées et si, l'on pousse notre propos à l'extrême, presque tout geste ou comportement de l'enfant pourrait être interprété comme un signe d'angoisse selon les représentations que l'observateur se fait de celle-ci. Qu'est-ce qui donne à un comportement sa valeur de signe d'angoisse ? Il n'existe pas de consensus sur cette question. Se situer dans le champ de l'angoisse c'est nécessairement se tenir dans un espace parcouru par le doute, l'interrogation, les hypothèses cliniques. De plus, nous avons vu que l'angoisse n'est pas en elle-même pathologique, nous sommes tous confrontés à l'angoisse et nous avons tous à en tolérer une certaine quantité au quotidien. Les différences individuelles se situent davantage dans l'incidence que peut avoir l'angoisse dans nos actes et apprentissages quotidiens. Quelle valeur donner alors à l'angoisse de l'enfant ? Face aux enfants que nous rencontrons en orthophonie, la tentation peut être grande d'enfermer l'enfant derrière l'étiquette « angoissé » et de ne plus le voir que selon cette perspective. A l'inverse, certains ignoreront délibérément cette dimension du comportement de l'enfant en séance considérant qu'elle ne relève pas d'une évaluation objective de la situation. Cette évaluation de l'angoisse est donc difficile pour l'orthophoniste. Il ne dispose que de son seul regard pour observer l'enfant, repérer les signes d'angoisse et déterminer si oui ou non l'angoisse de l'enfant nécessite qu'on s'y attarde ou non. Comme le soulignent les orthophonistes que nous avons rencontrés :

« L'angoisse, il faut être en mesure de la percevoir. Il y a des moments où je me dis : « voilà, cet enfant est angoissé » et à d'autres je me dis : « est-ce qu'il faut vraiment noircir le tableau comme ça ? ». C'est la première chose. On peut se dire que l'enfant est angoissé, qu'il y a de

l'anxiété et tout mettre de ce côté-là, et se dire que du coup ça enraye sa machine à penser, etc. J'ai souvent tendance à fonctionner comme ça. Et du coup, je me dis : « attention, n'amène pas que la dimension psychoaffective et l'angoisse de l'enfant ». »(t7)

Le manque d'objectivité face à l'angoisse de l'enfant vient donc d'emblée signer une limite pour l'orthophoniste : son appréciation de l'angoisse de l'enfant ne sera jamais certaine, fixe, immuable, elle n'aura jamais valeur de vérité puisque les limites dans lesquelles l'angoisse se définit et se repère ne sont pas clairement établies. L'orthophoniste pourra alors être tenté de minimiser l'angoisse voire de l'ignorer totalement se disant qu'elle ne relève pas de son champ de compétences ou, au contraire, conclure trop vite à la présence de l'angoisse chez l'enfant et ne se limiter qu'à cette seule appréciation de la personnalité de l'enfant. Cette indétermination de l'angoisse complique beaucoup de choses pour l'orthophoniste qui va se heurter aux questionnements qu'elle induit tout le long de son parcours de travail avec l'enfant. Ces questionnements seront présents avec certains enfants dès le temps du bilan et de l'évaluation du trouble de langage chez l'enfant.

B. La question du bilan

Dans les différentes étapes du travail de l'orthophoniste, l'angoisse de l'enfant peut venir s'inviter dès le bilan et rendre très difficile l'évaluation du trouble de l'enfant. Prenons en exemple les situations évoquées par les orthophonistes :

" Mais d'être devant le gamin inhibé qui peut rester une heure sans bouger, sans rien dire...[...] que donner comme conclusions du bilan dans ces cas-là ? Pour nous ça c'est angoissant aussi. J'ai eu un cas une fois où j'avais reproposé un bilan plus tard. Il ne s'était rien passé, elle me regardait, pas de sourire, pas de pleurs, pas de cris. Quand l'enfant pleure, on peut essayer de l'apaiser, de lui dire que ce n'est pas grave, qu'elle peut dessiner un bonhomme, etc . Mais cette petite fille je lui proposais des choses et elle disait ni oui, ni non. Donc on ne peut pas conclure. On ne peut pas conclure à une absence de langage puisque la maman dit qu'à la maison elle parle. Ca je ne sais pas gérer. Et puis on ne sait jamais pourquoi, est-ce que c'est une inhibition parce qu'il y a un retard intellectuel et que l'enfant ne comprend rien à ce qu'on lui demande ?

Est-ce que c'est une inhibition parce qu'il est venu à contre cœur, qu'il ne voulait pas venir, qu'il est intelligent et a décidé qu'il ne dirait rien ? Est-ce que c'est le gamin qui a tellement peur de mal dire parce qu'à la maison dès qu'il veut dire quelque chose on lui fait répéter ? Est-ce que c'est le gamin qui a une dysphasie et qui n'arrive pas à parler ? On ne peut apporter aucune conclusion, donc on décrit ce qui s'est passé pendant le bilan, donc moi je mets que l'enfant n'a pas été coopérant et que je n'ai rien obtenu du tout du bilan et que je ne sais pas pourquoi, donc que je ne peux pas conclure. Donc souvent je propose de reprendre rendez-vous. »(t4)

« Une élève de 6^{ème}, parcours primaire sans soucis, adressée par la prof de français, pour des gros soucis de lecture. J'ai fait le bilan l'autre jour. Je suis déjà le frère qui a une dyslexie-dysorthographe donc elle me connaît, elle est déjà venue ici plusieurs fois au cabinet. Pendant le bilan, elle ne me parle pas. J'ai eu un petit « oui, oui » très discret. J'ai fait le bilan de langage écrit complet, j'ai fait la BALE pour les mots, aucun souci, aucune dysorthographe. Aucun souci dans la dictée de mots, aucun souci de phonologie. Une dictée de Chronodictées tout à fait dans la moyenne même les phrases complexes, les accords du participe passé bien mis, aucun souci d'orthographe. J'ai fait un bilan de lecture, donc la lecture de mots aucun souci, à l'Alouette, elle a un âge de lexique de 11 ans 6 mois donc aucun souci puisqu'elle a 11 ans et 4 mois donc elle est même à un niveau légèrement supérieur...Je commençais à me demander où était la plainte. Alors elle parlait quand elle faisait les épreuves, elle lisait sans problème, mais entre les épreuves, rien du tout. Le papa est militaire, il est actuellement pour 4 mois en Guyane donc j'ai voulu lui parler de son papa, quand est-ce qu'il revient ? etcet puis je sais que son frère m'en parle beaucoup, les crocodiles, les serpents...et elle je lui demandais « Papa, il est en Guyane ? dans la forêt ?.... » Et elle ne répondait rien. Juste : « il revient en Mai. » Alors bon...échec scolaire quand même...avec une prof de français disant que la lecture pose problème. Alors je me dis, je vais faire un test de compréhension du langage écrit. Donc là je lui ai fait le test de Khomsi « Compréhension de lecture » et là, complètement chuté....et j'ai fait un test de vocabulaire aussi, de Khomsi, et là, un bon niveau de vocabulaire....alors je me suis posé la question, parce que comme elle avait l'air très fermée, très coincée, avec des problèmes relationnels quand même à l'école : mal au ventre, elle ne va pas du tout aux toilettes de la journée, plutôt sur un versant inhibée. On sent cette angoisse de ne pas réussir peut-être, je ne sais pas. Je me suis dit : l'échec scolaire vient peut-être du fait qu'elle lit bien mais qu'elle ne comprend rien à ce qu'elle lit. Une enfant qui ne lit pas beaucoup à la maison non plus. Donc qui

ne met peut-être pas trop de sens sur ce qu'elle lit. Mais je la sentais tellement angoissée justement que j'ai expliqué à la maman que je ne proposais pas de prise en charge orthophonique mais que je demandais une consultation psycho/psychiatrique quand même avant. Et en plus c'est une enfant qui a connu un parcours primaire sans soucis, c'est quand même rare. Et puis cette non-compréhension de la phrase en lisant, alors que ce qu'elle produit en écrivant, même la phrase complexe était bien comprise puisque les accords du participe passé étaient bien faits...ça m'interrogeait. En général quand les enfants ont des soucis de compréhension de lecture, pour l'écriture de la phrase complexe, ils ne repèrent pas le pronom, qui fait quoi...c'est étonnant avec ce qu'elle pouvait produire à l'écrit, avec en plus un bon niveau de vocabulaire, une morphosyntaxe sans erreur, une bonne vitesse de lecture, et pourtant elle ne met pas de sens sur ce qu'elle lit. Alors je me dis, est-ce qu'il y a une telle angoisse que, elle est tellement préoccupée par cette lecture... qu'elle lit, mais que son cerveau n'est pas ouvert pour mettre du sens. Je me suis posée cette question donc j'ai demandé un complément à la maman, un bilan psychiatrique. J'ai demandé à la maman de me tenir au courant et de donner mon compte-rendu orthophonique au médecin psychiatre et de lui demander si ce n'était pas ça qui peut bloquer les apprentissages. Dans mon compte-rendu je vais expliquer son comportement pendant le bilan, et que je me demande si l'angoisse n'est pas prégnante, ce qui fait qu'elle n'est pas disponible pour mettre du sens sur ce qu'elle lit. Je dirai que je ne propose pas de rééducation orthophonique avant d'avoir eu un bilan complémentaire au niveau psychologique. »(t4)

« La situation qui m'a le plus marquée c'est quand j'ai commencé en libéral mon premier bilan c'était une petite fille qui venait parce qu'elle ne rentrait pas dans la lecture – elle s'était mise à pleurer et elle refusait toute épreuve de lecture et toute épreuve écrite donc on est passés par autre chose, par des jeux. Donc j'ai fait un bilan où j'ai mis que je n'avais pas pu testé l'enfant et que je me basais sur ce que disait la maman et l'école, je n'avais rien pu constaté parce qu'elle ne m'avait rien montré. » (t6)

« Je trouve difficile en pédopsychiatrie la réalisation des tests chez ces enfants-là qui n'entrent pas dans la demande directe, qui se refusent un peu à l'autre. C'est plus après dans ce qu'ils mettent en place dans les jeux qu'il faudra saisir les éléments de ce qu'ils savent faire puisqu'ils ne vont pas nous le montrer d'emblée. »(t6)

« Après c'est à nous de faire avec ça, et on part de ça. Ca c'est la question du bilan aussi, comment on se dit à partir du bilan, ça c'est une question pour nous ou pas ? Est-ce qu'on se fie

juste à une grille de test ou on va croiser avec d'autres choses ? C'est à chacune de se positionner. Ca veut dire aussi qu'on reçoit les enfants qu'on veut bien recevoir. Et puis c'est peut-être mieux comme ça d'ailleurs. »(t1)

L'angoisse de l'enfant au moment du bilan pose donc plusieurs questions à l'orthophoniste : Comment adapter nos outils d'évaluation lorsque l'enfant ne s'engage pas dans la démarche d'évaluation ? Quelle place accorder à l'angoisse dans les difficultés de l'enfant lorsque tous les tests montrent que du point de vue instrumental l'enfant est pourtant « outillé » pour s'exprimer et comprendre ? Comment évaluer la pertinence d'une prise en charge en orthophonie dans un tel contexte ? A quel moment envisager une consultation psychiatrique et/ou une prise en charge psychothérapeutique ? Nous tenterons tout à l'heure d'apporter des éléments de réponse à ces questions. Ce que nous souhaitons illustrer d'abord, avec ces témoignages, c'est l'impuissance dans laquelle peut se retrouver l'orthophoniste face à l'angoisse de l'enfant. L'angoisse vient mettre à mal le cadre théorique de l'orthophoniste, elle est ce point d'interrogation autour duquel gravitent une foule d'hypothèses et de doutes et qui vient nous rappeler qu'un seul enfant, parce qu'il ne rentre dans aucune des cases définies par la théorie enseignée durant la formation, peut venir enrayer nos connaissances et nos savoir-faire.

Si l'angoisse de l'enfant contraint l'orthophoniste à aller au-delà de ses connaissances objectives et ses savoir-faire techniques, elle vient également fragiliser la démarche empathique et bienveillante dans laquelle il se situe. Souvenons-nous que l'angoisse est ce qui déborde et ce sur quoi on a que très peu de prises. C'est donc avec peu d'étonnement que nous avons pu constaté qu'au-delà même du bilan et de l'évaluation du trouble du langage chez l'enfant, les orthophonistes racontent se sentir démuni face à l'angoisse de l'enfant tout au long du travail.

C. L'orthophoniste démuni

Les difficultés induites par l'angoisse de l'enfant en séance d'orthophonie dépassent le seul questionnement théorique autour de l'origine des troubles et de la pertinence d'une prise en charge. Tout au long des séances, les orthophonistes constatent également que même une attitude bienveillante et rassurante ne suffit pas à apaiser l'angoisse de l'enfant. Ils sont touchés au cœur

même de leur position de thérapeute et de soignant, car l'angoisse résiste à leurs tentatives d'apaisement et de compréhension de l'enfant.

« Sur le versant de l'angoisse qui fait que l'enfant part un peu dans tous les sens, j'ai toujours réussi à calmer les enfants, à les aider à se poser, à faire un petit jeu pour qu'ils se concentrent, j'ai toujours réussi à élever la voix quand c'était nécessaire. Par contre, pour les enfants inhibés, ça m'angoisse moi, c'est beaucoup plus difficile. La séance est longue contrairement aux enfants agités avec lesquels on a pas le temps de voir défilier le temps. C'est beaucoup plus difficile avec des enfants qui ne disent pas un mot. »(t4)

« Les angoisses plus « psy », ça c'est plus difficile, là ça peut être en plus communicatif, ça peut nous mettre mal à l'aise et on ne sait pas pourquoi, et comme c'est quelques fois des angoisses qui n'ont pas un fondement réel...enfin si, pour l'enfant, pour la personne, oui, mais on peut pas le rassurer par A plus B, on peut pas, en étant rationnel, ça n'a pas de prises, donc ça c'est déroutant, surtout quand on a un esprit un peu cartésien, logique, on est face à quelque chose qu'est super puissant, qu'on ne peut pas calmer, donc moi là-dessus, j'ai eu besoin de demander de l'aide, et de dire comment on fait ? »(t3)

« Les angoisses de fin du monde, qui sont très à la mode en ce moment, comment on les accueille, comment on rassure l'enfant, ...moi au début j'essayais d'être très logique, en parlant de la quasi impossibilité que ça arrive, mais bon ça les rassure pas du tout, et finalement les réponses qu'on peut apporter à un des éléments de leur angoisse, ça amène cinquante mille autres questions supplémentaires qui vont générer encore plus d'angoisse...donc c'est un peu difficile... »(t3)

« Oui, moi le besoin que j'ai ici encore c'est par rapport à la violence. Comment l'accueillir ? Quels mots mettre dessus ? Parce que je sais bien que certains enfants qui vont aller jusqu'à me mordre, c'est pas du tout de l'agressivité envers moi, c'est justement une angoisse qui s'exprime....Que dire à l'enfant ? »(t3)

« c'est vrai que pour certains enfants pour lesquels l'angoisse dépasse largement, uniquement le problème de l'apprentissage, l'orthophoniste est un peu mise à mal »(t2)

« Ca arrive avec des enfants qui ont l'air un peu vide et on a aucune proposition pour eux, oui ça m'est arrivé d'être en panne. »(t6)

«J'ai pu rencontrer des enfants pour lesquels l'angoisse était première, était tellement importante, que c'était sans doute pas de la plus grande urgence de s'occuper des problèmes d'apprentissage. »(t2)

« Il faut réussir à apaiser l'angoisse pour avoir une relation de confiance et sereine, pour qu'un travail avec l'enfant se mette en place – oui c'est difficile de rééduquer un enfant si on n'arrive pas à apaiser l'angoisse. »(t6)

Nous le voyons dans ces témoignages, l'angoisse de l'enfant déstabilise l'orthophoniste. Au cours de la prise en charge, l'orthophoniste aura beau faire en sorte d'adopter une attitude bienveillante, la principale caractéristique de l'angoisse est qu'elle ne disparaît pas aisément. Elle s'invite dans la relation entre l'orthophoniste et l'enfant et dans le travail de rééducation de manière durable et répétée, ce qui la différencie de la peur ou de l'anxiété. Elle s'érige en toile de fond continue de certaines prises en charge. Ainsi c'est tout le cadre de soin dans lequel s'inscrit « en temps normal » la démarche orthophonique qui est remis en question : alors que le cadre offert à l'enfant est construit pour être rassurant et soutenant, il ne semble pourtant pas de taille face à l'invasion de l'angoisse.

D. Le cadre de soins chancelant

Nous l'avons vu dans les apports théoriques, le cadre de soins en orthophonie est conçu pour sécuriser les patients et susciter la confiance entre thérapeute et patient. Les séances sont hebdomadaires, régulières, s'inscrivent dans la durée, et l'espace offert au patient est celui d'une rencontre duelle où l'attention privilégiée accordée au rythme singulier du patient et à la liberté de parole de celui-ci viennent soutenir la démarche de remédiation des difficultés de langage proposée aux adultes comme aux enfants. Cependant, l'angoisse de l'enfant ira parfois jusqu'à mettre en doute la pertinence thérapeutique de ces fondements de notre pratique. En effet, pour certains enfants l'orthophoniste sera obligé de constater que ce qui est d'ordinaire un cadre de travail rassurant devient pour certains enfants une véritable menace, suscitant chez eux des comportements de fuite, de violence, de débordement, car la rencontre duelle au lieu de les rassurer les expose de trop près et de manière trop violente au regard et à la demande de l'autre

réveillant ainsi de profondes angoisses. La question se posera alors d'interrompre la prise en charge et d'envisager peut-être d'autres propositions de soin :

« Moi ma crainte, c'est de rajouter à l'angoisse, de le mettre dans une situation qui va être anxiogène, qui va appuyer là où ça fait mal, qui va rajouter à sa problématique. »(t3)

« Et c'est horrible parce que alors même que moi je me fais l'idée de notre bureau comme d'un lieu où l'on devrait pouvoir travailler dans un climat apaisé - parce que justement on essaie au maximum de se dégager des contraintes sociales et de l'aspect du groupe qu'on peut retrouver dans une classe, on reprend le temps de l'individu et de lui où il en est dans sa compréhension des choses, on ne fait plus référence au groupe et à sa classe d'âge et à ce qu'il devrait pourtant savoir - finalement là ça devient quand même menaçant. J'ai sûrement ma part de responsabilité dans ce que je propose, mais c'est comme si il avait tout le temps ce don de se remettre dans les mêmes situations. »(t8)

« Il y a des réponses qui vont au contraire les faire encore plus flamber, mais ça arrive aussi ! On sait pas toujours tout justement. On maîtrise pas ce qu'il se passe pendant la séance. Ça peut arriver je pense de les menacer encore plus par un trop de présence, ou un "acharnement" entre guillemets parfois. Ça n'est pas évident. »(t1)

« Finalement tu penses être dans une situation que tu imagines écologique et qui finalement ne l'est pas tant que ça. »(t7)

« Mais ça reste difficile parce que là ça questionne vraiment ta position d'orthophoniste, là tu te déloges complètement quand même d'une place classique d'orthophoniste, ce sont des enfants qui viennent te chercher de ce côté-là. Soit tu mets des choses en place pour l'assumer et continuer le travail - parce que ce sont des enfants qui viennent tester ça chez toi, qui sont particulièrement sensibles au fait que tu les abandonnes pas - ou alors tu arrêtes, mais dans ces cas-là je pense que tu arrêtes avec quelque chose de pas terrible des deux côtés. »(t1)

Ainsi, l'angoisse de l'enfant en séance d'orthophonie va jusqu'à mettre à mal les fondements même de notre pratique. Du moment où il s'agit de la repérer et d'en cerner les enjeux et les limites, jusqu'au moment où elle contraint l'orthophoniste à s'interroger sur les limites de son projet de soin, en passant par l'érosion du dispositif théorique et de la démarche empathique et

compréhensive de l'orthophoniste qu'elle induit, l'angoisse de l'enfant semble irrévocablement dresser un mur d'obstacles à la prise en charge en orthophonie.

A première vue, la réponse à notre problématique semble donc claire : l'angoisse de l'enfant fait immanquablement obstacle à la prise en charge en orthophonie. Caractérisée principalement par son indomptabilité et sa résistance à toute tentative de compréhension rationnelle et empathique, l'angoisse de l'enfant impose sa silhouette fantomatique dans l'espace du travail orthophonique. Pourtant, elle invite l'orthophoniste à d'autres manières d'être et de faire, et l'engage à fouler le chemin de l'humilité et de l'écoute. De quelles ressources dispose l'orthophoniste pour dépasser l'obstacle que constitue, à première vue, l'angoisse de l'enfant ?

2. Ressources et adaptations du projet de soin

A. Pour repérer l'angoisse

Intéressons-nous d'abord au repérage des signes d'angoisse chez l'enfant dont nous avons dit qu'il était rendu difficile pour l'orthophoniste par le manque d'objectivité et de consensus existant sur la question de l'angoisse.

Le temps

Une des ressources possible face à cette difficulté est le temps. En effet face à une réalité psychique telle que l'angoisse, l'orthophoniste doit s'accorder du temps pour affiner son regard sur l'enfant. Lorsque l'on repère des indices d'une éventuelle angoisse, on ne peut pas se fier à ce que l'on perçoit sur une seule rencontre, ni sur quelques séances pour décréter que l'enfant est angoissé et que cette angoisse entrave ses apprentissages. Le repérage de l'angoisse sera facilité s'il se fait sur le long terme comme le souligne un orthophoniste :

« On ne la repère pas forcément comme ça, c'est sur le long cours en fait. Les patients, si tu ne les vois que deux mois, tu vas percevoir des choses, si tu les vois cinq, six mois tu vas percevoir autre chose et si tu les suis sur le long cours, ce sera encore différent. » (t7)

C'est donc parfois en s'accordant du temps que l'on pourra saisir avec finesse les subtilités du comportement de l'enfant.

La prise de notes

Une autre ressource à notre disposition est la prise de notes. En effet, celle-ci nous permet de faire du lien entre les séances et de pouvoir repérer que l'angoisse de l'enfant se manifeste de manière plus ou moins continue et envahissante :

« Moi j'ai tendance à prendre beaucoup de notes, beaucoup d'écrit, donc des fois, en me relisant, je recroise ce que j'ai pu noté. Ma prise de notes me permet de repérer que là, tiens, il y a une évolution, et là à tel endroit, le patient m'a déposé ça, son angoisse, un fait qui me semblait anodin et après tu te dis : « mais c'est super important ! » ».(t7)

Au moment où nous notons par écrit les éléments de la séance, nous n'avons pas forcément le recul nécessaire pour déterminer dans quelle mesure l'enfant nous indique son angoisse. Pouvoir reprendre calmement nos notes une fois les séances passées nous permet le travail de réflexion que nécessite l'angoisse. C'est à partir de la mise en perspective des comportements relevés chez l'enfant et de nos connaissances sur l'angoisse que nous pourrons faire l'hypothèse que quelque chose d'une angoisse envahissante se joue chez un enfant.

L'anamnèse

Une autre ressource qui nous permet de réfléchir à l'angoisse de l'enfant est l'anamnèse que nous avons effectuée lors du bilan. L'anamnèse est l'ensemble des renseignements recueillis sur le patient et son trouble, généralement au moyen d'entretiens menés avec la personne qui vient consulter et/ou son entourage proche. L'anamnèse est un temps essentiel et fondamental du bilan orthophonique, qui permet tout d'abord de mettre en place la relation thérapeutique entre l'orthophoniste et le patient, de renseigner l'orthophoniste sur ses antécédents (développementaux, médicaux, scolaires, familiaux, sociaux, etc.), de faire le point sur ce qui a motivé la demande et de la faire préciser. L'anamnèse représente donc une part non négligeable du bilan orthophonique et participe à la pose du diagnostic orthophonique en permettant d'établir

des liens entre des difficultés actuelles du patient et d'éventuelles difficultés antérieures. Ainsi, face à l'angoisse de l'enfant, posons-nous la question, comme le suggère une orthophoniste :

« Comment est-ce que l'angoisse que l'on peut ressentir, pressentir chez l'enfant peut faire écho à ce que l'on a pu entendre dans l'anamnèse ? ». (t2)

Ainsi nous pourrions croiser le comportement de l'enfant en séance avec ce que les parents avaient pu évoquer de son comportement à la maison, à l'école :

« C'est vrai que quand des parents parlent à la fois de difficultés d'apprentissage mais aussi, par exemple, de difficultés de sommeil, de difficultés alimentaires, des peurs de l'enfant face à... partir de chez eux, dormir ailleurs qu'à la maison, à quitter leurs parents, etc. Quand on met tout ça l'un à côté de l'autre, c'est quand même des choses qui s'entrecroisent, sur lesquelles on peut s'appuyer pour montrer aux parents qu'il y a quand même dans d'autres domaines des manifestations d'une difficulté à être. » (t2)

En effet, nous l'avons vu dans les apports théoriques l'angoisse de l'enfant peut toucher tous les domaines de sa vie. Face à l'angoisse d'un enfant, il est donc nécessaire pour l'orthophoniste de s'intéresser à l'enfant dans sa globalité, c'est-à-dire dans tous les lieux et les temps de sa vie d'enfant, et de dépasser le seul cadre du langage.

Croiser les regards

Une des ressources fondamentales de l'orthophoniste face à l'angoisse de l'enfant est l'échange avec d'autres professionnels prenant en charge l'enfant ou susceptibles de pouvoir éclairer son comportement en séance. Comme le souligne une orthophoniste :

« Le fait de pouvoir en parler, notamment avec la psychologue, c'est important. si on explique à la psycho tout ce que l'enfant fait ou ne fait pas qui nous pose question, elle peut répondre : « mais justement, il est au travail, il est en train de, et c'est important, et ça se passe, et il te dit des choses quand il dit ça » ». (t3)

La confrontation de notre regard sur l'enfant avec celui d'un autre professionnel nous permet de limiter la perte d'objectivité induite par notre position subjective, de repérer des choses et de faire des liens que l'on aurait pas fait seul :

« Son rituel de me demander si j'avais mangé tel ou tel aliment, c'est en réunion de synthèse que le psycho avait mis ça en évidence, je parlais de ça et du coup il m'avait dit que ça devait être un rituel. En fait, oui, il le faisait tout le temps, mais je ne m'étais pas rendu compte. C'est l'avantage du travail en équipe, ou les réunions de collègues en libéral, c'est vraiment ouvrir ses séances aux autres, et quand tu racontes aux autres, tu mets en évidence des choses que tu vois pas quand tu es le nez dans le guidon ».(t5)

Les parents

Nous l'avons vu, l'angoisse de l'enfant peut rendre très difficile l'évaluation du trouble du langage chez l'enfant. Afin de dépasser cette difficulté, certaines orthophonistes n'hésitent pas à inviter les parents à assister au bilan et/ou à les questionner sur les compétences de leur enfant. Si l'enfant ne peut rien montrer de ce qu'il sait faire, dire ou écrire lors du bilan, nous pouvons nous appuyer sur les éléments que nous apportent les parents pour déterminer si oui ou non il nous semble judicieux de proposer une rééducation orthophonique à l'enfant :

« Quand les difficultés de séparation sont très fortes, quand la séparation avec les parents n'est pas possible, je n'hésite pas à inviter les parents à assister au bilan, et puis je questionne beaucoup les parents sur les compétences de l'enfant, est-il capable de faire ceci ou cela ? » (t6)

Ainsi, afin d'être le plus rigoureux possible dans notre regard sur l'enfant et notre appréciation de l'angoisse, nous pouvons nous appuyer sur différents outils afin de pouvoir engager une réflexion sur l'angoisse de l'enfant et faire preuve d'humilité et de vigilance vis-à-vis de nos observations et jugements. Au-delà du temps de repérage de l'angoisse, l'enfant angoissé nous invite également à faire un pas de côté dans la manière dont nous envisagerons la rééducation. Quelles adaptations pouvons-nous mettre en place dans le travail avec l'enfant angoissé ?

B. Pour adapter la prise en charge

En séance avec l'enfant, l'angoisse nous invite à modifier notre regard, à opérer un changement de point de vue vis-à-vis des difficultés de l'enfant et de notre positionnement de thérapeute. Il ne

s'agit plus pour l'orthophoniste de tout faire pour que la rééducation se déroule selon ses propres désirs et les objectifs rééducatifs qu'il s'était fixé mais de prendre acte d'abord de la souffrance de l'enfant, d'accepter qu'elle fasse partie du quotidien des rencontres sans chercher à tout prix à l'éradiquer. C'est à un véritable lâcher prise que nous invite l'angoisse de l'enfant.

Accepter l'angoisse de l'enfant

Nous l'avons vu, les enfants mettent en place un certain nombre de symptômes afin de combattre l'angoisse. Face à ces symptômes, l'orthophoniste sera tenté de considérer que tant que ces symptômes sont présents chez l'enfant, aucun travail en orthophonie n'est possible. Mais, comme le suggère une orthophoniste :

« Si l'on repère que ce comportement est constituant, structurant pour l'enfant, dans ces cas-là on va mieux le vivre, on va mieux l'accepter. Et souvent en l'acceptant mieux, ça nous permet je trouve de pouvoir dérouler des choses. ».(t1)

Il est donc intéressant pour l'orthophoniste de chercher à se positionner différemment par rapport aux comportements d'angoisse que l'enfant manifeste en séance, c'est-à-dire de chercher à comprendre que les symptômes de l'enfant ne sont pas seulement des « tares » à supprimer mais qu'ils sont déjà des tentatives de l'enfant d'apaiser l'angoisse :

« c'est aussi ne pas enlever la béquille qui soutient un peu maladroitement le sujet...mais qui tient. ».(t3)

Partir du principe que ces symptômes ont une utilité pour l'enfant permet à l'orthophoniste de ne pas s'acharner à vouloir les faire disparaître en vain mais de s'interroger sur la manière de « faire avec » ces symptômes. Le point de départ d'un travail avec un enfant angoissé est donc la validation de ce qu'il vit au quotidien plutôt que la tentative de s'en écarter à tout prix. Vouloir ignorer l'angoisse ne résoudra pas le problème, elle est là et la première étape de notre travail de thérapeute est de l'accueillir :

« Donc ici, les psychiatres comme les psychos sont assez d'accord tous de dire qu'il ne faut pas rentrer à fond dans le jeu de l'enfant mais en même temps de valider ce qu'il apporte. » (t3)

Accepter l'angoisse de l'enfant nous engage à modifier notre rapport au temps dans le travail avec l'enfant. Le temps est une question fondamentale de notre travail à laquelle nous confronte l'enfant angoissé car il nous suggère de ralentir et de respecter son rythme à lui. Or nos « objectifs » de rééducation peuvent nous entraîner dans une logique de rentabilité du temps : ai-je fait ce qu'il fallait pour que la séance permette à l'enfant de progresser ? Lui ai-je proposé tout ce que je pouvais lui proposer ? La demi-heure de séance a-t-elle été efficace ? L'enfant qui vient nous montrer son angoisse nous invite à être plus humble et à reprendre le temps de l'enfant face au temps social de la performance et de l'efficacité.

Se décaler des difficultés de l'enfant

Une fois que l'on a pu s'engager dans la démarche de ne pas ignorer l'angoisse et de la reconnaître comme une dimension à part entière du travail avec l'enfant, il nous paraît intéressant de tenter, au moins au départ, de ne pas confronter directement l'enfant à ce qui réveille son angoisse et à ce qui le met en difficulté :

« Une jeune fille que je reçois pour du logico-mathématiques, qui jusqu'ici se pliait bien à ma demande, m'a fait comprendre qu'elle voulait faire tout autre chose, on est partis tout ailleurs. Finalement peut-être que j'allais trop sur sa problématique et finalement peut-être trop sur son angoisse, parce que la gamine moi je la trouve logique, mais ça fonctionne pas comme il faudrait, donc il y a sans doute de l'angoisse au moment où elle se donne rendez-vous seule pour la réflexion. Et moi du coup j'y suis peut-être allé de manière trop frontale sur son angoisse, et du coup on passe sur autre chose, on est dans du soin, on est allés sur des choses qui lui faisaient plaisir, qui n'ont rien à voir avec la logico-mathématiques, et puis tant pis ou tant mieux, je sais pas. Du coup, ça la soigne et peut-être qu'elle se revalorise, qu'elle se fait du bien parce que toute la semaine elle est trop sous pression, que ça génère trop d'angoisse, et quand elle vient là une demi-heure, elle souffle. Et peut-être que petit à petit au fil des mois, on pourra venir travailler sur quelque chose de manière plus précise. ». (t7)

Nous l'avons vu, l'angoisse est selon Freud le prototype même des sentiments désagréables. Il est donc fondamental, avec les enfants qui viennent nous montrer de l'angoisse en séance

d'orthophonie, de se décaler de cette angoisse afin d'aider l'enfant à faire également un pas de côté par rapport à l'angoisse diffuse qui l'accompagne au quotidien. La notion de plaisir apparaît à travers ce témoignage comme l'outil essentiel dans cette démarche. En effet, si l'angoisse est le prototype même des sentiments désagréables, le plaisir, sentiment agréable, vient tenter de la contrer et vient aider l'enfant, à notre sens, à apprivoiser son angoisse, à prendre du recul par rapport à elle, à prendre un peu de distance, à se détacher de la rigidité qu'elle implique au quotidien. C'est ce que suppose selon nous la dimension du soin dans laquelle nous situons notre pratique. Sans verser dans la complaisance envers l'enfant, il est important avec certains enfants de les encourager à prendre du plaisir à faire des choses qui jusqu'ici sont seulement synonymes d'angoisse et de peur. C'est une des missions principales de l'orthophoniste, selon nous, de montrer à l'enfant que la parole orale comme écrite, peut être source de plaisir et d'échange. Cela favorisera d'autant plus l'investissement du langage par l'enfant, que ce langage soit oral, écrit ou mathématique.

Réhabiliter l'enfant dans ses compétences

Une des clés fondamentales face à l'angoisse de l'enfant sera de lui montrer que, contrairement à ce qu'il croit, il sait faire des choses seul, il a des outils pour apprendre. Nous l'avons vu précédemment, l'angoisse de l'enfant a bien souvent à voir en orthophonie avec ses compétences en terme d'apprentissage, de connaissances, de savoir-faire, et est aussi très souvent en lien avec des sentiments d'échec et de dévalorisation. Notre attitude positive et encourageante sera donc indispensable pour qu'il puisse se sentir valorisé et sécurisé dans la confrontation avec ses difficultés :

« Avec ce petit garçon du coup, mon objectif c'est de lui faire prendre conscience qu'il a les moyens de lire, qu'il peut le faire. »(t5)

« On a commencé tranquille, je lui ai demandé s'il avait un chat, un chien, et puis je lui ai proposé une épreuve facile, je savais qu'il allait réussir, et donc il a réussi, il était content, et au fur et à mesure que je lui proposais, il a vu que finalement, ça allait, au bout de 10 minutes, ça y'est il parlait, il a compris que personne n'allait le manger... »(t4)

« En disant, « voilà tu m'as demandé de t'aider là-dedans mais je m'aperçois qu'il y a des choses que tu sais faire donc j'aimerais bien savoir tout ce que tu sais faire parce que ça on aura pas

besoin de le retravailler ou au contraire on va s'appuyer dessus pour apprendre à faire des choses qui sont plus difficiles pour l'instant mais grâce à ce que tu sais déjà, on va réussir, voilà... et donc moi j'ai besoin de savoir ce que tu sais faire, il y a des choses qui vont te paraître facile, mais j'ai besoin de savoir que tu y arrives bien et comme ça on va pouvoir s'appuyer là-dessus - alors j'ai des métaphores adaptées aux âges de chacun, des constructions de maison, avec des fondations, des choses comme ça, des plantes qui poussent petit à petit, pour essayer de leur faire comprendre un petit peu ça...que c'est pas pour voir tout ce qu'ils savent pas faire mais au contraire faire émerger tout ce qui est bien solide et sur lequel on va pouvoir construire le reste... »(t3)

« Il faut réussir à les rassurer suffisamment, à ce qu'ils se sentent suffisamment en confiance pour pouvoir regarder la situation sous un autre angle, faire des choses qu'ils n'ont pas encore faites. » (t5)

« Je ne fais pas le bilan d'emblée, je rencontre les enfants une première fois, on discute un petit peu, d'où ils viennent, ce que c'est pour eux l'orthophonie, ce qu'ils savent faire. J'essaye de cerner les difficultés pour leur proposer des activités sur lesquelles je suis sûre qu'ils vont réussir, pour les mettre en confiance, puis petit à petit je vais introduire la situation de bilan. »(t3)

« Comment est-ce que au niveau de la relation entre l'enfant et l'orthophoniste par rapport à ce problème de langage quel qu'il soit, comment est-ce que, en travaillant, en montrant à l'enfant qu'il est capable de faire des choses, comment est-ce que ça peut avoir des effets sur une angoisse qui, petit à petit, cède ? »(t2)

« Et puis il y a eu d'autres enfants avec le même type d'angoisse pour lesquels on pouvait tout travailler en même temps, c'est-à-dire à la fois le côté plus psychologique et à la fois aussi, je dirais, réhabiliter ses compétences pour lui montrer ce qu'il est capable de faire. (t2)

Une grande part de notre travail avec l'enfant angoissé réside dans cette attitude bienveillante et rassurante. Cette possibilité pour l'enfant de se voir autrement que comme quelqu'un « qui n'y arrive pas » aura d'autant plus d'effets bénéfiques sur l'enfant que l'orthophoniste prendra le temps également de valoriser les compétences de l'enfant lorsqu'elle s'adresse aux parents. En effet, nous l'avons vu l'enfant est très sensible au regard et aux attentes de ses parents et leur angoisse peut lui être facilement communiquée. Notre rôle dans ce contexte sera d'essayer de

désamorcer les nœuds construits par les représentations que les parents et l'enfant nourrissent autour des difficultés de l'enfant, sans que quiconque ne soit désigné comme responsable mais, au contraire, en revalorisant par la même occasion à la fois les parents dans leur rôle de parents et l'enfant dans ses compétences d'enfant.

Baisser nos exigences

S'il s'agit de réhabiliter l'enfant dans ses compétences, il est également question dans le travail avec l'enfant angoissé de ne pas nous positionner dans une attente rigide et une évaluation constante de ses compétences. En nous situant dans une logique de « bonne réponse/mauvaise réponse » nous n'encourageons pas la spontanéité de l'enfant et ne lui offrons pas la liberté de jouer avec la langue et de s'approprier ses variations et ses subtilités. Or l'enfant angoissé a besoin qu'on l'aide à acquérir plus de souplesse dans son rapport au langage, à la langue et dans sa relation à l'autre :

« Idéalement il faut avoir une certaine exigence envers soi-même dans le travail avec l'enfant mais pas une exigence excessive envers l'enfant. »(t6)

« Je lui ai proposé des évocations orales en se lançant un ballon. Il était un peu paralysé au début par : « quel bon mot je dois dire ? » « quel mot tu attends de moi ? ». Et là pour moi, il y avait de l'angoisse, l'angoisse de ne pas répondre à ma demande. Quand il a compris que moi mon cheval de bataille dans ce cas-là c'était juste de dire : « tu peux tout dire », il s'est libéré, il s'est mis à rire, et il avait plein d'idées, les yeux qui pétillaient : « ah oui, j'ai vu ça à l'école !... » Et on est parti sur les chevaliers, plein de thèmes, on a fait de vraies évocations, d'une vraie richesse, et on a dû se passer le ballon, pendant je pense, pas loin de 10 minutes ! Ce qui est très long, et pendant lesquelles, lui a rigolé vraiment. Il a dépassé le stade de l'angoisse, celui où l'enfant se demande : « qu'est ce qu'elle attend de moi ? » « est-ce que je vais être le bon élève ? »(t8)

En signifiant à l'enfant que l'espace de rencontre en orthophonie est un espace de liberté de parole, nous l'encourageons à moins contrôler et retenir sa parole et à ne pas s'arrêter à ses erreurs. En effet, la parole de l'enfant et la notion de faute ne sont pas entendues de la même manière dans le champ pédagogique et dans le champ thérapeutique. En général, la faute est

pointée du doigt par l'enseignant et le monde scolaire. Dans le champ du soin, elle sera envisagée différemment. Au cours du développement de son langage, l'enfant va commettre des fautes. Selon la théorie de la médiation (Le Gurun, 2006), c'est par une démarche adultocentriste que l'on a l'habitude de décrire la faute, c'est-à-dire que l'adulte a systématiquement tendance à comparer les productions de l'enfant aux siennes. La théorie de la médiation classe les fautes de l'enfant en deux registres : la généralisation et la fausse coupe. L'observation de ces fautes permet de déceler certaines capacités de l'enfant et notamment des capacités de logique. L'enfant est capable de plaquer des règles qu'il a pu reconnaître, sur d'autres formes langagières. L'enfant joue avec le langage et ceci donne lieu à la création de nombreux néologismes (en tête desquels figure le « *navion* » des jeunes enfants). Ces fautes n'ont rien de pathologique et nous permettent justement de constater le fonctionnement cohérent de l'enfant.

S'appuyer sur le désir de l'enfant

Dans cette démarche de valorisation des compétences de l'enfant, il nous semble essentiel de signifier à l'enfant que l'espace de la rééducation est un espace qui *lui* appartient avant tout et qu'il sera encouragé à construire au fur et à mesure sa rééducation *avec* l'orthophoniste. Pour cela, il nous semble fondamental de l'encourager à se fier à son désir, ses envies, ses choix, que ce soit pour les outils sur lesquels on s'appuiera pour travailler le langage oral et le langage écrit ainsi que pour les thèmes à propos desquels il souhaite échanger ou écrire. Ainsi, comme le souligne un orthophoniste : « *On ne le positionne pas comme s'il était objet de l'autre, de la rééducation.* » mais on se décale de ce que l'enfant peut déjà rencontrer à l'école en terme d'exercices et de situations d'apprentissage :

« *Dans la façon dont moi j'imagine mon travail, un des objectifs c'est effectivement d'essayer de faire tomber cette angoisse qu'il peut y avoir face aux apprentissages ou aux connaissances en lecture et en orthographe ou même au niveau du langage oral en essayant de prendre un chemin complètement différent de celui que l'enfant a pu emprunter, qu'on l'a incité à emprunter, depuis qu'il est soumis à un apprentissage quel qu'il soit, du langage oral ou du langage écrit. Donc ça va être essayer de faire autrement que ce que l'on a pu faire avec lui.* » (t2)

« *Par contre, dans le travail avec les enfants sur « comment est-ce qu'on va s'y prendre ensemble pour avancer ? » je leur fais souvent le parallèle avec l'école, où ils n'ont pas trop le*

choix, on leur dit qu'il faut faire telle chose, alors qu'ici ça va être à eux de trouver le chemin, avec moi »(t2)

« En même temps ce qui est bien avec ces enfants c'est qu'on peut s'appuyer sur ce qui les intéressent, si c'est un monstre par exemple, que l'enfant dessine à chaque fois, on peut commenter et dire "tiens il a l'air de sourire, qu'est-ce qui peut bien faire sourire un monstre ?" Et on peut dérouler nous du langage, des mots, une pensée. »(t1)

« J'ai rencontré une fois le cas d'un mutisme ici au CMPP, dans le cadre d'un groupe. C'est rarement des mutismes dans toutes les situations, en famille elle parlait, mais pas en société. Je ne l'ai jamais entendue parler et curieusement, par contre, on se parlait, j'avais l'impression d'une vraie communication mais c'était autrement parce qu'elle était présente par le regard, par les expressions, les mimiques, par ce qu'elle pouvait adresser comme dessin, comme geste. »(t1)

Le fait de permettre à l'enfant de choisir lui-même les outils et situations d'échange qui l'attirent permet d'atténuer pour certains enfants la menace que constitue la demande de l'autre. Nous l'avons vu, certains enfants que nous recevons en orthophonie réagissent avec beaucoup d'angoisse à notre demande et nos propositions. Se sentent envahis, menacés, agressés, ils se détournent spontanément de ce qu'on leur propose, s'enfermant dans des conduites de fuite ou d'évitement. Accueillir et valoriser le désir de l'enfant nous permet d'atténuer ces manifestations : *« Oui, un petit garçon qui était dans une très grande inhibition. J'ai décidé de le laisser vraiment choisir et d'avoir une demande la plus discrète possible. Il a pu faire des choix. »(t6)*. Notre propos n'est pas d'encourager les orthophonistes à laisser l'enfant faire tout ce qu'il veut mais de montrer que face à l'enfant angoissé c'est à l'orthophoniste de s'adapter plutôt qu'à l'enfant de se plier aux objectifs de l'orthophoniste. Quel que soit le matériel choisi ou les situations créées par l'enfant, l'orthophoniste garde en tête la dimension du langage oral et/ou écrit pour laquelle il reçoit l'enfant mais cherche les moyens de la travailler au sein même des choix de l'enfant. Cette démarche permet d'encourager l'autonomie de l'enfant. Nous l'avons vu, plus l'enfant grandit et plus il doit tenter de faire face seul à une quantité croissante d'angoisse. Les enfants pour lesquels l'angoisse va poser problème sont les enfants qui développent des outils et des moyens de faire face à l'angoisse trop rigides et qui vont à l'encontre de leur curiosité naturelle et de leur désir d'apprendre. Encourager l'enfant à être acteur de sa prise en charge permet à l'orthophoniste de repérer quelles attitudes et situations l'enfant met

spontanément en place pour plus ou moins fuir ses difficultés, puis de guider l'enfant, au sein même de ces situations, vers d'autres points de vue, d'autres manières de faire, plus souples et plus créatives.

L'orthophoniste : un appui pour l'enfant

Si l'on permet à l'enfant de choisir les supports sur lesquels il souhaite travailler le langage, nous lui permettons de se sentir davantage sécurisé face à nos sollicitations et à nos suggestions. Ainsi, nous pourrions introduire dans les situations de jeux ou d'écriture qu'il affectionne, de la nouveauté et de la créativité. Et il pourra s'appuyer sur nos propositions pour modifier au fur et à mesure ses attitudes par rapport au savoir, à la règle, la langue et l'échange, dans la relation à l'autre. Car l'enfant vient aussi chercher un adulte qui réagisse de manière distanciée et sécurisante par rapport à ses débordements et ses difficultés. Beaucoup des enfants qui montrent des comportements d'angoisse en séance viennent tester la réaction de l'adulte afin de sentir s'ils peuvent ou non nous faire confiance, si oui ou non, nous ne serons pas déstabilisés par leur comportement et nous ne les abandonnerons pas. Comme le montre Freud, l'angoisse chez l'enfant comme chez l'adulte est profondément liée à l'expérience de séparation et chaque rencontre, chaque lien qui se crée, remet cette question en jeu. Constatant que nous ne réagissons pas nous-mêmes avec angoisse et emportement, ils pourront s'appuyer sur notre attitude pour modifier la leur :

« Ce qui est important c'est la façon dont on répond à l'angoisse qui nous est présentée. Ça me fait penser qu'il y a des enfants qui vont venir tester ça, comment l'autre réagit à leur propre angoisse, et s'ils voient qu'on est pas trop désemparés ou mal avec ça, je pense que ça peut les aider eux-mêmes là-dessus, à en faire quelque chose. Les enfants vont s'étayer là-dessus, sur les réponses qu'on va amener. »(t1)

« [Face à un enfant qui choisit toujours la même histoire] moi je trouve qu'on peut s'autoriser à faire des commentaires, à dire à l'enfant en exagérant le trait : "oh lala encore ! Mais c'est toujours la même histoire ! On pourrait peut-être changer quand même un petit peu ?" Si on le fait encore, ok, mais au moins on indique, parce que des fois les enfants ne s'en rendent pas compte, c'est important de montrer l'effet que ça nous fait chez nous. Que nous aussi on puisse être un écho pour eux, un miroir. Parce que des fois ils s'en sont pas rendus compte, ils sont

tellement englués....Je trouve que renvoyer des petites choses comme ça, en essayant que ça soit ouvert et pas fermé, ils arrivent des fois à s'en saisir ou à en rigoler, donc c'est déjà qu'ils sont moins dupes, c'est déjà un pas d'être moins dupe de ce que je suis en train de faire ! Et c'est pas l'interprétation du psychologue, c'est un commentaire au plus près peut-être. » (t1)

« On s'installe en face à face, chacun fait son mandala, j'en fais un aussi pour lui montrer que moi aussi je peux rester concentrée. On fait tous les deux. Au début, il faisait seul, ça partait dans tous les sens, et du coup moi j'en ai pris un, beaucoup plus compliqué que le sien, et je voyais qu'il regardait le mien en même temps, et disait que le mien était joli. A la fin, il m'a dit « le tien est beau », donc j'ai pu lui dire « oui tu vois moi je fais pas n'importe quoi, n'importe comment ». En regardant le mien, il a pu s'organiser autrement pour faire le sien tranquillement. Depuis on prend 5 minutes pour faire notre mandala en début de séance et ça fait du bien. »(t4)

Ainsi, l'enfant va prendre appui sur nos attitudes. Dans le travail avec l'enfant angoissé, nous avons une vigilance à avoir dans les réponses que nous apporterons à l'enfant car elles viendront plus ou moins réveiller ou apaiser leur angoisse. Sans que l'on puisse maîtriser tout ce qu'il se passe en séance, il est important de faire notre possible pour montrer à l'enfant que d'autres manières de penser et de réagir sont possibles sans pour autant les lui imposer.

Etre à l'écoute

Avec les enfants qui manifestent de l'angoisse, il nous faut prendre le temps de l'écoute. L'enfant pourra parfois arriver en séance et montrer par ses refus ou son agitation que quelque chose, aujourd'hui plus que d'autres jours, le tracasse, l'attriste ou lui fait peur. S'il ne sait pas toujours expliquer pourquoi, certaines peurs seront liées à des événements précis et des situations précises que l'enfant pourra raconter :

« Il y a un ado avec lequel il y a eu deux, trois séances où on a fait que parler, il en avait besoin et je pense que c'était le seul lieu qu'il avait. Ce n'est pas angoissant pour moi parce que je me dis que je suis aussi dans mon rôle. Tout ça c'était aussi lié à des mauvaises notes en classe qui l'angoissait donc vu la tête qu'il faisait et l'état dans lequel il était une séance plus "technique" n'aurait servi à rien. » (t4)

« Un petit aussi qui avait pleuré et m'avait raconté qu'il se faisait racketté à l'école. J'avais pu en parler à la maman qui ne s'en était pas rendu compte. Il y avait un autre enfant qui lui tapait dessus à l'école, donc j'en ai parlé à la maman qui tombait des nues. Elle en a parlé à la maîtresse et ça a été réglé, il n'y a plus jamais eu de coups de pied. Donc si j'avais fait de la lecture avec ce petit garçon à ce moment-là, d'abord ça n'aurait pas été performant et puis ça n'aurait pas permis que l'on puisse l'aider. »(t4)

Mais l'enfant ne souhaitera pas toujours s'attarder sur ce que nous repérons comme de l'angoisse ou de la peur. Respecter l'enfant et son angoisse implique non seulement de mettre de côté des objectifs strictement rééducatifs mais également une attitude qui, se voulant empathique et bienveillante, peut devenir inquisitrice et trop insistante :

« Si tu repères qu'un enfant arrive angoissé [...] il y a toujours à faire attention à ne pas être trop, à ne pas être dans le "trop". Moi souvent je commente, ou je questionne. Mais pas une question fermée. Plutôt une remarque, je ME questionne. Je le questionne pas forcément : « Ah ben dis-donc j'ai l'impression que tu fais une drôle de tête aujourd'hui ? » Et il répond ou pas. S'il répond, ok. Mais s'il répond : "ah non, tout va bien.", je ne vais pas insister, je vais aussi respecter que peut-être il ne veuille pas en parler. »(t1)

Rappeler le cadre et la loi

Le cadre dans lequel s'effectue le travail orthophonique peut être un outil permettant de contenir l'angoisse de l'enfant. Veiller à instaurer des repères lors de nos prises en charge concernant le lieu, l'espace, le temps, la durée, ou encore le rythme des séances permet de canaliser l'angoisse de l'enfant. La régularité de ces différents aspects qui constituent le cadre symbolique des séances est une aide lors du travail avec l'enfant angoissé. Un changement ou une instabilité constante de ces paramètres peuvent accentuer l'angoisse de certains enfants ou les empêcher de se sentir en confiance dans la relation thérapeutique. Le cadre temporel notamment a une grande importance. Il permet une mise en confiance et un sentiment de continuité et de sécurité à travers la régularité de la prise en charge. Il permet aussi une prise de distance : l'enfant y apprend à chaque fin de séance à travailler sur la séparation, l'acceptation de la frustration, et les règles imposées. Prendre l'enfant à la même heure chaque semaine, avec parfois des temps ritualisés dans la séance comme lire une histoire au début ou raccompagner l'enfant jusqu'à la salle

d'attente permet de contenir l'angoisse de l'enfant. L'enfant apprend ainsi à se repérer à l'intérieur du cadre de la séance et à investir le lieu qui lui est proposé.

De la même manière, dans la prise en charge, l'enfant est confronté à la loi de par sa confrontation à l'autre. La relation duelle permet à travers l'échange de poser un certain nombre de règles et d'interdits. Ces derniers sont souvent en jeu dans les problématiques dans lesquelles l'enfant se débat. Le langage représente la castration symbolique, puisqu'il rassemble à la fois la possibilité d'accepter la règle et de s'imposer un système de signes signifiants :

« C'est vrai qu'on a à travailler de notre côté cette question de comment on réagit, sans être super normatif, fermé, mais en même temps en indiquant aussi la loi, que tout n'est pas possible. »(t1)

« Et les fins de séances par exemple, pour ça, c'est important d'avoir une pendule : c'est pas toi qui décide que ça s'arrête à ce moment-là. C'est important d'indiquer qu'il y a un temps qui passe et qu'on y est soumis, et l'enfant et l'ortho. C'est très opérant les petites choses comme ça chez les enfants quand même. »(t1)

« C'est important parfois de rappeler que ça n'est pas nous qui décidons, il y a des enfants qui nous mettent un peu dans un rapport de forces et là c'est bien de dire "ah ben oui mais ça on peut pas décider, il faut qu'on demande au médecin". Si t'es en libéral c'est le médecin qui prescrit les soins donc "il faut qu'on lui en parle". Ca, ça décale d'un rapport de forces qui est vraiment très compliqué à gérer avec certains enfants. »(t1)

Ces pistes de réflexion sont autant de clés pour tenter d'apprivoiser l'angoisse de l'enfant, la contenir et faire en sorte qu'elle ne soit pas un obstacle à la prise en charge en orthophonie. Mais l'angoisse de l'enfant peut être tenace et contraindre l'orthophoniste à s'interroger sur la pertinence de son projet de soin et sur les limites de son intervention auprès de l'enfant. Face à une angoisse trop envahissante, l'orthophoniste peut être amenée à proposer à l'enfant et sa famille une consultation et/ou une prise en charge psychothérapeutique. Tous les orthophonistes ne mettront pas la limite entre la prise en charge en orthophonie et la psychothérapie au même endroit mais le débat mérite, selon nous, que l'on s'y attarde.

3. Questionner les limites de notre intervention

Malgré les outils dont nous disposons en orthophonie pour adapter notre projet de soin à l'angoisse de l'enfant, il est important que nous puissions reconnaître nos limites et ne pas dépasser le cadre du langage oral et/ou écrit et de la communication qui fonde notre pratique. La question de ne pas prendre un enfant en charge, d'interrompre une prise en charge ou encore de proposer une prise en charge psychothérapeutique en complément du travail effectué en orthophonie, parce que l'on estime que l'angoisse de l'enfant nécessite d'être travaillée spécifiquement, avant d'envisager ou sans envisager de prise en charge en orthophonie, est au cœur de la rencontre avec l'enfant angoissé. Les orthophonistes que nous avons rencontrés nous ont permis d'enrichir notre regard sur cette question et nous tenterons ici d'éclairer le lecteur sur différents points de ce débat en ouvrant bien évidemment nos réflexions à la discussion et la critique.

A. S'adapter ne suffit pas ?

Déborder de notre rôle

Dans la rencontre avec l'enfant angoissé, il ne suffira pas toujours à l'orthophoniste d'accepter et de s'adapter aux manifestations d'angoisse de l'enfant :

« Pour certains enfants pour lesquels l'angoisse dépasse largement, uniquement le problème de l'apprentissage, l'orthophoniste est un peu mise à mal parce que ce n'est pas uniquement en faisant tomber la pression, en ayant des exigences complètement différentes que celles de l'école qu'on va réussir à faire tomber l'angoisse en général, qui peut être une angoisse bien plus importante, une angoisse existentielle, qui dépasse largement le champ unique de l'orthophonie. » (t2)

« Pour une jeune fille très angoissée récemment, j'ai senti que je débordais de mon rôle et j'en ai informé la maman, en lui proposant qu'un suivi psy soit mis en place. Moi j'étais arrivée au bout de ce que je pouvais faire avec elle, donc on a arrêté. » (t4)

« Quand on sent que tout est un peu paralysé par une angoisse qui dépasse largement les apprentissages [...] oui c'est des préconisations que je peux faire quand même très rapidement

en disant que tant que ce sera pas travaillé, ce sera compliqué pour l'enfant de se mettre en chemin pour les apprentissages... » (t2)

L'orthophoniste peut avoir la sensation de déborder de son rôle et s'interroger sur l'équilibre à trouver entre respecter l'angoisse de l'enfant et perdre le fil de ce pourquoi elle reçoit l'enfant.

Chercher l'équilibre

Car les situations de communication, d'échange et d'apprentissage que l'orthophoniste met en place et la relation bienveillante et empathique qui se noue entre l'orthophoniste et l'enfant peuvent significativement apaiser l'écho de l'angoisse de l'enfant sur ses apprentissages. Le cadre de soins en orthophonie est propice à l'évolution générale du comportement de l'enfant :

« C'est très variable aussi suivant les familles : est-ce que d'emblée on va conseiller une prise en charge en parallèle en psychothérapie, par exemple, est-ce que l'on peut penser que le travail en orthophonie va permettre en travaillant même sur le symptôme ou autour du symptôme de libérer les choses à un niveau général ? » (t2)

« Après, la limite en orthophonie et psychothérapie, pour moi, elle n'est pas si facile à définir. »(t6)

« En même temps il faut trouver le bon équilibre parce que sinon on les envoie tous chez le psy [...] Parfois effectivement ça peut être très angoissant de se dire : « ça fait 6 mois qu'on bosse ensemble, je ne vois pas ce que je lui apporte. » A priori quelque chose, mais en tout cas, sur le papier c'est pas là où je voulais qu'elle progresse qu'elle progresse. Il y a quelque chose qui se passe et ça lui fait du bien, alors est-ce que je suis dans mon rôle ou pas ? Est-ce que ce travail-là préalable est nécessaire pour qu'après on puisse s'inscrire dans du « vrai » travail orthophonique ? »(t3)

Comment repérer que notre intervention peut aider l'enfant malgré l'angoisse ? Au-delà même du travail autour du langage, le cadre de notre intervention ne permet-il pas déjà à l'enfant de mettre au travail la question de la séparation, au cœur de l'angoisse ? Comment réagir lorsqu'une prise en charge psychothérapeutique apparaît souhaitable mais, pour des raisons diverses et variées, ne peut être mise en place ? L'orthophoniste continue-t-elle le travail avec l'enfant ? En intervenant auprès des parents pour leur expliquer que les difficultés de leur enfant dépasse le cadre des apprentissages, ne pouvons-nous pas déjà faire bouger les choses ?

B. L'étayage proposé en orthophonie peut être opérant

Les médiations

L'orthophoniste va travailler à partir de médiations, et notamment à partir de jeux : jeux de société, d'écriture, d'évocation, jeux symboliques etc. Voir qu'un enfant manifeste de l'angoisse mais s'appuie, dès le bilan, sur ces situations ludiques pour être dans l'échange et la relation permet de repérer que l'étayage proposé en orthophonie pourra être opérant pour cet enfant :

« Si les enfants nous sont adressés c'est qu'ils ont des soucis de langage, des soucis qui ont des répercussions sur leurs apprentissages. Donc leur symptôme est quand même là. Et nous, c'est quand même notre mission. Donc là c'est vraiment la question de l'orthophoniste. Ça va dépendre du bilan je dirais, de ce que l'on repère au bilan. Si on repère quand même que les médiations - on utilise beaucoup les médiations dans notre travail - c'est quelque chose vers quoi peut aller l'enfant, qui peut l'étayer, même s'il y a de l'angoisse, de toute façon il y en a toujours, on peut pas l'évacuer, on reçoit pas les enfants non angoissés, hein ! Donc elle est là, elle est là. Ça peut être notre affaire. »(t1)

« En formation logico-maths on nous avait appris aussi que par le jeu, l'enfant arrivait à se mettre dans un état d'attention qu'il n'arrivait pas à atteindre dans d'autres activités et que le moyen normal d'apprentissage de l'enfant c'est le jeu. »(t5)

Le jeu est une activité physique ou mentale, n'ayant d'autre but que le plaisir qu'elle procure. Cette activité est prépondérante pendant l'enfance et participe à la construction de la pensée symbolique et au développement affectif. En fonction de l'âge, on distingue trois types de jeux. D'abord, les jeux d'exercice qui n'ont pas de structure ludique particulière et consistent simplement à utiliser et répéter pour le plaisir une conduite quelconque. L'utilisation ludique de la conduite ne la modifie pas dans sa structure car le plaisir fonctionnel, celui d'être sujet de l'exercice, l'emporte sur l'adaptation proprement dite, exemples : le pédalage du nourrisson, le babillage canonique. Ces jeux d'exercice croissent pendant les premiers mois, atteignent leur apogée pendant les deux ou trois premières années puis disparaissent progressivement. Ensuite, les jeux symboliques qui supposent la représentation de l'image mentale. Ils ajoutent à l'exercice un élément structural nouveau qui est le symbole grâce à cette capacité de représenter par des

gestes une série de réalités non actuelles, absentes et non données dans le champ perceptif, exemples : jeux de « comme si », de faire semblant, jeux de rôles. Ils participent à la formation de la pensée symbolique et à l'émergence du langage et permettent aussi à l'enfant de revivre un conflit pour le compenser ou le liquider à travers le jeu. Ils débutent au cours de la seconde années (après le stade sensori-moteur, au début du stade préopératoire de Piaget), atteignent leur apogée pendant la petite enfance et décroissent ensuite. Enfin, les jeux de règles qui ont une tradition et se transmettent de génération en génération, permettent à l'enfant d'éprouver la nécessité des conventions. Ces jeux débutent pendant la petite enfance, à la période des jeux symboliques, mais à titre d'imitation du jeu de règles des adultes. Ce n'est qu'à partir de 7 ou 8 ans que se constituent les jeux spontanés organisés selon des règles. Ils croissent avec l'âge jusqu'à l'âge adulte où ils deviennent la forme essentielle de jeu. Jadis méprisé, le jeu a été réhabilité par la psychologie contemporaine et la pédagogie dont il constitue l'une des assises principales. Il est un support très utilisé en rééducation orthophonique, qu'il s'agisse de jeux symboliques ou de jeux de règles.

Repérer dans quelle mesure l'enfant se saisit de ces médiations de travail permet à l'orthophoniste de déterminer si le cadre de travail proposé en orthophonie peut être étayant et si, malgré son angoisse, l'enfant peut s'engager dans la rééducation pour dépasser ses difficultés.

L'espace psychique

La question de la séparation et de l'autonomie, si elle est au cœur de l'angoisse, est également au cœur de la situation d'apprentissage travaillée en orthophonie. Le travail proposé en orthophonie permet à l'enfant de chercher et trouver par lui-même des moyens de dépasser ses difficultés :

« Ca peut permettre une séparation, un écart, un espace psychique qui soit propre à l'enfant. L'orthophonie, ça peut déjà proposer ça. » (t1)

« Mais je me disais qu'il avait besoin d'un temps et d'un espace particulier pour lui, parce que je le sens tellement inhibé que ça me semble pertinent qu'il puisse avoir un lieu où il a une parole qui soit entendue et qu'on crée autour de ça. » (t5)

« Après avoir travaillé là-dessus je sais que l'enfant a besoin d'un endroit à lui, où il peut faire les choses en dehors de la connaissance de ses parents, et il en ressort ce qu'il veut. [...] Ma

collègue, systématiquement, elle dit aux enfants : « ce que tu fais ici, reste ici. » [...] Maintenant, je peux expliquer aux parents : « voilà, on va faire le point régulièrement, si vous voulez qu'on en parle, on en reparlera » mais je ne leur dis pas précisément ce qu'il se passe dans la séance. Je leur dis que je suis disponible s'il se pose des questions. »(t5)

En rendant l'enfant acteur de sa rééducation et en respectant son rythme, nous lui permettons de se construire en tant que sujet à part entière, de se décaler des attentes et des demandes qui pèsent sur lui, et de s'exprimer à travers sa parole propre, ce qui peut déjà significativement apaiser ses angoisses.

La seule accroche pour démarrer

Il pourra arriver que l'entourage de l'enfant ne souhaite pas envisager de prise en charge psychothérapeutique et que l'orthophoniste s'engage à prendre en charge l'enfant, bien qu'il estime que le cadre psychothérapeutique serait plus approprié pour l'enfant :

« Qu'on ne fasse pas ce que moi j'avais prévu de faire, s'il y a un bénéfice, pourquoi pas, je l'ai fait pour d'autres enfants, j'ai joué ce rôle là, parce qu'ils n'étaient pas prêts pour une prise en charge psychologique, parce que l'entourage non plus, et parce que vraiment je représentais le seul lieu où des choses pouvaient être dites, où l'enfant était un peu considéré comme un sujet, où je pouvais accueillir sa parole. Je savais pourquoi je le faisais et maintenant il y a une prise en charge psychologique qui a été mise en place, et moi je me suis retirée de cette prise en charge. » (t3)

« Moi je ne propose pas souvent de réorienter lorsqu'il y a une demande orthophonique. Il y a des enfants qui sont très angoissés dont les parents refusent toute prise en charge psychothérapeutique, le CMPP ou le CMP. Et donc l'orthophonie est au départ la seule accroche pour démarrer. »(t6)

La prise en charge en orthophonie sera à ce moment-là le seul lieu de soin qui pourra permettre à l'enfant d'être accueilli dans sa souffrance et entendu dans sa parole. L'espace de parole ouvert sur les difficultés de l'enfant pourra permettre de faire évoluer le regard des parents sur les difficultés de leur enfant et de lever parfois un peu de l'angoisse de l'enfant.

Un espace de dialogue autour du symptôme

Parfois, cette seule démarche d'écoute et de prise en compte de l'angoisse de l'enfant au-delà des apprentissages suffira pour que les parents se représentent autrement les difficultés de leur enfant et réaménagent leurs attitudes, leurs attentes, leurs demandes et leur discours vis-à-vis de leur enfant :

« Je lui ai fait touché du doigt que c'était compliqué pour sa fille de grandir, que pour la maman aussi c'était compliqué, elle le disait d'ailleurs. J'ai eu un contact avec la maîtresse qui me disait « écoutez, moi je trouve que c'est une petite fille qui va assez bien » et la maman se plaignait toujours de cet espèce « d'à côté », de la petite qui « n'était pas là »...puis les choses se sont dénouées, j'ai arrêté avec elle la semaine dernière, et elle s'est vraiment engagée, elle prend les choses en main, elle pose des questions, devient curieuse, se met à lire....alors qu'est-ce qui s'est passé ? Est-ce que c'était de l'angoisse ? Je ne sais pas, mais là le chemin par la psychothérapie n'a pas eu besoin de se faire. Je crois quand même que quand moi j'ai cerné un peu les choses et étendu les difficultés pures d'apprentissage du LE à cette curiosité un peu plus générale, ou à ce manque de curiosité, ça a dû être suffisamment parlant pour la maman pour qu'elle réaménage aussi des choses, qu'elle en parle avec sa fille. »(t2)

Ainsi certaines des dimensions du cadre de soin en orthophonie permettront qu'à travers le travail autour du langage, l'enfant trouve d'autres moyens que ses symptômes pour grandir et s'engager dans les apprentissages. Mais le travail en orthophonie ne doit pas se substituer à un travail psychothérapeutique. Notre rôle n'est pas de proposer à l'enfant un cadre de soin dont le but sera de dénouer les conflits psychiques avec lesquels il est aux prises.

C. « On ne se rencontre pas pour ça »

Si l'enfant pourra trouver à travers les médiations que nous lui proposerons les moyens de mettre au travail ses angoisses, la tâche ne nous revient pas pour autant de mettre l'angoisse au cœur de notre rencontre avec l'enfant :

« Je fais le lien avec un jeune garçon que je suis depuis longtemps. Il y a eu un moment dans sa prise en charge où ses parents se sont séparés et il ne m'en avait jamais parlé. Je le savais par la psychologue qui m'avait dit : "M. t'a-t-il parlé que ses parents allaient se séparer ?" Et je me suis rendue compte que je le savais, pas du tout parce qu'il m'en avait parlé, mais parce qu'on avait

inventé une histoire ensemble, en piochant des mots et en rajoutant des phrases autour de ces mots. Il s'agissait d'une histoire où des enfants avaient les "chocottes" parce que les parents allaient se séparer - le père était comme ci, la mère comme ça. Donc je me suis rendue compte qu'il l'avait écrit, et on en a jamais parlé ! C'est intéressant parce qu'on ne l'a jamais finie cette histoire. Et puis un jour, je lui ai dit "tiens, on a pas fini cette histoire, on pourrait la terminer !" Et il m'a répondu "oh non, non, c'est pas la peine, j'ai pas envie de la finir." Et je ne l'ai pas questionné, je ne lui ai pas dit : "ah ben tiens, peut-être que tu faisais référence à..." C'est là aussi où on voit que notre travail n'est pas là. On ne se rencontre pas pour ça. Avec le prétexte d'écrire une histoire qui était tout à fait dans notre thème de langage écrit, lui il a sans doute traité quelque chose de son angoisse mais il l'a traité comme ça lui était possible de le traiter, comme il le souhaitait je dirais. On a besoin de voiler aussi. » (t1)

« Si on reçoit un enfant dans une situation familiale très difficile, avec des ruptures, etc. mais que ce n'est pas ce qu'il vient nous montrer, que ce qu'il vient nous montrer c'est qu'il se construit, c'est pas sa question à lui directement en tout cas avec nous, on s'en occupe pas, on a pas à s'en occuper je dirais, surtout pas. On viendrait l'encombrer et puis s'encombrer nous-mêmes. Je crois que nous notre position, c'est en fonction de l'enfant qu'on reçoit, et de sa parole. Et puis on lui permet, avec nos médiations d'écriture, nos jeux de langage, d'apporter des questions, de traiter des questions mais de manière distanciée, un peu métaphorique je trouve. Du coup, on a pas à interpréter ça. On peut ne pas être dupe, on peut le repérer ou pas d'ailleurs, pourquoi pas. C'est pas notre question à nous pour le coup. » (t1)

Repérer qu'un enfant manifeste de l'angoisse à travers ses comportements et qu'il met en jeu à travers les jeux et situations d'échange que nous lui proposons en orthophonie quelque chose des conflits psychiques et des sentiments qui l'animent ne veut pas dire que nous avons à diriger notre attention et nos moyens vers l'objectif de les aider à élaborer autour de ces questions. Nous l'avons vu, tous les enfants sont confrontés au conflit psychique. Aucun d'entre eux, quelle que soit la quantité d'angoisse à laquelle il fait face et les moyens qu'il déploie pour la contenir, n'amène autre chose en séance d'orthophonie que les dynamiques et conflits psychiques auxquels il est confronté. L'enfant que nous recevons en orthophonie va donc nécessairement se servir de ce matériel psychique pour entrer en relation avec nous et se mettre au travail. Pour autant, notre place n'est pas d'analyser ces conflits psychiques.

Mais si l'enfant vient nous indiquer qu'il est en souffrance par rapport aux conflits qui l'animent, qu'il n'arrive pas seul à faire en sorte que ces conflits n'entravent pas ses relations aux autres et ses joies d'enfant, qu'il ne peut s'appuyer sur les médiations que nous lui proposons parce que cette souffrance est première et envahit tous les espaces de sa vie d'enfant, notre rôle et notre responsabilité est de lui proposer à lui et à sa famille un espace de soin autre que celui proposé en orthophonie.

Nous avons pu dans cette seconde partie clinique donner des pistes de réflexion au lecteur à propos des difficultés, des adaptations et des limites de la prise en charge en orthophonie face à l'angoisse de l'enfant. Nous aimerions terminer l'analyse des entretiens et la réflexion engagée dans ce mémoire en abordant maintenant une dimension du travail en orthophonie particulièrement mise à mal dans la rencontre avec l'angoisse de l'enfant : la dynamique relationnelle entre l'enfant et l'orthophoniste. En effet, parce qu'orthophoniste et enfant sont engagés dans une relation transférentielle où leurs affects notamment se font écho, l'angoisse de l'enfant peut induire chez l'orthophoniste des ressentis hostiles et déstabilisants qui nécessiteront d'être reconnus, élaborés et travaillés. Un excellent mémoire ayant déjà été rédigé sur cette question par Amélie Guéhenneq en 2006 (Que faire de l'angoisse en séance d'orthophonie ?), nous ne tenterons pas d'être exhaustive sur cette question mais simplement d'apporter notre propre contribution à partir des éléments de réflexion suggérés par les orthophonistes rencontrés lors des entretiens.

IV. L'écho de l'angoisse de l'enfant sur le thérapeute

L'inquiétude que nous ressentons face à l'enfant angoissé peut dépasser la question de savoir comment adapter la prise en charge. L'angoisse que l'enfant manifeste en séance peut nous toucher en profondeur - consciemment ou inconsciemment -, nous mettre mal à l'aise au point de nous faire ressentir que nous ne maîtrisons plus la situation. Face à certains comportements de l'enfant, nous pourrions ressentir des sentiments hostiles, de colère, de haine, de tristesse, d'impuissance et de culpabilité qui ne nous permettront plus d'interagir en séance dans l'intérêt

de l'enfant. Comment faire face à ces sentiments ? De quels outils disposons-nous pour qu'ils ne fassent pas obstacle à notre travail avec l'enfant ?

1. Réactions transférentielles

A. L'angoisse de l'orthophoniste

L'angoisse de l'enfant peut faire écho à notre propre angoisse :

« L'angoisse où toi tu te dis [...] là, d'un coup, tu comprends pas, d'un coup tu ressens ta propre anxiété, voire te dire : « qu'est-ce qui se passe là j'assume pas ! » Ca te renvoie à ta propre angoisse. » (t7)

« Il y a des angoisses qui sont vraiment mortifères, certains disent. Qui nous entraînent vers du vide. Il y a des enfants qui sont vraiment confrontés à cette angoisse-là. Et pour nous, c'est difficile. »(t1)

« L'idée qui me vient c'est qu'on est quand même un peu en écho de l'enfant. On sert un peu d'écho et je trouve souvent que ce que l'enfant nous fait vivre ou nous fait éprouver c'est aussi un peu quelque chose de ce que lui doit éprouver. Des fois on peut être très mal, très vidées par exemple, après une séance, c'est sûrement pas un hasard, ou on peut s'ennuyer. L'enfant nous fait écho de ce qu'il a à vivre, de ce qu'il vit. » (t1)

Selon Georges Devereux (Devereux, 1980), la première caractéristique d'un matériau anxiogène est lorsque la vulnérabilité fondamentale de tout être humain est menacée, ce qui peut arriver en prise en charge lorsque l'enfant prend des risques pour lui-même ou dirige son agressivité vers nous :

« J'ai eu une situation où à un moment donné, je commençais à être vraiment angoissée à l'idée de recevoir cette enfant. Jusqu'à y penser la veille, en me demandant : "est-ce que ça va bien se passer ?" Le déroulement des séances était très difficile. C'était une enfant très menacée et donc il fallait vraiment que je sois vigilante à comment moi être dans la séance pour ne pas provoquer chez elle des défenses ou des manifestations difficiles. Elle voulait pas sortir du bureau, une fois elle a failli ingurgiter un aimant, ça m'a beaucoup angoissée, ou des enfants qui vont avoir des impulsions, de l'impulsivité, ouvrir la fenêtre et puis se mettre à courir autour du bâtiment. C'est

ce genre de chose qui vient soulever des points d'angoisse chez moi. Les enfants où tout d'un coup, j'ai l'impression que le cadre explose. Qu'il devient poreux. Entre l'intérieur et l'extérieur ça se communique et ça ne se contient pas. Tu sens que du coup le cadre ne devient pas non plus contenant pour l'enfant et il explose et qu'est-ce que je fais de ça ? Ca, c'est typiquement moi les situations qui m'angoissent. » (t1)

« Moi là j'étais très angoissée, je le sentais tellement instable dans ses relations à l'autre, je me demandais, avec ce manque d'empathie qu'il avait, est-ce qu'il me prenait pour un autre être humain ? Est-ce qu'il était capable de « m'attribuer des sentiments ? » De me prendre en compte ? Est-ce qu'il n'allait pas se mettre à me taper comme il taperait sur un pushing-ball pour se calmer ? »(t5)

La seconde caractéristique concerne ce qui va raviver des angoisses en rapport avec des expériences passées :

« Mon mari a de gros problèmes d'angoisse, énormes, qui l'ont amené à être hospitalisé l'année dernière deux fois sept semaines à chaque fois. Du coup, de temps en temps, ça m'arrive de trop me projeter par rapport à ça chez certains adultes, pas forcément des patients, mais également des adultes qui accompagnent leur enfant. J'ai suivi plusieurs familles pour des bégaiements qui apparaissent chez de jeunes enfants entre 2 ans ½ et 6 ans donc là je travaille quasiment qu'avec les parents – l'enfant est présent mais il peut être derrière en train de jouer sur le tapis – et c'est vrai que là l'angoisse des parents est très pesante. Parfois il faut que je fasse l'effort de me mettre en retrait parce que je suis trop dans l'empathie. »(t5)

Les deux dernières caractéristiques peuvent être une rencontre avec tel enfant qui vient bouleverser toutes les défenses mises en place par le thérapeute, ou encore tel autre, qui par son comportement dérangeant et difficile à vivre, va rendre les problèmes actuels de la personne encore plus aigus :

« Il y a des enfants qui viennent vraiment se brancher sur un point d'angoisse chez toi. Et notamment les enfants psychotiques je trouve d'ailleurs. » (t1)

« Souvent ce que j'emmène chez moi en rentrant du travail, ce sont des histoires affreuses, des enfants qui ont des vies pas possibles, avec de la violence, des abus, des mauvais traitements et des enfants qui tirent la sonnette d'alarme et qu'on entend pas. Des choses terribles. Je sais pas

si je le rangerais du côté de l'angoisse mais effectivement c'est quelque chose qui peut être très présent. Il y a eu des choses qui m'ont éprouvée, qui m'ont atteinte physiquement. J'ai vraiment eu une réaction physique, en apprenant certaines choses à propos d'un enfant qui vont au-delà de l'imaginable, indicibles tellement c'est énorme. On se demande dans quel état d'angoisse et de désarroi un enfant peut être pour en arriver à faire de telles choses. » (t3)

« Quand il y a des enfants qui vivent des situations très difficiles, dramatiques, et que ce sont des enfants qui ont l'âge des miens, oui ça m'évoque ça. Quand il y a des cas d'inceste entre frères et sœurs, oui il y a ce genre de projections de se dire : « et si c'était mon fils ? ma fille ? » (t3)

L'écho de l'angoisse de l'enfant sur notre propre angoisse limite notre objectivité dans le regard que nous portons sur l'angoisse. Nous l'avons dit, l'angoisse est un phénomène dont les limites sont floues et aucun consensus n'existe pour la repérer chez l'enfant. Cette difficulté est accentuée par nos propres affects, nos réactions subjectives face à l'angoisse de l'enfant. En effet, le fait de ressentir de l'angoisse face à l'enfant biaise notre regard. Comme le souligne Georges Devereux, *« plus l'angoisse provoquée par un phénomène est grande, moins l'homme semble capable de l'observer correctement, de le penser objectivement et d'élaborer les méthodes adéquates pour le décrire, le comprendre, le contrôler et le prévoir. »* (Devereux, 1980). Il est en effet très difficile pour un thérapeute de garder une certaine objectivité, conscient de ce qui se joue pour l'enfant, et des émotions que cela provoque chez lui, lorsqu'il est bouleversé par le comportement d'un enfant.

Du fait des phénomènes de transfert et contre-transfert que nous avons décrit dans nos apports théoriques, l'angoisse de l'enfant peut également faire naître de profonds sentiments hostiles conscients ou inconscients de la part du thérapeute envers l'enfant.

B. L'impuissance et les sentiments hostiles

La rencontre avec l'enfant angoissé peut être très violente pour l'orthophoniste qui n'est pas préparée aux affects qu'il peut ressentir face à l'angoisse de l'enfant.

La colère et la haine

« Et il m'exaspère, il m'exaspère au plus haut point, il me fatigue, rien qu'avant de le recevoir [...] je ne suis pas bien, très souvent. » (t8)

« Et moi je me sens complètement....menacée, ce n'est pas le terme, mais.....c'est un enfant tyrannique, voilà, c'est ça. Ce sont des séances qui sont hyper dures pour moi, on est jamais dans le faire ensemble, enfin c'est très compliqué de faire ensemble. C'est que une suite de compromis, de tirage au sort, pour savoir par quoi on commence. Je n'y arrive pas, je ne m'y fais pas à cet enfant. »(t8)

Les éprouvés contre-transférentiels insuffisamment élaborés produisent des effets de violence. Notamment les affects de haine. Winnicott, par exemple, avait signalé l'importance de reconnaître les affects de haine, lors du traitement psychanalytique de patients psychotiques en particulier, mais on peut dire la même chose de tout type de soin (Combier, 2010). Il faut que le soignant examine et reconnaisse la manière dont se produisent l'angoisse et la haine, souligne Winnicott : *« Il n'y a que de cette façon qu'on peut espérer éviter que la thérapie soit adaptée aux besoins du thérapeute plutôt qu'aux besoins du patient. »* (Combier, 2010). On peut dire la même chose de toute relation soignante qui mobilise des affects de haine. Et cela est le cas dans tout soin qui confronte à l'impuissance, au désespoir, ce qui peut conduire les soignants à des positions hostiles à l'égard du patient et de l'angoisse qui met à l'épreuve l'idéal du moi des soignants. Si la haine n'est pas élaborée, n'est pas reconnue, elle sera à l'origine de nombre de réponses, décisions, interprétations, protocoles de soin, qui consciemment seront justifiés par les bonnes intentions louables à l'égard du patient, mais qui dans la réalité inconsciente répondront en fait à la haine. Seule l'élaboration suffisante de la haine permettra que la réponse du soignant soit une réponse aux besoins du patient, et non une réponse aux besoins narcissiques du soignant.

La culpabilité

La culpabilité peut être fréquente face à l'angoisse de l'enfant : elle est due à l'impuissance à « guérir », à faire disparaître la souffrance de l'enfant. Le soignant peut sentir cette impuissance et se sentir coupable de la ressentir :

« L'angoisse de notre côté à ce moment-là c'est de se dire : « je ne peux rien pour l'aider ».(t3)

« J'étais très très mal. C'était supportable, j'arrivais quand même à penser. Mais assez mal pour me dire : « peut-être que je me plante complètement, peut-être que cette indication de travail n'est pas du tout pertinente ». Je remettais vraiment en cause ma proposition de soin et d'espace. »(t8)

La psychologue québécoise Colette Portelance décrit le système relationnel de la relation d'aide comme un système « sauveur – protégé » que tout soignant ou tout éducateur peut entretenir dans sa pratique. Selon elle, un « système relationnel est un ensemble formé de deux ou plusieurs personnes qui sont en relation affective et dont les fonctionnements psychiques inconscients déclenchent des comportements défensifs qui s'alimentent mutuellement et qui entretiennent un mode de relation et de communication compulsif, répétitif et insatisfaisant. » (Portelance, 2007). Parmi ces systèmes relationnels, elle décrit celui qui fait se rencontrer le « sauveur » et le « protégé » : « Le fonctionnement du sauveur est l'un de ceux que l'on rencontre le plus souvent dans les relations humaines. On le reconnaît chez celui qui a un besoin compulsif de protéger, de ménager, de prendre les autres en charge pour les empêcher de souffrir. C'est le fonctionnement d'un grand nombre de parents, de psychothérapeutes et d'éducateurs, qui ont adopté ce comportement pour se protéger contre leur propre souffrance et leur impuissance. » (Portelance, 2007).

Le sauveur est celui qui souffre de la douleur des autres et de son incapacité à la faire disparaître. Donc, pour éviter de souffrir lui-même, il tente de diminuer ou de déloger la douleur de l'autre en le protégeant, en le maternant, en le ménageant ou en le prenant en charge. En réalité, l'attitude du sauveur est une attitude projective. En essayant d'interrompre la souffrance de l'autre, il cherche à extirper sa propre douleur. Au fond, ce n'est pas vraiment l'autre qu'il ménage mais lui-même. Il y a à la base de la formation de ce fonctionnement des sentiments très forts de culpabilité et d'impuissance. Le sauveur, qui a été rendu responsable et coupable de la souffrance des autres lorsqu'il était enfant, cherchera par tous les moyens à réduire ou même à prévenir cette souffrance pour ne pas lui-même connaître la douleur oppressante de la culpabilité et de l'impuissance. Et son comportement de sauveur se manifestera de façon automatique dans toute situation dramatique ou devant toute personne blessée ou malheureuse, même s'il n'est pas directement concerné. Les attitudes du sauveur ne sont en réalité pas aidantes. Elles ont pour

conséquence de suggérer inconsciemment à l'aidé qu'il a besoin d'être pris en charge, qu'il n'a pas la force de s'en sortir seul, qu'il n'est pas en mesure de trouver lui-même les solutions à sa souffrance, qu'il est faible et impuissant.

Cette grille de lecture n'épuise pas tous les sens que peut prendre la culpabilité chez un thérapeute mais elle peut nous aider à mieux comprendre les sentiments que nous ressentons face à l'enfant angoissé.

2. Comprendre ces réactions

A. Notre désir en question

Une part de ces sentiments tient au transfert de l'orthophoniste. A qui s'adresse le soin dispensé par l'orthophoniste ? Que masque le désir même de soigner ?

« Oui, c'est notre désir aussi qui est interrogé. Celui de l'orthophoniste et celui de l'enfant. Et peut-être que nous on a à travailler ce désir-là. Je dis ça parce que au début de ma pratique, je crois que j'avais beaucoup de désir et trop de désir ! Du coup, ça laissait peu de place au désir de l'autre personne. Ca aussi, il en faut un peu mais pas trop...En tout cas on a à le travailler. »(t1)

« Il ne se passe pas la même chose selon les orthophonistes, selon le désir de l'orthophoniste qu'il y a derrière. L'enfant est très dépendant du désir de l'autre, s'il y a un désir très rééducatif, l'enfant peut se fondre là-dedans. S'il sent qu'il y a d'autres choses qu'il peut livrer de lui, il va pouvoir les livrer. L'enfant est très malléable, il se fie à l'adulte, c'est vital pour un enfant d'accrocher au désir de l'autre. » (t6)

Les vocations soignantes émergent des histoires personnelles et trouvent leurs sources dans des expériences plus ou moins traumatiques. Le soignant peut avoir été, par exemple, un enfant confronté à l'exigence de soigner son propre parent, sa mère ou son père, ou un membre de sa fratrie ; il peut être soumis à l'impératif de faire exister un parent bienveillant, de perpétuer ou de commémorer une attention parentale et une préoccupation parentale primaire dont il a manqué, qu'il a perdue, qui a été en échec, etc. Dans tous les cas, quelque chose d'une expérience infantile

est à réparer chez le soignant. Et le soignant sera en attente devant le patient, de qui il attend que celui-ci répare l'expérience infantile du soignant. On a toujours quelque chose à réparer de son histoire infantile, ou de l'histoire de ses propres parents. On a tous des blessures, des traumatismes, des fractures, des échecs, des frustrations à réparer. Si le soin s'adresse manifestement au patient, il s'adresse inconsciemment à un autre, objet de transfert, et l'acte de soin sera porteur de tout un cortège de sentiments, d'émotions, d'affects qui concernent cet autre et qui chargeront ou infiltreront le lien au patient. Il y a là une source de violence, car une telle conjoncture n'est pas exempte d'ambivalence et de conflictualités de toutes sortes. Les sentiments les plus louables peuvent masquer ainsi des mouvements bien moins nobles.

B. Les limites de l'empathie

Lorsque nous sommes confrontés à enfant angoissé, alors que nous ne vivons pas sa situation, nous nous imaginons sa souffrance, nous nous la représentons à partir de ce que nous voyons, entendons et savons de lui :

« Moi c'est toujours pareil, quelqu'un rit, le rire est communicatif, les pleurs peut-être aussi. Quand on est dans l'empathie, on peut être touché par les émotions des autres. Il y a cette dimension de l'émotion dans notre travail. » (t7)

« Oui, je pense que dans la relation à deux, nous on est plutôt dans une relation d'écoute, d'empathie avec l'autre, forcément on absorbe, enfin l'un et l'autre, je dirais l'état émotionnel, psychique de l'autre. » (t2)

« Par rapport aux affects, oui, il y a des enfants auxquels on s'attache plus. C'est sans doute en lien avec notre histoire. Il y a quelque chose là qui vient se brancher sur notre sensibilité. On s'en rend compte donc on fait aussi avec ça. Ca peut être dans les deux sens. Des enfants auxquels on se sent très attachés et des enfants qui peuvent nous provoquer au contraire de l'agacement. »(t1)

« C'est aussi la question de la distance à avoir, on est pas dans l'affectif, surtout pas, mais en même temps il y en a qui traverse les rencontres, mais voilà, comment on le traite, qu'est-ce qu'on en fait ? »(t7)

« Je pense que je peux être trop dans l'empathie. Il faut que je me dise : « remets-toi à ta place d'orthophoniste, tu es l'orthophoniste de cette personne, tu ne rentres pas avec elle le soir, tu ne

vis pas avec elle ». Je sais aussi que c'est ce qui va faire avancer les gens d'avoir un endroit neutre, où ils vont pouvoir se poser, où ils savent que ça ne sort pas d'ici. » (t5)

« A l'inverse avec certains on est dans le "trop affectif", on est envahi. Certains gamins qui investissent trop, qui, par exemple, vont venir se coller à moi quand on est face à l'ordinateur ensemble. Ceux-là je veille à garder de la distance, j'accepterai jamais qu'ils se collent à moi. »(t4)

« Comment on peut répondre à un enfant, à des parents, par rapport à leur angoisse aussi...Comment on peut expliquer aux enfants, mais surtout aux parents, que leur angoisse est légitime mais que nous on va éviter de trop l'absorber et de la prendre à notre compte, sinon si tout le monde est angoissé...c'est aussi notre position, c'est d'être un peu plus extérieur, d'avoir cette distance, de ne pas être complètement pris avec l'enfant dans ses mailles de filets »(t2)

Si, selon Carl Rogers, l'empathie c'est « écouter l'autre avec soin afin de pouvoir se mettre à sa place, comme si on était lui, tout en restant soi-même » (Rogers, 2005), elle est trop souvent comprise comme « sentir ce qu'il y a en l'autre » (en se mettant à sa place) plutôt que « être dans la reconnaissance de ce que ressent l'autre en lui après l'avoir aidé à l'exprimer ». Pourquoi devrais-je m'imaginer à la place de l'autre pour accéder à son ressenti ? Si je me mets à sa place, je ne ferai que contacter ce que j'imagine, même si je l'ai écouté avec soin. Se mettre à la place de l'autre revient plus à rencontrer son propre imaginaire à soi, qu'à vraiment comprendre ce qu'il vit. Se mettre à sa place conduit en réalité à s'éloigner de lui, de celui qu'il est et de ce qu'il ressent vraiment.

Dans l'étude des relations interindividuelles, on distingue souvent l'empathie de la sympathie, de la compassion et de la contagion émotionnelle, par le fait que la réponse empathique aux états affectifs d'autrui se produit sans que l'on ressente soi-même la même émotion ou même une émotion quelle qu'elle soit (Tournebise, 2001). En toute rigueur, l'empathie émotionnelle peut ne pas être du tout dirigée vers le bien-être d'autrui à l'inverse de la sympathie. Ainsi faire acte de cruauté requiert une capacité empathique pour connaître le ressenti, en l'occurrence la souffrance d'autrui, afin d'en tirer un plaisir. L'empathie se différencie de la contagion émotionnelle dans laquelle une personne éprouve le même état affectif qu'une autre sans conserver la distance entre soi et autrui comme on l'observe dans l'empathie. Le fou rire est un exemple de contagion

émotionnelle : un sentiment de gaité est ressenti par les deux individus. Les théories modernes distinguent également l'empathie de la sympathie. Cette dernière consiste aussi à comprendre les affections d'une autre personne mais elle comporte une dimension affective supplémentaire : alors que l'empathie repose sur une capacité de représentation de l'état mental d'autrui indépendamment de tout jugement de valeur, la sympathie est une réponse motivationnelle qui repose sur une proximité affective avec qui en est l'objet et vise donc à améliorer son bien-être. En cela elle se différencie de la compassion qui ne possède pas cette composante poussant à agir pour améliorer le sort d'autrui mais se résume à une affliction pour les souffrances d'autrui.

Une des limites à l'attitude consistant à éprouver de l'empathie face au patient est donc la contagion émotionnelle et/ou le trop d'« affectivité » présent dans la relation thérapeutique. En effet, en tentant de comprendre la souffrance du patient, nous pouvons perdre pied et entrer dans une logique strictement émotionnelle dont nous n'avons plus le contrôle. Malgré nous, nous pouvons nous laisser complètement emportés par les sentiments de colère, d'injustice, de tristesse, d'angoisse qu'exprime le patient et ne plus réussir à nous sentir distinct de lui. La question de savoir dans quelle mesure nous nous laissons envahir par l'empathie, par l'apitoiement, par le pathétique de certaines situations, est une question épineuse. L'empathie peut être détournée de son objectif initial en maintenant le patient dans une situation immature de dépendance et de victime.

On peut trouver une notion étendue de l'empathie dans l'ouvrage Pratique de la Médiation, de Jean-Louis Lascoux, avec le néologisme *alterocentrage* (Berthoz, 2004). Ce terme tend à définir, en médiation, une attitude et un comportement excluant une adhésion quelconque aux émotions exprimées par un tiers, à ne pas exprimer d'interprétation et donc, globalement, à ne pas s'identifier à l'autre : 'ne pas prendre pour soi ce qui n'est pas soi'. L'auteur indique qu'à la différence de l'empathie, l'alterocentrage permet cette distance par rapport à la souffrance. Le concept d'empathie implique une attitude centrée sur la souffrance énoncée, tandis que l'alterocentrage ne prend pas le parti de la souffrance : il permet le centrage sur l'interlocuteur. C'est donc un concept de distanciation excluant le parti pris sur ce qui est exprimé par l'autre : ne pas prendre les mots ou les états émotionnels comme des représentations certaines de l'expérience concrète vécue.

C. Etre distinct sans être distant

Face à l'angoisse, une autre attitude que nous pouvons adopter est une distance cette fois-ci trop grande avec les patients qui peut entraver leur progression. Par une préoccupation excessive d'un bon et rapide résultat, nous préférons fermer les yeux sur l'angoisse de l'enfant et sur leur écho en nous. Cette préoccupation excessive peut venir d'un désir de pouvoir sur l'autre, ou de confirmation de son statut professionnel. Elle naît souvent d'un sentiment d'infériorité qui a besoin d'être compensé par des réussites rapides, ou bien encore d'une insécurité professionnelle qui cherche à se protéger de la même manière. Malheureusement, ce besoin de rapidité est nocif pour le but recherché, car il bloque l'évolution du patient. Ainsi le thérapeute refuse d'accepter la difficulté d'évolution du patient. Certains conseils apportés trop rapidement, assez autoritaires puisqu'ils ne tiennent pas compte de la rigidité de l'autre, ne peuvent être entendus aussi vite et découragent ou culpabilisent le patient. Le clinicien n'a pas été suffisamment disponible au langage ni aux possibilités d'évolution de son patient, il parle selon ses désirs personnels ou selon son identification à l'autre.

Le respect rigide d'une technique peut également tenir le soignant à distance du patient. L'insécurité intérieure de celui qui mène une rééducation peut le pousser à appliquer aveuglément une technique ou une habitude de travail sans s'adapter aux besoins ou à la demande du patient. Il arrive qu'un thérapeute applique une technique ou une méthode de travail avec rigidité pour se déculpabiliser de l'échec de la prise en charge ; toute la responsabilité de cette absence d'efficacité est projetée sur l'autre, puisque, le thérapeute a parfaitement appliqué, croit-il, sa méthode. Le manque de souplesse à l'égard d'une technique se présente comme une béquille pour rassurer le thérapeute et lui procurer un sentiment de supériorité. Ainsi il est souhaitable d'acquérir une sérénité intérieure qui permette de faire face aux problèmes de l'autre sans anxiété, d'accepter le rythme d'évolution du patient et de ne pas avoir besoin de se protéger par la rigidité d'une technique.

Une fois que l'aidant a intégré qu'il n'est pas souhaitable de se mettre à la place de celui qu'il aide, il lui reste maintenant à intégrer qu'il est souhaitable de ne pas en être distant. Trop souvent

les notions de « distinct » et de « distant » sont confondues. Or il semble impossible d'aider convenablement quelqu'un en restant à distance. C'est comme une sorte d'ergonomie de la communication. De même qu'on ne peut mobiliser (physiquement) un patient en le tenant à bout de bras sans risquer d'être inefficace et en plus de s'abîmer le dos, on ne peut aider quelqu'un en restant loin de lui (psychiquement). Être distinct du patient sans en être distant permet à l'aidant de donner de la chaleur humaine sans tomber dans l'affectivité. La chaleur humaine, c'est quand je fais ce que je fais pour l'autre et juste pour lui. C'est vraiment quelque chose qu'on ne fait que proposer et dans lequel l'autre garde toute sa liberté. Cela permet à l'aidé de ne pas se sentir envahi. A chaque instant il peut choisir de se positionner comme « souhaitant ou ne souhaitant pas ce qu'on lui propose ». Chacun de ses ressentis peut être exprimé et sera reconnu et validé sans que l'aidant en prenne ombrage. Cela procure beaucoup de sécurité et de confort tant pour l'aidé que pour l'aidant. L'affectivité c'est quand je fais ce que je fais, apparemment pour l'autre, mais en réalité pour moi. Cela sert à compenser une fragilité ou un inconfort personnel. Si par exemple, on nous a souvent dit qu'on était bon à rien, aider l'autre devient alors un moyen de se prouver qu'on vaut quelque chose. Dans ce cas, il devient difficile d'accepter un refus de la part de l'aidé sans le prendre comme une attaque personnelle. Cela rend l'aidant vulnérable et asphyxie l'aidé.

Dans la rencontre et le travail avec l'enfant angoissé, l'orthophoniste est donc confronté aux dimensions transférentielles et contre-transférentielles inhérentes à toute relation. Les sentiments et affects que nous ressentons seront autant d'appuis ou d'obstacle au travail avec l'enfant. De quelles ressources disposons-nous dans notre pratique pour y faire face ?

3. Ressources pour y faire face

A. L'angoisse de l'orthophoniste : un obstacle au travail ?

Dans le domaine clinique, une transmission des connaissances, fut-elle présentée de façon concrète sous forme d'un modèle technique inséré dans la pratique, se révèle tout à fait insuffisante. Tant il vrai que notre comportement dans le travail et plus encore notre perception

même de ce qui s'y joue sont en partie conditionnés par tout ce qui a tissé depuis notre enfance les structures de notre propre inconscient. Si l'on ajoute que les échanges qui se passent sur un registre non verbal échappent à notre contrôle, on comprendra que tant qu'un travail intérieur de prise de conscience et d'analyse, voire de remise en question de notre mode relationnel n'est pas entrepris, les risques sont importants d'occultation des problèmes de l'autre, en raison des projections et des résistances qu'ils suscitent en nous :

« Si tu viens pas gérer ton angoisse, c'est forcément un obstacle. » (t7)

« Si on est trop insécurisée dans notre travail, c'est difficile. Si on est trop insécurisée, on ne peut pas offrir un cadre sécurisant à l'enfant. L'enfant absorbe comme une éponge nos états émotionnels. » (t2)

« Du coup, je me dis que si tu ressens quelque chose émotionnellement, il y a une tension qui se passe. C'est peut-être une pulsion ou une tension, je sais pas, et derrière est-ce qu'il y a à chaque fois l'angoisse ? Qu'est-ce qu'on fait en tout cas de cette chose-là qu'on porte, qu'on déballe ? »(t7)

« Mais du coup le fait de travailler notre angoisse peut amener cette angoisse du côté du vivant. Une angoisse plus positive qui va amener du moteur, du vivant, oui, c'est le mot. De la parole aussi, parce que la parole c'est du vivant. Je trouve qu'on le repère en séance, il y a des séances "en vie" - en un ou deux mots! - et puis des séances où tu te dis zut! là....voilà...il y a des séances où tu vois que tu rames. » (t1)

« Donc quand on s'interroge sur : qu'est-ce qui bloque ? Qu'est-ce qui fait qu'un travail avance pas ? On a à s'interroger sur nous aussi, qu'est-ce qui peut bloquer ? »(t7)

« Dans ces cas-là c'est une angoisse aussi positive, qui nous fait nous remettre au travail, nous dire : qu'est-ce qui se passe avec cet enfant ? Dans le travail, qu'est-ce qui fait que ça bloque ? » (t1)

Etre le plus possible au clair avec la part inconsciente de nous-mêmes que nous engagerons dans la relation clinique est donc une nécessité :

« Moi je crois que ça compte, parce qu'on est quand même deux engagés dans l'histoire, c'est un engagement des deux côtés, c'est pas que l'enfant et sa famille qui s'engagent, nous aussi on s'engage et notre outil de travail, au-delà de nos médiations, c'est quand même notre personne.

Quand on écrit avec un enfant, c'est quand même notre psychique qui écrit donc c'est aussi notre inconscient. On peut pas être dupes de ça. Ça peut être aidant et encombrant quoi. On fait avec ça qu'on le veuille ou non. »(t1)

Mais les chemins pour y parvenir peuvent être divers.

B. Le travail en équipe

Le premier filet d'analyse de ce qui se joue dans la séance avec l'enfant pour l'orthophoniste est le travail en équipe et la possibilité d'échanger avec d'autres professionnels à propos des situations qu'il rencontre dans sa pratique :

« C'est important aussi d'avoir un réseau, d'autres professionnels sur lesquels s'appuyer. En libéral, pouvoir appeler le médecin traitant ou le psychologue, ne pas prendre de décision seule, quand l'enfant amène du lourd en séance : quel crédit y accorder ? il me dit ça à moi alors que j'ai carrément 0 moyen, c'était pas l'endroit où le dire mais c'est là qu'il est venu le dire. Qu'est-ce que j'en fais ? »(t3)

« La première des choses, c'est qu'on a une synthèse en équipe pour cet enfant, donc on en parle en synthèse. C'est le premier filet. Donc là on vient déposer notre angoisse. On réfléchit ensemble à évaluer un peu les choses : a-t-on raison de s'angoisser autant ? L'équipe peut venir dire : "non finalement c'est pas aussi inquiétant que tu le penses". Des fois ça peut suffire que l'équipe entende ça et on peut continuer avec cet enfant, et les choses vont "rentrer dans l'ordre" entre guillemets. »(t1)

« Le fait de pouvoir en parler, notamment avec la psychologue, c'est important. Si on explique à la psycho tout ce que l'enfant fait ou ne fait pas qui nous pose question, elle peut répondre : « mais justement, il est au travail, il est en train de, et c'est important, et ça se passe, et il te dit des choses quand il dit ça ». Le fait d'en parler permet d'envisager différemment la prise en charge. J'ai pu me dire : « faut que j'arrête d'avoir des objectifs, et que j'écoute plus cet enfant, que je mette un peu d'eau dans mon vin ». Parfois on veut tellement bien faire qu'on ne se saisit pas de ce que l'enfant apporte. Ou quand on se braque et qu'on peut l'évoquer avec la psycho, on peut décortiquer le truc et comprendre que ce n'est pas contre l'enfant, et ça permet de continuer la prise en charge et de la vivre mieux. »(t3)

La réunion d'équipe permet donc de parler des situations cliniques, et, dans certains cas, des difficultés rencontrées par les thérapeutes lors de leur prise en charge. Mais l'objectif de ces synthèses n'est pas de prendre le temps d'écouter les difficultés rencontrées par chacun :

« Alors avec cette angoisse, moi je ne sais pas faire autrement que la supervision. J'en parle. Et la synthèse, pour ces situations, ne suffit pas, parce que là il faut que tu adresses ton angoisse qui est quand même personnelle, donc tu n'as pas forcément envie de l'exposer aux collègues, tu peux pas en parler d'entrée de jeu comme ça, tu te sens toi-même trop exposée. » (t1)

Ce sont des réunions qui ont une valeur de contrôle des prises en charge plus que d'expression des difficultés cliniques propres à chacun.

C. L'analyse de pratiques et la supervision

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

Le groupe d'analyse des pratiques est une méthode de formation ou de perfectionnement fondée sur l'analyse d'expériences cliniques, récentes ou même en cours, présentées par leur auteurs dans le cadre d'un groupe composé de personnes exerçant ou non la même profession :

« En libéral je faisais partie d'un groupe, on s'était cotisés pour recevoir les services d'une psychiatre. Pour pouvoir présenter des cas sur lesquels on se disait : « là je ne sais pas où je vais ». (t3)

« C'est vrai que forcément le partage, chacun pouvant parler de sa propre expérience avec cet enfant, forcément ça aide, ça soulage. »(t2)

« Depuis le début je suis en travail d'analyse de la pratique. Au début c'était un groupe d'orthophonistes à Angers, qui était supervisé par une psychologue du CMPP. C'était le CMPP qui organisait ça, des groupes de supervision pour des orthophonistes et d'autres professions

soignantes. Quand je suis arrivée à Rennes, d'abord j'étais en groupe puis je suis passée à l'individuel. » (t6)

Ce sont les cas cliniques rapportés par les participants qui servent de support au travail. Le groupe permet une réflexion sur l'identité professionnelle de l'individu et sur son implication personnelle dans le cadre de son travail :

« Ca donne des éléments d'analyse, de compréhension de l'enfant ou ça m'aide moi à comprendre comment je peux me positionner autrement pour repérer des choses qui peuvent paraître anodines mais qui sont en fait des choses qui ont du sens pour l'enfant. »(t6)

« Donc il n'y a que la supervision, qui a des effets vraiment importants je trouve. En supervision, non seulement tu as l'effet d'apaiser l'angoisse chez toi, mais tu repères aussi, grâce à la supervision, ce qui a pu faire flamber l'enfant, ce qui a pu faire que le cadre ne soit plus contenant et ce que tu peux mettre en place, essayer en tout cas - le superviseur en général se mouille un peu, sinon il faut en changer ! - pour améliorer ça. » (t1)

« Ca me permet déjà de reposer le cadre. Pourquoi je reçois ce patient ? Et je ne retourne pas voir dans son dossier parce que là je fais avec ce qui est en moi. Et la psy en me posant des questions va m'amener à re questionner les choses, à me re questionner. Je sais que je connais l'histoire de ce patient, je n'ai pas besoin de mes notes, ce serait juste pour me rassurer, avoir la sensation de maîtriser, de mieux dire. Peu importe ce qui compte c'est aussi ce que tu as en toi. Quand tu es face à lui c'est ça que tu as en toi, ce ne sont pas tes notes. »(t8)

« Ce qui va m'aider c'est qu'elle va me poser des questions sur mon ressenti, sur ce petit bonhomme, sur mon métier aussi tout simplement, le pourquoi de nos rencontres, ce qu'il se passe dans les séances. Et elle va faire des liens que je n'ai pas fait. C'est tout le temps comme ça. Elle va montrer la cohérence. Tu rapportes ça, il s'est passé ça, et aujourd'hui il se passe ça. Tu crois qu'il y a une question autour de... ? »(t8)

« Elle essaie de faire du lien, quand toi tu n'y arrives pas, tu y arrives quand il y a un fil, mais quand tu n'arrives pas à faire le fil....gloups ! T'es dans un gouffre et tu te dis : « mais je mouline ! ». Ce sont juste ses questions qui m'aident, ce sont pas tant ses réponses. L'analyse de pratiques, tu n'as pas tant de réponses que ça, tu as surtout des questions. »(t8)

« D'écouter les autres aussi, empêtrés avec leurs suivis, ça fait tellement de bien, de se dire qu'on est pas tout seul à mouliner dans la semoule. »(t8)

« En groupe c'est intéressant, on rencontre des orthophonistes de tous âges, d'entendre certaines qui sont aguerries et qui rencontrent des difficultés, ça déculpabilise, on se sent moins seule. »(t6)

Le travail d'analyse de pratiques se distingue de la psychothérapie. Ce ne sont pas les histoires familiales et personnelles des participants qui font le matériel des échanges. Tout ce qui renvoie au fonctionnement psychique de la personne hors du domaine professionnel n'a en principe pas à être évoqué dans ces groupes.

D. La psychothérapie

Au-delà de l'expression de cas cliniques conflictuels dans les groupes de contrôle, certains thérapeutes sont amenés à faire un travail plus en profondeur :

« On peut prendre la position de travailler sur nos émotions pour les analyser ou de les mettre de côté et y répondre avec un cadre qui permet de pas avoir à se poser la question là-dessus. Moi j'ai eu besoin de faire un travail sur moi, parce que je voulais que les choses soient claires, je ne voulais pas me soigner sur le dos des enfants, donc pour moi ça a été nécessaire mais ça ne l'est pas pour d'autres. Ce sont des choses qui parlent pas forcément à tout le monde. » (t6)

« Je ne fais pas de supervision mais je suis suivie par un psy et de temps en temps ça m'arrive de lui parler des patients. » (t5)

Ce travail personnel est différent du travail effectué dans les groupes de supervision dans le sens où le thérapeute parle de son histoire personnelle et plus seulement de ressentis dans le cadre de sa profession. Lorsque le thérapeute sent qu'il est dépassé par sa propre histoire et que celle-ci peut venir interférer dans ses prises en charge, la rencontre avec un psychothérapeute ou un psychanalyste permet de parler de tout ce qui reste non réglé dans l'histoire de la personne, afin de mieux vivre avec.

Face aux sentiments d'angoisse qui peuvent nous traverser dans notre pratique quotidienne, il appartiendra à chacun de s'engager ou pas dans l'une ou l'autre de ces démarches. Elle ne sont en aucun cas obligatoires mais se révèlent une aide précieuse pour prendre du recul

et analyser notre implication dans la dynamique relationnelle à l'œuvre dans le travail avec l'enfant.

Ainsi s'achève notre analyse des différents regards cliniques sur la question de l'angoisse de l'enfant en orthophonie. A partir d'une tentative initiale de définition de l'angoisse, chacun a pu dérouler ses réflexions à propos du repérage des signes d'angoisse chez l'enfant, des difficultés induites par l'angoisse de l'enfant dans le cadre de soins, des adaptations possibles de la prise en charge, de la question des limites entre orthophonie et psychothérapie, et enfin à propos de l'angoisse et des sentiments hostiles de l'orthophoniste qui s'invitent parfois dans la relation à l'enfant angoissé et qui incitent les orthophonistes à s'engager dans une démarche d'analyse, individuelle ou en groupe, de ce qui se joue de leur désir dans la rencontre avec les patients. De ces regards cliniques, nous pouvons retirer que l'angoisse de l'enfant peut ne pas faire obstacle à la prise en charge en orthophonie si l'orthophoniste prend le temps de s'y intéresser et de la comprendre. Elle peut guider l'orthophoniste vers certaines dimensions de l'enfant qu'il ne soupçonne pas d'emblée : la manière dont il utilise son corps, son regard, sa voix, ses gestes dans la relation à l'autre, ou encore les questions qui le préoccupent et les sentiments qui l'agitent au quotidien. Elle permet à l'orthophoniste de saisir, davantage encore qu'avec d'autres enfants, à quel point l'enfant s'inscrit dans des logiques familiales et sociales qui le dépassent et tissent l'étoffe de ses adresses et ses accomplissements quotidiens. Elle guide l'orthophoniste vers une démarche de questionnement, d'hypothèses, de remise en question, loin des vérités immuables parfois enseignées au cours de la formation. Elle apparaît comme un langage à part entière, menaçant et menacé, envahi et envahissant, et qui cherche en vain à être entendu et traduit. L'orthophoniste, s'il s'en donne la peine, peut trouver les chemins de traverse qui aideront l'enfant à apprivoiser la langue, à trouver du plaisir à échanger, faire ensemble et apprendre. De même, si l'angoisse de l'enfant questionne l'orthophoniste sur sa propre part de désir et d'angoisse, n'est-elle pas alors, plutôt qu'un obstacle, le moteur d'une rencontre sincère où orthophoniste et enfant ne se rejoignent jamais pleinement, mais, par l'effort de s'écouter l'un et l'autre et de se dire l'un à l'autre, se reconnaissent semblables *et* différents, et s'ouvrent alors au désir de se lier, se parler et de se connaître ?

Conclusion

En m'intéressant à la question de l'angoisse de l'enfant en orthophonie pour ce mémoire de fin d'études, j'ai pris conscience de la nécessité pour chaque thérapeute de se questionner sans cesse et sans relâche sur sa pratique quotidienne. Ce travail de recherche mêlant théorie et pratique m'a permis d'étoffer ma perception de l'angoisse : l'envisageant depuis longtemps comme le fardeau de quelques-uns, je comprends aujourd'hui qu'elle nous concerne tous, quels que soient notre âge, notre sexe, nos origines sociales et familiales, ou même nos opinions politiques et religieuses. Chacun d'entre nous tente de trouver des appuis pour la contenir. Ces appuis mettront plus ou moins en péril notre épanouissement, nos apprentissages et nos relations aux autres. Savoir que la différence entre angoisse « normale » et angoisse « pathologique » se situe dans les moyens utilisés pour contenir l'angoisse et non pas dans l'angoisse elle-même nous engage, en tant qu'adulte et en tant que thérapeute, à proposer aux enfants que nous rencontrons d'autres outils que ceux qu'ils ont mis en place contre l'angoisse, plus souples et plus créatifs, et adaptés à chacun. Pour cela, il s'agira d'être à l'écoute de chaque enfant dans sa singularité, le considérant non pas comme objet de nos connaissances et de nos techniques mais sujet d'une parole propre et de la relation unique qui nous lie à lui. De cette relation qui se tissera entre l'enfant et l'orthophoniste découleront beaucoup des progrès futurs de l'enfant mais également beaucoup des obstacles pouvant se lever sur le chemin : colère, angoisse, haine, dégoût, ennui, rien de la violence des sentiments humains ne sera épargné à l'orthophoniste comme à l'enfant dans cette rencontre. Pourquoi en serait-il autrement puisque, toute thérapeutique qu'elle soit, notre relation à l'enfant est faite de l'étoffe de nos désirs inconscients qui ne s'embarrassent ni de sagesse ni de morale. Pourtant peu d'appuis nous ont été donnés dans notre formation pour comprendre et travailler cette dimension fondamentale de notre pratique. J'invite donc les étudiants intéressés par ces questionnements autour de la relation entre orthophoniste et patient à maintenir vivante la réflexion sur les fondements inconscients du soin. Car, comme l'écrit Georges Devereux, « *l'angoisse bien comprise est source de sérénité psychologique et de créativité, et donc aussi de bonne science.* » (Devereux, 1980).

Bibliographie

Ouvrages

- Assoun P-L. (2007) *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, Anthropos
- Bailly D. (2004) *L'angoisse de séparation chez l'enfant et chez l'adolescent*, Paris, Masson
- Benaroyo L., Lefevre C., Mino J-C., Worms F. (2010) *La philosophie du soin*. PUF
- Berthoz A., Jorland G. (2004) *L'empathie*, Editions Odile Jacob
- Blanchet A., Gotman A., (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, Paris, Armand Colin
- Chiland C. (1983) *L'entretien clinique*, Paris, Presses Universitaires de France
- Combiér C., Delaleu A., Martin-Mattera P. (2010), *Désir de soigner ?* L'Harmattan
- Cordié, A. (1997) *Les cancrs n'existent pas*, Points
- Devereux G. (1980) *De l'angoisse à la méthode*, Aubier
- Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, Paris, Masson
- Freud S. (1926) *Inhibition, symptôme, angoisse*, PUF
- Golse B. (2001) *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Paris, Masson
- Kapsambelis V. (2007) *L'angoisse, Que sais-je ?*, PUF
- Marcelli D. (2009) *Enfance et psychopathologie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson
- Portelance C. (2007) *Relation d'aide et amour de soi*, Montréal, Les éditions du CRAM
- Puyuelo, R. (1993) *L'anxiété de l'enfant ou le bonheur difficile*, Privat
- Rogers C. (2005) *Le développement de la personne*, Editions DUNOD
- Tournebise T. (2001) *L'écoute thérapeutique*, ESF Editeur

Mémoires

- Guéhennec, A. (2006), *Que faire de l'angoisse en séance d'orthophonie ?*, Université de Nantes
- Le Gurun, M. (2008), « *Je vais à mon cours d'orthophonie* » ou le danger d'une posture pédagogique, Université de Nantes

ANNEXES

TRAME D'ENTRETIEN : Comment appréhender l'angoisse de l'enfant en séance d'orthophonie ? Fait-elle obstacle à la rééducation ?

L'angoisse de l'enfant

- Comment définiriez-vous l'angoisse ?
- Etes-vous sensible/attentive aux manifestations d'angoisse chez les enfants que vous recevez ?
- Avez-vous rencontré des situations de rééducation avec des enfants angoissés /très angoissés?
- Pouvez-vous évoquer certaines de ces situations qui vous ont marquée?
- Comment avez-vous repéré l'angoisse de l'enfant ? Comment s'est-elle manifestée ?
- Avez-vous aisément décelé les causes de cette angoisse ?
- Repérez vous souvent de l'angoisse chez les parents également ?
- Faites-vous le lien avec l'angoisse de l'enfant ?
- Comment réagissez-vous à l'angoisse des parents ?

Adaptation des soins

- Comment faites-vous pour contenir l'angoisse de l'enfant dans ces situations?
- Vous appuyez-vous sur un matériel particulier ? Que choisissez-vous de proposer à l'enfant ?
- Selon vous, l'angoisse de l'enfant constitue-t-elle un obstacle à la rééducation ?
- Quand proposez-vous un suivi psychothérapeutique ?

Echo de l'angoisse de l'enfant sur le thérapeute

- Vous êtes vous senties vous-même, en difficulté, angoissée, face à certaines situations difficiles?
- Avez-vous eu parfois le sentiment d'être « insécurisée » par la situation ? de ne pas trouver la « bonne distance » ?
- L'angoisse de l'enfant a-t-elle pu faire écho à votre propre angoisse ?
- Quelles ont été vos réactions dans ces situations?
- Ces difficultés vous ont-elles amenés à modifier votre vision du métier (votre rôle, ses limites) ? votre vision de la relation de soin ? Selon vous, l'angoisse de l'orthophoniste peut-elle être un obstacle à sa pratique ? Dans quelle mesure ?
- Sur quelles ressources vous appuyez-vous pour prendre de la distance par rapport aux situations difficiles ?

Témoignage n°1

Comment définiriez-vous l'angoisse ?

C'est un terme qui est compliqué déjà quand même, je ne saurais pas vraiment le définir. On dit beaucoup "angoissé". C'est pas mal parce que justement je trouve que c'est assez général, c'est pas trop stressant pour les parents non plus de dire "votre enfant, il est un peu angoissé". A l'école aussi je trouve que c'est quelque chose qu'on peut dire : "là il y a de l'angoisse". Je trouve que c'est un terme qui n'est pas fermé et qui permet finalement à tout le monde de penser un petit peu que l'enfant souffre, en fait, et qu'il n'est pas forcément fainéant, qu'il ne le fait pas exprès. Je trouve que de ce point de vue là, c'est un terme déjà qui est assez apaisant. Après, nous, dans le boulot, ce que l'on voit c'est plus comment elle se manifeste l'angoisse. Et ça dépend des enfants ! Pour certains, ça se manifeste avec de l'agitation, le fait de pas trop pouvoir rester en place, de bouger, de pas pouvoir fixer l'attention par exemple. Pour d'autres, ce sera l'inverse, ce sera une inhibition qui va les empêcher de penser. Et puis il y a des angoisses plus importantes je trouve chez certains enfants qui vont être très menacés par le cadre, la relation individuelle. Donc des enfants avec lesquels on ne peut pas être trop près, qu'on ne peut pas regarder directement, le regard peut être menaçant. La voix, aussi. La voix a des effets menaçants chez certains. Ce sont pas les plus nombreux mais il y en a. Les demandes aussi que l'on fait, il y a des enfants qui peuvent se fermer complètement face à une demande trop directe.

Comment avez-vous appris à repérer ces manifestations ?

C'est avec l'expérience. Au tout début de ma pratique, j'y pensais pas vraiment. Je repérais pas forcément les effets de mes adresses ou de mes interventions. Mais j'ai commencé en IME donc ces enfants-là nous indiquent plus vite s'ils se sentent menacés. Il y a des enfants, à l'époque je ne le disais pas comme ça, mais qui étaient "psychotiques". Donc ce sont eux qui t'indiquent comment te comporter finalement. Ce sont eux qui te font remarquer ces choses-là. Il y en a qui te disent "Tais-toi !", ou des enfants qui jouent beaucoup à se cacher. Donc on repère les choses ou par leur comportement ou par ce qu'ils te disent eux-mêmes.

Y a-t-il une vigilance à avoir dans notre manière de nous comporter avec ces enfants ?

Oui, sûrement. Disons que ce qui est important c'est la façon dont on répond à l'angoisse qui nous est présentée. Ça me fait penser qu'il y a des enfants qui vont venir tester ça, comment l'autre réagit à leur propre angoisse, et s'ils voient qu'on est pas trop désespérés ou mal avec ça, je pense que ça peut les aider eux-mêmes là-dessus, à en faire quelque chose. Les enfants vont s'étayer là-dessus, sur les réponses qu'on va amener. Il y a des réponses qui vont au contraire les faire encore plus flamber, mais ça arrive aussi ! On sait pas toujours tout justement. On maîtrise pas ce qu'il se passe pendant la séance. Ça peut arriver je pense de les menacer encore plus par un trop de présence, ou un "acharnement" entre guillemets parfois. Ça n'est pas évident.

Faites-vous le lien entre l'angoisse de l'enfant et les attentes scolaires, normatives de la société ? Certains enfants sont-ils envahis par ces questions ?

Oui, c'est une angoisse envahissante des deux côtés ! Du côté de l'orthophoniste, elle est tout à fait envahissante. Là pour le coup c'est l'angoisse de l'orthophoniste. L'exigence de résultats qu'on y met c'est que ça aille mieux de ce côté-là quand même. C'est l'objectif. Donc oui, on a à faire avec ça, en plus les parents sont très angoissés par rapport à l'école et aux résultats scolaires. Donc, tout le monde est angoissé dans l'histoire ! Les enseignants qui n'y arrivent pas avec certains enfants, les parents pour lesquels ça exacerbe leur propre angoisse, et ça c'est chez l'orthophoniste qu'on vient déposer ça. Donc effectivement, nous mêmes quand on voit que ça n'avance pas ou autre, il peut y avoir aussi, je sais pas si c'est de l'angoisse mais, en tout cas, des questionnements : qu'est-ce que je fais avec cet enfant ? Pourquoi est-ce que ça n'avance pas ? Dans ces cas-là c'est une angoisse aussi positive, qui nous fait nous remettre au travail, nous dire : qu'est-ce qui se passe avec cet enfant ? Dans le travail, qu'est-ce qui fait que ça bloque ? Il y a des enfants qui sont très angoissés par l'école, c'est vrai. Ils amènent cette question-là en séance. Mais c'est peut-être pas tant leur question que la question des adultes. Ou ils ne la posent pas comme ça, directement. Certains oui, mais pas tous. J'ai l'impression que c'est plus complexe pour eux. C'est la question plus de leur rapport au savoir, ou l'être, etc... que celle scolaire, des résultats, de la performance.

Oui, ce sont des enfants qui auront des angoisses qui les empêcheront à ce niveau des apprentissages scolaires mais ce n'est pas pour autant que l'origine de l'angoisse est à repérer là-dedans. C'est sur ce terrain que l'angoisse va se manifester, et c'est comme ça qu'ils arrivent en orthophonie, mais sans que le scolaire soit nécessairement la cause de l'angoisse.

Oui, c'est exactement ça. L'angoisse crée un symptôme.

Comment alors ne pas se demander si la prise en charge psychothérapeutique ne doit pas venir avant la prise en charge orthophonique ?

Ca, c'est une autre question. C'est la question de l'indication. Si les enfants nous sont adressés c'est qu'ils ont des soucis de langage, des soucis qui ont des répercussions sur leurs apprentissages. Donc leur symptôme est quand même là. Et nous, c'est quand même notre mission. Donc là c'est vraiment la question de l'orthophoniste. Ca va dépendre du bilan je dirais, de ce que l'on repère au bilan. Si on repère quand même que les médiations - on utilise beaucoup les médiations dans notre travail - c'est quelque chose vers quoi peut aller l'enfant, qui peut l'étayer, même s'il y a de l'angoisse, de toute façon il y en a toujours, on peut pas l'évacuer, on reçoit pas les enfants non angoissés, hein ! Donc elle est là, elle est là. Ca peut être notre affaire. Après on peut repérer que ce n'est pas ça qui convient, que vraiment la question n'est pas là, que la question de langage est vraiment très en lien avec une question de structure psychique, et qu'en tout cas on va pas y arriver tout seul au minimum, là on peut très vite oui faire le lien avec une psychothérapie.

Oui, c'est moins une question de deux indications qui s'excluent mutuellement qu'un travail possible en coopération ?

Oui, dans ces cas-là on peut envisager les 2, si on voit que l'enfant est quand même preneur mais qu'il s'agit vraiment de quelque chose de plus ancré dans sa structure psychique ou en tout cas de plus ancré, on peut indiquer aux parents quand même qu'une observation psychologique nous paraît pertinente pour accompagner leur enfant, etc... sans doute doit-on le faire d'ailleurs. Mais c'est pas toujours possible donc on a aussi à faire avec ça, à des parents pour qui ça va pas être possible, ça va mettre du temps. C'est compliqué parce qu'au moment du bilan, il y a quelque chose qui peut s'engager très vite pour certains enfants. Surtout quand ils souffrent, ils sont demandeurs quand même, d'aide.

Est-ce que vous êtes souvent confrontée à cette situation où les parents verrouillent côté psy et où vous êtes amenée à proposer à l'enfant un lieu, un lien, où seront dépassés les objectifs « strictement orthophoniques » ?

Non, ça n'arrive pas si souvent que ça. Non, en général, quand on reçoit les enfants, l'indication qui est posée nous semble cohérente. Mais ça peut arriver. Alors c'est plus facile quand on travaille dans une équipe, parce qu'on peut en parler de temps en temps. Ce qui est important c'est peut-être de savoir pourquoi on le fait dans ce cas-là, si on reçoit cet enfant, on a un objectif qui n'est pas que "langage" ou que "orthophonique" mais on pense que ça va peut-être être utile. Ca peut permettre une séparation, un écart, un espace psychique qui soit propre à l'enfant. L'orthophonie, ça peut déjà proposer ça.

Oui, tout à fait. Ce n'est pas pour rien que la rencontre en orthophonie est structurée autour d'un cadre bien précis, qui n'est pas celui de l'école, par exemple. C'est un cadre qui est mis en place parce qu'on lui suppose des vertus, quelque part, à un certain niveau, au-delà même des outils "langagiers".

Après, la difficulté c'est de faire évoluer le projet de soins. Parce qu'on parle beaucoup des premiers moments, le moment où va se poser l'indication justement, après le bilan, ou après l'observation, et puis tu démarres le travail, et c'est au cours de ce travail que ça devient plus compliqué de se re questionner, justement c'est important de se re questionner et ensuite d'essayer de mettre en place les choses pour que le projet puisse évoluer. Et là, ça demande de l'énergie de part et d'autre. Quand on est en libéral, j'imagine que c'est aussi très compliqué. Ca, ça interroge dans le travail. Donc au CMPP, ou même en libéral, ce sont les renouvellements qui permettent ça, qui viennent ponctuer ces moments où on ré interroge le projet de soins, est-ce qu'il est toujours pertinent ? Est-ce qu'on continue et pourquoi ? On remet du sens en fait. Parce que c'est quand même un engagement sur du "long terme" entre guillemets. C'est pas trois mois souvent ! Ca dépend aussi des symptômes. Si c'est une déglutition, ça peut être court. Quoique ça peut dépendre des orthos ! Donc il y a la question des évolutions, et la question des arrêts qui est aussi compliquée.

Cette question de l'arrêt d'une prise en charge suscite-t-elle de l'angoisse ?

Oui, pour les parents, de plus en plus j'ai l'impression. Sans doute en lien avec cette question des apprentissages, du scolaire. Est-ce qu'il est vraiment prêt à arrêter ? Est-ce que ça va aller ? Donc oui pour les parents ça peut être un moment où à nouveau l'angoisse est là. Pour l'orthophoniste, quand l'arrêt est préparé, c'est pas toujours de l'angoisse. C'est plus un moment de séparation. C'est plus un moment d'émotion que d'angoisse. Pour l'orthophoniste et l'enfant, c'est un moment de séparation. C'est un moment qui est super encourageant aussi, quand il est préparé, quand il fait suite à une évolution, c'est positif. Et puis ça ne devrait pas se faire de manière brutale. On commence à en parler, ce qui est bien c'est quand l'enfant commence à en parler : "au fait, quand est-ce que ça s'arrête ? " Et puis du coup, on commence à en parler aux parents. Quand on est en centre comme là, on en parle aussi avec le médecin et donc on se donne un moment où on arrête. Il y a des enfants qui ont besoin dans un premier temps que l'on se voit moins souvent. Là on peut utiliser la périodicité des séances. Quand on sent que l'enfant peut arrêter mais qu'il est encore accroché, qu'il peut pas, on peut d'ailleurs proposer cette alternative. Et du coup, petit à petit, il va se sentir plus prêt. Et puis il y a aussi des arrêts qui ne sont pas du tout préparés, concertés, les parents mettent fin brutalement. Là on peut être angoissé du coup, pour l'enfant.

De manière générale, justement, vous arrive-t-il de vous inquiéter outre mesure pour un enfant, de ressentir beaucoup d'angoisse ?

Oui, ça arrive. Dans ces cas-là on essaie de mettre des choses en place. Dans le cadre d'un CMPP, c'est plus facile. La première des choses, c'est qu'on a une synthèse en équipe pour cet enfant, donc on en parle en synthèse. C'est le premier filet. Donc là on vient déposer notre angoisse. On réfléchit ensemble à évaluer un peu les choses : a-t-on raison de s'angoisser autant ? L'équipe peut venir dire : "non finalement c'est pas aussi inquiétant que tu le penses". Des fois ça peut suffire que l'équipe entende ça et on peut continuer avec cet enfant, et les choses vont "rentrer dans l'ordre" entre guillemets. Et puis quand vraiment ce n'est pas le cas, souvent le relais se fait avec le médecin. Le médecin rencontre la famille ou nous-mêmes, c'est du cas par cas. Et du coup on vient indiquer à l'enfant et à sa famille, que là il y a quelque chose qui est difficile pour lui et qu'il faut qu'on réfléchisse pour lui, à quoi mettre en place d'autre. Ça peut être le moment d'une thérapie, le moment d'une orientation, ça peut être aussi le moment d'un signalement si vraiment ce sont des choses très concrètes. Dans l'inquiétude qu'on peut ressentir pour un enfant, il y a plusieurs cas de figure. Dans le cas d'un signalement, c'est aussi le moment où on lève le secret professionnel. Donc on prévient l'enfant quand il y a des propos qu'il vient nous dire et qui nous font penser qu'il est nécessaire de faire un signalement. On lui indique que là, pour sa sécurité, on ne peut pas garder le secret pour nous et dans le cadre de la séance, qu'on va lever le secret. Heureusement, c'est minoritaire parce que ça par contre ce sont des situations qui sont angoissantes.

Face à des enfants qui ont des parcours de vie, des situations familiales difficiles, est-ce compliqué d'en faire abstraction dans le travail avec l'enfant ?

Ca dépend de l'enfant en fait. Si l'enfant nous amène vraiment ça et donc nous indique que c'est cela qui l'envahit, à ce moment-là on va essayer d'y répondre en essayant d'aller vers une information préoccupante si ça ne le met pas en danger plus que ça, ou on va prendre contact à ce moment-là. Pour les IP, il y a un bureau que l'on peut appeler pour demander conseil de manière confidentielle, en disant voilà, je m'inquiète pour tel enfant, quelles sont les démarches que je peux faire ? On peut aussi en parler avec sa famille, en indiquant, avec l'autorisation de l'enfant évidemment : "est-ce que tu veux que je rencontre ta famille pour en parler avec elle ?" Parfois les enfants disent oui. Il y a une façon d'en parler, voilà, on a l'impression que c'est compliqué pour votre enfant, est-ce que vous avez cette impression ? Et on voit si les parents peuvent dérouler quelque chose. Quand ils déroulent que pour eux aussi c'est compliqué, qu'ils ne savent vraiment pas comment faire avec cet enfant, qu'ils sont dépassés, à ce moment-là on peut faire un relais, avec une assistance sociale par exemple, pour une aide éducative. On peut être la personne qui va travailler les réseaux.

Après si on reçoit un enfant dans une situation familiale très difficile, avec des ruptures, etc...mais que ce n'est pas ce qu'il vient nous montrer, que ce qu'il vient nous montrer c'est qu'il se construit, c'est pas sa question à lui directement en tout cas avec nous, on s'en occupe pas, on a pas à s'en occuper je dirais, surtout pas. On viendrait l'encombrer et puis s'encombrer nous-mêmes. Je crois que nous notre position, c'est en fonction de l'enfant qu'on reçoit, et de sa parole. Et puis on lui permet, avec nos médiations d'écriture, nos jeux de langage, d'apporter des questions, de traiter

des questions mais de manière distanciée, un peu métaphorique je trouve. Du coup, on a pas à interpréter ça. On peut ne pas être dupe, on peut le repérer ou pas d'ailleurs, pourquoi pas. C'est pas notre question à nous pour le coup.

Pouvez-vous évoquer des situations vécues avec des enfants très inhibés ou très agités ?

J'ai rencontré une fois le cas d'un mutisme ici au CMPP, dans le cadre d'un groupe. C'est rarement des mutismes dans toutes les situations, en famille elle parlait, mais pas en société. Je ne l'ai jamais entendue parler et curieusement, par contre, on se parlait, j'avais l'impression d'une vraie communication mais c'était autrement parce qu'elle était présente par le regard, par les expressions, les mimiques, par ce qu'elle pouvait adresser comme dessin, comme geste. Et moi dans le groupe j'étais plus dans un travail de traduction - mais c'est notre travail la traduction d'ailleurs, aussi ! Au final, j'avais presque oublié qu'elle était mutique, je m'en rendais à peine compte à la fin du groupe, je m'étais fait cette réflexion, c'était une drôle d'expérience. Et puis c'est une enfant qui a été orientée, donc qu'on a pas revue après, les soins se sont arrêtés après le groupe. Et puis là je dois faire un bilan pour un enfant de 4 ans, qui est mutique aussi.

Avez-vous reçu des enfants outillés au niveau du LO et LE dont vous n'arriviez pas à repérer la cause des difficultés ?

Complètement outillés, non. Pendant le bilan on repère des choses transversales, c'est rare de n'avoir rien. Dans le bilan, il y a plein de choses qu'on va repérer hormis le langage : l'attitude, la concentration...Et puis dans le bilan, on va travailler la question de l'enfant, il peut effectivement n'y avoir rien sur le plan cognitif mais l'enfant va adresser une question particulière. Il y a un enfant là que je reçois pour du langage écrit, c'est un enfant très solitaire, assez fermé. C'est vrai que je me disais en faisant le bilan, ça a l'air de fonctionner plutôt pas mal, mais lui il vient avec deux questions, pouvoir lire à voix haute, parce qu'il n'est pas à l'aise pour lire à voix haute et écrire des histoires. Bon et bien, c'est notre boulot sans doute ! Après c'est à nous de faire avec ça, et on part de ça. Ca c'est la question du bilan aussi, comment on se dit à partir du bilan, ça c'est une question pour nous ou pas ? Est-ce qu'on se fie juste à une grille de test ou on va croiser avec d'autres choses ? C'est à chacune de se positionner. Ca veut dire aussi qu'on reçoit les enfants qu'on veut bien recevoir. Et puis c'est peut-être mieux comme ça d'ailleurs.

Oui, c'est nous aussi qui donnons du sens ou pas à ce que nous amène l'enfant et à ce qu'on peut lui proposer ou pas...

Oui, c'est notre désir aussi qui est interrogé. Celui de l'orthophoniste et celui de l'enfant. Et peut-être que nous on a à travailler ce désir-là. Je dis ça parce que au début de ma pratique, je crois que j'avais beaucoup de désir et trop de désir ! Du coup, ça laissait peu de place au désir de l'autre personne. Ca aussi, il en faut un peu mais pas trop...En tout cas on a à le travailler. C'est aussi la question de la distance à avoir, on est pas dans l'affectif, surtout pas, mais en même temps il y en a qui traverse les rencontres, mais voilà, comment on le traite, qu'est-ce qu'on en fait ? C'est l'enfant qu'on reçoit qui prime. Donc quand on s'interroge sur qu'est-ce qui bloque ? Qu'est-ce qui fait qu'un travail avance pas ? On a à s'interroger sur chez nous aussi, qu'est-ce qui peut bloquer ?

Cette interrogation de notre propre désir, tout le monde ne pense pas qu'elle soit nécessaire ?

Moi je crois que ça compte, parce qu'on est quand même 2 engagés dans l'histoire, c'est un engagement des deux côtés, c'est pas que l'enfant et sa famille qui s'engagent, nous aussi on s'engage et notre outil de travail, au-delà de nos médiations, c'est quand même notre personne. Quand on écrit avec un enfant, c'est quand même notre psychique qui écrit donc c'est aussi notre inconscient. On peut pas être dupes de ça. Ca peut être aidant et encombrant quoi. On fait avec ça qu'on le veuille ou non. Peut-être que oui, il y a des orthophonistes qui ne veulent pas faire avec ça, peut-être qu'on peut faire autrement, on se positionne autrement et ça fait une certaine protection et c'est sûrement pas mal aussi. Mais je crois que l'enfant lui il va toujours essayer de traiter sa question. C'est pas évincé de son côté. Je crois pas.

Vous arrivez à repérer lorsque vos propres affects prennent trop de place ?

L'idée qui me vient c'est qu'on est quand même un peu en écho de l'enfant. On sert un peu d'écho et je trouve souvent que ce que l'enfant nous fait vivre ou nous fait éprouver c'est aussi un peu quelque chose de ce que lui doit éprouver. Des fois on peut être très mal, très vidées par exemple, après une séance, c'est sûrement pas un hasard, ou on peut

s'ennuyer. L'enfant nous fait écho de ce qu'il a à vivre, de ce qu'il vit. Par rapport aux affects, oui, il y a des enfants auxquels on s'attache plus. C'est sans doute en lien avec notre histoire. Il y a quelque chose là qui vient se brancher sur notre sensibilité. On s'en rend compte donc on fait aussi avec ça. Ça peut être dans les deux sens. Des enfants auxquels on se sent très attachés et des enfants qui peuvent nous provoquer au contraire de l'agacement. Il y a des enfants qui viennent vraiment se brancher sur un point d'angoisse chez toi. Et notamment les enfants psychotiques je trouve d'ailleurs.

J'ai eu une situation où à un moment donné, je commençais à être vraiment angoissée à l'idée de recevoir cette enfant. Jusqu'à y penser la veille, en me demandant : "est-ce que ça va bien se passer ?" Le déroulement des séances était très difficile. C'était une enfant très menacée et donc il fallait vraiment que je sois vigilante à comment moi être dans la séance pour ne pas provoquer chez elle des défenses ou des manifestations difficiles. Elle voulait pas sortir du bureau, une fois elle a failli ingurgiter un aimant, ça m'a beaucoup angoisser, ou des enfants qui vont avoir des impulsions, de l'impulsivité, ouvrir la fenêtre et puis se mettre à courir autour du bâtiment. C'est ce genre de chose qui vient soulever des points d'angoisse chez moi. Les enfants où tout d'un coup, j'ai l'impression que le cadre explose. Qu'il devient poreux. Entre l'intérieur et l'extérieur ça se communique et ça ne se contient pas. Tu sens que du coup le cadre ne devient pas non plus contenant pour l'enfant et il explose et qu'est-ce que je fais de ça ? Ca, c'est typiquement moi les situations qui m'angoissent.

Alors avec cette angoisse, moi je ne sais pas faire autrement que la supervision. J'en parle. Et la synthèse, pour ces situations, ne suffit pas, parce que là il faut que tu adresses ton angoisse qui est quand même personnelle, donc tu n'as pas forcément envie de l'exposer aux collègues, tu peux pas en parler d'entrée de jeu comme ça, tu te sens toi-même trop exposée. Donc il n'y a que la supervision, qui a des effets vraiment importants je trouve. En supervision, non seulement tu as l'effet d'apaiser l'angoisse chez toi, mais tu repères aussi, grâce à la supervision, ce qui a pu faire flamber l'enfant, ce qui a pu faire que le cadre ne soit plus contenant et ce que tu peux mettre en place, essayer en tout cas - le superviseur en général se mouille un peu, sinon il faut en changer ! - pour améliorer ça.

Mais ça reste difficile parce que là ça questionne vraiment ta position d'orthophoniste, là tu te déloges complètement quand même d'une place classique d'orthophoniste, ce sont des enfants qui viennent te chercher de ce côté-là. Soit tu mets des choses en place pour l'assumer et continuer le travail - parce que ce sont des enfants qui viennent tester ça chez toi, qui sont particulièrement sensibles au fait que tu les abandonnes pas - ou alors tu arrêtes, mais dans ces cas-là je pense que tu arrêtes avec quelque chose de pas terrible des deux côtés. Le bénéfice - quand même ! - c'est que ce sont des enfants qui te font énormément travailler sur la clinique. Eux, ils t'amènent par contre à travailler ta clinique. Mais à un certain prix quand même. Tu en payes le prix un peu quand même.

L'angoisse de l'orthophoniste peut-elle être un obstacle ?

Je pense que oui. Si tu viens pas gérer du coup ton angoisse, c'est forcément un obstacle. Je me dis que dans l'angoisse, il y a un peu deux côtés. Il y a des angoisses qui sont vraiment mortifères, certains disent. Qui nous entraînent vers du vide. Il y a des enfants qui sont vraiment confrontés à cette angoisse-là. Et pour nous, c'est difficile. Mais du coup le fait de travailler notre angoisse peut amener cette angoisse du côté du vivant. Une angoisse plus positive qui va amener du moteur, du vivant, oui, c'est le mot. De la parole aussi, parce que la parole c'est du vivant. Je trouve qu'on le repère en séance, il y a des séances "en vie" - en un ou deux mots ! - et puis des séances où tu te dis zut ! là....voilà...il y a des séances où tu vois que tu rames. Et tu vois aussi dans l'évolution du travail, c'est moins présent ça, quand ça roule on y pense moins. C'est quand ça bloque, qu'on y pense.

Comment réagir face à l'angoisse inhabituelle d'un enfant ?

Si tu repères qu'un enfant arrive angoissé alors qu'il ne l'est pas d'habitude, évidemment on ne fait pas comme si c'était comme d'habitude. C'est toujours une façon de faire. Il y a toujours à faire attention à ne pas être trop, à ne pas être dans le "trop". Moi souvent je commente, ou je questionne. Mais pas une question fermée. Plutôt une remarque, je ME questionne. Je LE questionne pas forcément. "Ah ben dis-donc j'ai l'impression que tu fais une drôle de tête aujourd'hui ?" Et il répond ou pas. S'il répond, ok. Mais s'il répond pas, et que "ah non non, tout va bien.", je ne vais pas insister, je vais aussi respecter que peut-être il ne veuille pas en parler. D'autant que la parole c'est quand même plus du direct, je pense qu'il y a des enfants qui vont exprimer mais pas directement. Ou pas avec une parole de sujet tout de suite. Ils sont pas toujours très "sujets" les enfants qu'on reçoit, très construits, surtout quand il y a des difficultés de langage.

Je fais le lien avec une situation avec un jeune garçon que je suis depuis longtemps. Il y a eu un moment dans sa prise en charge où ses parents se sont séparés et il ne m'en avait jamais parlé. Je le savais par la psychologue qui m'avait dit : "M t'a-t-il parlé que ses parents allaient se séparer ?" Et je me suis rendue compte que je le savais, pas du tout parce qu'il m'en avait parlé, mais parce qu'on avait inventé une histoire ensemble, en piochant des mots et en rajoutant des phrases autour de ces mots. Il s'agissait d'une histoire où des enfants avaient les "chocottes" parce que les parents allaient se séparer - le père était comme ci, la mère comme ça. Donc je me suis rendue compte qu'il l'avait écrit, et on en a jamais parlé ! C'est intéressant parce qu'on ne l'a jamais finie cette histoire. Et puis un jour, je lui ai dit "tiens, on a pas fini cette histoire, on pourrait la terminer !" Et il m'a répondu "oh non, non, c'est pas la peine, j'ai pas envie de la finir." Et je ne l'ai pas questionné, je ne lui ai pas dit : "ah ben tiens, peut-être que tu faisais référence à..." C'est là aussi où on voit que notre travail n'est pas là. Effectivement on ne se rencontre pas pour ça. Avec le prétexte d'écrire une histoire qui était tout à fait dans notre thème de langage écrit, lui il a sans doute traité quelque chose de son angoisse mais il l'a traité comme ça lui était possible de le traiter, comme il le souhaitait je dirais. On a besoin de voiler aussi.

Certaines productions d'enfants à l'écrit peuvent-elle être angoissantes ? Je pense à des thèmes de destruction qui reviennent, des enfants qui n'écrivent que sur une seule et même chose...

Ca c'est une autre question, quand on a l'impression que c'est toujours la même chose. On commence à s'ennuyer pour le coup. Ce sont encore des situations de supervision pour moi. Quand on commence à nous-mêmes se sentir tourner un peu en rond, et plus savoir par quel bout attraper les choses, la sensation que ça ne se déroule pas en fait, que ça se répète tout le temps, c'est dur à vivre pour l'orthophoniste. Et donc, je trouve que c'est la supervision qui nous permet de trouver des moyens de dépasser ça. Ou alors on repère que cette répétition, elle est constituante, elle est structurante pour l'enfant, dans ces cas-là on va mieux le vivre, on va mieux l'accepter. Et souvent en l'acceptant mieux, ça nous permet de trouver de pouvoir dérouler des choses. Et puis moi je trouve qu'on peut s'autoriser à faire des commentaires, à dire à l'enfant en exagérant le trait : "oh lala encore ! Mais c'est toujours la même histoire ! On pourrait peut-être changer quand même un petit peu ?" Si on le fait encore, ok, mais au moins on indique, parce que des fois les enfants ne s'en rendent pas compte, c'est important de montrer l'effet que ça nous fait chez nous. Que nous aussi on puisse être un écho pour eux, un miroir. Parce que des fois ils s'en sont pas rendus compte, ils sont tellement englués....Je trouve que renvoyer des petites choses comme ça, essayant que ça soit ouvert et pas fermé, ils arrivent des fois à s'en saisir ou à en rigoler, donc c'est déjà qu'ils sont moins dupes, c'est déjà un pas d'être moins dupe de ce que je suis en train de faire ! Et c'est pas de l'interprétation de psycho, c'est un commentaire au plus près peut-être.

En même temps ce qui est bien avec ces enfants c'est qu'on peut s'appuyer sur ce qui les intéressent, si c'est un monstre par exemple, que l'enfant dessine à chaque fois, on peut commenter et dire "tiens il a l'air de sourire, qu'est-ce qui peut bien faire sourire un monstre ?" Et on peut dérouler nous du langage, des mots, une pensée. En tout cas, c'est ce qu'on essaye de faire, de dérouler une pensée. C'est vrai qu'on a à travailler de notre côté cette question de comment on réagit, sans être super normatif, fermé, mais en même temps en indiquant aussi la loi, que tout n'est pas possible. Et les fins de séances par exemple, pour ça, c'est important d'avoir une pendule : c'est pas toi qui décide que ça s'arrête à ce moment-là. C'est important d'indiquer qu'il y a un temps qui passe et qu'on y est soumis et l'enfant, et l'ortho. C'est très opérant les petites choses comme ça chez les enfants quand même. Ou c'est important parfois que ce soit pas nous qui décidons, il y a des enfants qui nous mettent un peu dans un rapport de forces et là c'est bien de dire "ab ben oui mais ça on peut pas décider, il faut qu'on demande au médecin". Si t'es en libéral c'est le médecin qui prescrit les soins donc "il faut qu'on lui en parle". Ca, ça décale d'un rapport de forces qui est vraiment très compliqué à gérer avec certains enfants.

Témoignage n°2

A partir de votre expérience, comment définiriez-vous l'angoisse ?

L'angoisse de l'enfant, ça peut être d'abord l'inquiétude de venir voir quelqu'un qu'il ne connaît pas, pour des raisons qu'il ignore quelques fois, ou qu'il cerne mal – la rencontre avec quelqu'un d'étranger qui fait partie du champ médical donc il peut avoir effectivement des inquiétudes sur ce qu'on va lui faire, ce qu'on va lui demander.

Donc ça peut aller de la simple inquiétude assez normal du début de la prise en charge ou du bilan, jusqu'à l'angoisse qui dépasse largement ce premier contact, qui va être plus lié au symptôme et à la gêne ou aux difficultés de l'enfant dans ses relations sociales, dans le sentiment d'échec qu'il peut avoir par rapport à des apprentissages, dans le fait de faillir par rapport aux attentes des parents, dans l'auto dépréciation qu'il peut y avoir du type « je suis nul » etc... donc ça peut recouvrir tous ces champs-là....bien sûr après on verra comment on s'en occupe, enfin ce que l'on peut faire avec...

Au cours de vos expériences professionnelles, avez-vous connu des situations où l'angoisse est très envahissante pour l'enfant ? Comment avez-vous réagi ?

Oui, certainement. Dans les enfants que je peux voir par exemple en ITEP, on peut penser que l'angoisse effectivement, est suffisamment envahissante pour paralyser même les productions. Dans la façon dont moi j'imagine mon travail, un des objectifs c'est effectivement d'essayer de faire tomber cette angoisse qu'il peut y avoir face aux apprentissages ou aux connaissances en lecture et en orthographe ou même au niveau du langage oral en essayant de prendre un chemin complètement différent de celui que l'enfant a pu emprunter, qu'on l'a incité à emprunter, depuis qu'il est soumis à un apprentissage quel qu'il soit, du langage oral ou du langage écrit. Donc ça va être essayer de faire autrement que ce que l'on a pu faire avec lui. Maintenant, c'est vrai que pour certains enfants pour lesquels l'angoisse dépasse largement, uniquement le problème de l'apprentissage, l'orthophoniste est un peu mise à mal parce que ce n'est pas uniquement en faisant tomber la pression, en ayant des exigences complètement différentes que celles de l'école qu'on va réussir à faire tomber l'angoisse en général, qui peut être une angoisse bien plus importante, une angoisse existentielle, qui dépasse largement le champ unique de l'orthophonie.

Après, où est-ce que l'on met le curseur sur l'angoisse ? Et comment est-ce que au niveau de la relation entre l'enfant et l'orthophoniste par rapport à ce problème de langage quel qu'il soit, comment est-ce que, en travaillant, en montrant à l'enfant qu'il est capable de faire des choses, comment est-ce que ça peut avoir des effets sur une angoisse qui, petit à petit, cède ? Donc oui, bien sûr j'ai pu rencontrer des enfants pour lesquels l'angoisse était première, était tellement importante, que c'était sans doute pas de la plus grande urgence de s'occuper des problèmes d'apprentissage. Et puis il y a eu d'autres enfants avec le même type d'angoisse pour lesquels on pouvait tout travailler en même temps, c'est-à-dire à la fois le côté plus psychologique et à la fois aussi, je dirais, réhabiliter ses compétences pour lui montrer ce qu'il est capable de faire. Je dirais que l'angoisse face à l'échec s'auto alimente aussi par le fait que s'il ne fait pas mieux, s'il a tout à fait conscience de ses difficultés, l'angoisse peut perdurer, même si on peut le rassurer en lui disant que c'est pas grave, qu'il a d'autres compétences, etc... Pour beaucoup d'enfants, une façon défensive de s'en sortir c'est de dire que « c'est pas grave, je m'en fous », pour beaucoup d'autres enfants c'est quand même grave, ils le savent, enfin ça a des incidences dans leur vie familiale, sociale, et ils ne s'en fichent pas.

L'angoisse a quand même comme particularité d'être relativement moins raisonnée, raisonnable que l'anxiété qui est plus réactionnelle à un état de fait ou à un événement – l'angoisse, c'est quelque chose d'un peu plus diffus qui n'est pas forcément en résonnance avec un événement particulier. Pour certains enfants on peut comprendre que ce soit un état d'angoisse dans la mesure où les difficultés sont permanentes, sont anciennes, et donc ont généré une insécurité pour plein de raisons, qui est diffuse mais non moins très prégnante.

Comment réagissez-vous face à cette angoisse très prégnante ?

Dans ces cas-là, et bien, comment peut-on travailler avec les parents, comment est-ce que l'angoisse que l'on peut ressentir, pressentir, peut faire écho à ce que l'on a pu entendre dans l'anamnèse – c'est très variable aussi suivant les familles : est-ce que d'emblée on va conseiller une prise en charge en parallèle en psychothérapie, par exemple, est-ce que l'on peut penser que le travail en orthophonie va permettre en travaillant même sur le symptôme ou autour du symptôme de libérer les choses à un niveau général ?

Je pense à une petite fille, je n'aurais pas dit qu'elle était vraiment angoissée, mais elle était assez paralysée par rapport à tous les apprentissages, avec une famille que je connais bien parce que j'ai suivi la sœur aînée, il y a très longtemps, qui a un handicap mental, et puis la maman est venue me voir pour sa petite dernière qu'elle avait du mal à voir grandir. La petite était visiblement une petite fille intelligente, mais elle était très paralysée par rapport à la curiosité, elle avait envie de rien, elle « savait rien », c'était sa réponse favorite, et il y avait quelques difficultés en lecture. Très rapidement, j'ai parlé à la maman d'une PEC en psychothérapie, la maman était pas très enthousiaste

mais elle l'aurait fait si j'avais plus insisté ou si les choses avaient perduré. Mais là je lui ai fait touché du doigt que c'était compliqué pour elle de grandir, que pour la maman aussi c'était compliqué, elle le disait d'ailleurs. J'ai eu un contact avec la maîtresse qui me disait « écoutez, moi je trouve que c'est une petite fille qui va assez bien » et la maman se plaignait toujours de cet espèce « d'à côté », de la petite qui « n'était pas là »...puis les choses se sont dénouées, j'ai arrêté avec elle la semaine dernière, et elle s'est vraiment engagée, elle prend les choses en main, elle pose des questions, devient curieuse, se met à lire....alors qu'est-ce qui s'est passé ? Est-ce que c'était de l'angoisse ? Je ne sais pas, mais là le chemin par la psychothérapie a pas eu besoin de se faire, mais pour d'autres enfants il aurait peut-être fallu le faire. Je crois quand même que quand moi j'ai cerné un peu les choses et étendu les difficultés pures d'apprentissage du LE à cette curiosité un peu plus générale, ou à ce manque de curiosité, ça a dû être suffisamment parlant pour la maman pour qu'elle réaménage aussi des choses, qu'elle en parle avec sa fille.

Mais c'est quand même une des possibilités quand on sent que tout est un peu paralysé par une angoisse qui dépasse largement les apprentissages, dont les parents peuvent parler par rapport à d'autres types d'angoisse, des peurs face à... partir de chez eux, dormir ailleurs qu'à la maison, à quitter leurs parents, etc...oui c'est des préconisations que je peux faire quand même très rapidement en disant que tant que ce sera pas travaillé, ce sera compliqué pour l'enfant de se mettre en chemin pour les apprentissages...

Vous est-il arrivé de vous sentir dépassée par la situation, le comportement d'un enfant en séance ?

Oui, bien sûr, oui, c'est... fréquent, j'dirais pas...mais si, c'est quand même assez fréquent, oui. Là, je dirais qu'en dehors d'essayer d'analyser ce qu'il se passe, ce dont moi je peux être témoin, soit par des manifestations, que lui peut avoir, au niveau corporel, au niveau de larmes, de tout ce qui peut l'animer....le commenter, enfin dire comment moi je perçois les choses, requérir son approbation ou pas, lui proposer à lui aussi de pouvoir en parler ailleurs, de bien faire la différence entre...c'est pas forcément le lieu pour en parler, peut-être que ce serait bien qu'il puisse rencontrer quelqu'un d'autre avec lequel il puisse travailler essentiellement ça. Voilà, après si l'angoisse est vraiment très envahissante...non j'ai rarement eu des manifestations d'angoisse qui durent comme ça, avec impossibilité de reprendre quelque chose.

Par contre, dans le travail avec les enfants sur « comment est-ce qu'on va s'y prendre ensemble pour avancer ? » je leur fais souvent le parallèle avec l'école, où ils n'ont pas trop le choix, on leur dit qu'il faut faire telle chose, alors qu'ici ça va être à eux de trouver le chemin, avec moi, mais que moi je peux pas faire tout le travail, et ce n'est pas moi qui vais décider pour eux, donc il peut y avoir ces moments d'angoisse, surtout au départ quand je leur dis comment on va s'y prendre, qu'est-ce qu'on va faire....on voit des enfants qui sont assez angoissés face à du vide...moi je les rassure en leur disant « c'est normal, il te faut un peu de temps, tu n'as pas l'habitude de procéder comme ça mais voilà, c'est pas grave, on prend son temps, tu réfléchis... » bon, quand c'est vraiment trop compliqué, je fais des propositions... « essaye de te souvenir de ce qu'on a fait la dernière fois... » pour aussi que eux soient amenés à faire du lien et à cheminer là-dedans et à être actif dans ce qu'ils font et pas arriver là en se disant « j'attends qu'elle me dise ce que je dois faire »...mais ces moments d'angoisse-là, surtout en début de séance, on peut les percevoir, bon si ça dure trop longtemps, moi je laisse jamais du vide, du blanc, et du silence, trop long mais je peux quand même insister un peu pour que ce soit lui qui choisisse ce qu'il a envie de faire, comment il voit les choses par rapport à ses besoins, par rapport à son envie de changer les choses, enfin etc...

Certains enfants manifestent-ils de l'angoisse en fin de rééducation, face à l'idée d'arrêter ?

Oui, ils peuvent l'exprimer verbalement ou non...il y aussi des enfants, je sais pas si c'est de l'angoisse, qui sont inquiets à l'idée de dire qu'ils ont envie d'arrêter, donc à l'idée éventuellement de me faire de la peine, enfin ce genre de choses...ça, ça peut être dit...donc là moi je les rassure en leur disant que je suis ravie s'ils s'en vont parce que ça veut dire que ça va mieux. Pour ceux auxquels on « impose » entre guillemets, auxquels on dit qu'il faudra s'arrêter et que eux n'en ont pas envie, c'est un peu la même chose, moi je leur parle ça, en leur disant que pour le moment on a fait un bout de chemin ensemble, que ça va mieux, que la porte reste ouverte, qu'ils peuvent revenir, que moi je pense qu'ils sont tout à fait capables de se débrouiller et voilà.

Là je pense que c'est assez l'écho de notre propre....angoisse, je dirais pas ça mais...de notre propre sérénité. Si nous on se sent sûres avec ça, quand je dis « nous », c'est à la fois les parents et l'orthophoniste, je trouve qu'on arrive assez bien à leur transmettre...sauf les enfants sans doute très angoissés qui ne peuvent pas entendre ce qu'on

vit à côté d'eux...j'ai rarement eu ce cas de figure. Moi ça m'arrive de demander aux enfants : « tu penses qu'il te faudra encore combien de séances ? » Donc là, on va quantifier le nombre de séances, voilà, donc on peut transiger, on peut dire, on est d'accord, trois séances, donc jusqu'à tel moment. Effectivement, l'anticipation permet quand même aux enfants de se projeter, de faire que ça leur tombe pas comme ça, de façon improvisée, sans qu'ils l'aient prévu. Mais j'ai jamais eu de situations où c'était si tragique que ça.

Vous parlez du fait que c'est notre propre attitude, notre propre sérénité qui va jouer dans ces moments-là. Au-delà de l'anxiété, dans notre relation à l'enfant, dans quelle mesure pensez-vous que ce qui se passe est « communicatif » ? Les réactions, les ressentis de l'enfant, l'orthophoniste en prend aussi quelque chose, en est un peu imbibée, et l'inverse est valable également...

Oui, je pense que dans la relation à deux, nous on est plutôt dans une relation d'écoute, d'empathie avec l'autre, forcément on absorbe, enfin l'un et l'autre, je dirais l'état émotionnel, psychique de l'autre. Moi j'ai l'impression que ma façon d'aborder la chose c'est vraiment de la parler, de pouvoir dire à l'enfant que c'est compliqué, que j'imagine bien que sa position n'est pas facile, que quelque fois la position de l'orthophoniste n'est pas facile non plus, voilà...après ce qu'il en fait, ce qu'il peut en entendre, ça je ne vais pas vraiment le vérifier mais oui forcément, je dirais qu'il y a transfusion entre les états de l'un et l'autre...

Comment avez-vous évolué par rapport à cette façon d'aborder les choses ? Est-ce que ça a été plus difficile au début de votre pratique pour gérer cet aspect du travail ?

Il y a eu tout un travail que j'ai fait avec la formation PRL, la formation à la technique des associations, avec les groupes Balint, où on peut parler de son travail, de ce que ça évoque chez nous. Comment on peut répondre à un enfant, à des parents, par rapport à leur anxiété aussi...Comment on peut expliquer aux enfants, mais surtout aux parents, que leur anxiété est légitime mais que nous on va éviter de trop l'absorber et de la prendre à notre compte, sinon si tout le monde est angoissé...c'est aussi notre position, c'est d'être un peu plus extérieur, d'avoir cette distance, de ne pas être complètement pris avec l'enfant dans ses mailles de filets et que...on est à la fois là pour ça mais qu'on va pas non plus tout gérer du jour au lendemain, qu'il faut du temps, qu'il faut essayer de respecter le rythme de l'enfant, lui faire confiance...voilà, moi j'ai l'impression que c'est comme ça que je me positionne, après c'est sûrement variable selon les situations, les familles, leur demande...à la fois moi je me positionne en tant que professionnelle : « je suis là pour vous aider » mais aussi « je ne peux pas tout faire, je ne vous remplacerai pas et c'est vous qui me missionnez pour travailler avec votre enfant, enfin, vous le faites ou vous le faites pas quoi ».

Est-ce que c'est difficile de se positionner ainsi face à certains parents qui peuvent être très angoissés, qui amènent bien plus que le langage de l'enfant chez l'orthophoniste ?

Oui ça peut être difficile. C'est vrai qu'il peut y avoir des premiers entretiens par exemple, qui peuvent être très longs parce que oui ça déborde largement avec leur propres problématiques à eux, celles des frères et sœurs, la grossesse, la perte d'un parent pendant la grossesse, enfin des tas de choses. Moi ça m'arrive d'interroger les parents en leur demandant si eux-mêmes ont une PEC pour eux ou bien s'ils y pensent. J'essaye quand même de recentrer les choses sur l'objet de leur demande mais je parle beaucoup plus franchement maintenant d'une consultation psychologique, enfin, « franchement »..., plus librement qu'il y a 20 ans, ou 25 ans, même s'il y a des parents qui n'accrochent pas du tout, mais oui j'en parle plus librement...peut-être aussi parce que j'ai un peu plus de bouteille et que s'ils disent non, ils disent non...Mais oui, il y a des situations où soit les parents le disent dès le départ, soit d'autres parents le disent tardivement mais néanmoins, on peut sentir les choses, certains le disent jamais mais on sent qu'il y a des choses compliquées, c'est aussi très variable.

Et face à ces situations, quelles différences y a-t-il entre travailler en libéral et en institution ?

J'ai pas beaucoup d'expérience puisque j'ai travaillé en institution 1 an, au début de mon exercice, je n'ai pas le souvenir que ça m'ait été d'une grande aide, mais bon sur une année, je pense que je ne peux peut-être pas en juger. Ensuite j'ai travaillé en libéral et je travaille en plus en SESSAD depuis 4 ans, donc j'ai pas beaucoup de points de comparaison. Par contre, les formations, les groupes Balint, et des réunions de synthèse auxquelles j'ai pu assister pour des enfants que je suivais mais qui étaient suivis aussi par le secteur de pédopsychiatrie, même si j'y allais très ponctuellement c'est vrai que forcément le partage, chacun pouvant parler de sa propre expérience avec cet enfant, forcément ça aide, ça soulage...

Du coup, à l'inverse, lorsque l'on travaille en libéral, j'imagine que l'intérêt c'est de pouvoir faire en sorte de ne pas tout porter sur ses épaules et d'avoir un réseau de contacts ?

Oui bien sûr, et de pouvoir dire à certains parents : « et bien écoutez, moi là je ne peux pas faire toute seule – je pense que votre enfant ne va pas bien, qu'il aurait besoin d'une aide différente » oui ça c'est possible de le dire, après il y a des situations où c'est pas parce qu'on le dit que c'est fait et où il faut à la fois argumenter mais aussi faciliter les choses pour que les parents fassent une démarche autre en étant soi-même moteur, soit en prenant rendez-vous pour les parents, pour des raisons variées, soit des parents qui sont un peu en difficulté pour prendre ce type d'initiative, soit des parents qui ont du mal, qui veulent savoir qui est-ce qu'ils doivent aller voir, qui je peux leur recommander, etc...

Lorsque vous repérez qu'un enfant a des difficultés dépassant le cadre de l'orthophonie, vous posez-vous la question de savoir si votre jugement n'est pas brouillé par vos propres repères, vos propres croyances...Comment être objective dans ces situations ?

Je ne me pose pas trop la question, si moi j'ai l'impression que, je leur fais part de mon impression et de ce que moi j'en pense ; si j'ai des parents extrêmement réticents, je leur dis « et bien écoutez, peut-être que je me trompe, peut-être que vous avez raison, votre enfant finalement ne va pas si mal que ça, etc... moi voilà comment je pense les choses, je ne peux pas ne pas vous le dire, maintenant c'est vous les parents, c'est vous qui en êtes responsable, donc voilà...Est-ce qu'il m'est arrivé de dire à des parents, dans ces conditions, moi j'arrête de suivre votre enfant, non je crois pas. Par contre, j'ai pu voir des parents qui, après que je leur ai dit ça, n'avait pas envie de revenir, ça c'est autre chose...mais sinon moi je les accompagne dans ce qu'ils disent d'eux et de cet enfant, et puis je peux revenir à la charge quelques semaines, ou quelques mois après ...

Oui, et puis vous vous faites confiance...

Oui, et puis j'essaye de faire quand même avec cet enfant-là, où il en est, même si je me dis que sans doute ce serait nécessaire de faire autre chose, après si c'est vraiment ce que j'ai dans la tête et que je continue à l'avoir 4, 8 semaines après, je vais pas manquer une occasion de le redire aux parents pas forcément toutes les semaines mais régulièrement pour leur dire « vous voyez, voilà ce que moi j'ai pu remarquer, moi je trouve que c'est inquiétant », mais après c'est leur choix à eux. C'est aussi une question de confiance entre les parents et moi qui peuvent me faire confiance et donc du coup écouter ce que je peux dire, dans la mesure où ils ont confiance en moi, ou ne pas m'écouter parce que même en ayant confiance en moi, ça va au-delà de ce qu'ils peuvent faire.

Il y a quelque chose qui fonctionne souvent assez bien auprès des parents, c'est quand même de parler de la souffrance de leur enfant. Quand on contourne un peu les choses en disant que s'il agit ou s'il se comporte comme ça, ou s'il a telle ou telle manifestation au niveau du langage, ça n'est ni pour les embêter, ni parce qu'ils en font exprès etc... mais que sans doute qu'il y a une difficulté à faire autrement, à être autrement, et que sans doute c'est source de souffrance pour l'enfant. Souvent, c'est entendu quand même, les parents sont sensibles au fait qu'on puisse analyser cela en termes de souffrance de leur enfant – ils n'ont pas envie que leur enfant souffre a priori...C'est vrai que quand des parents parlent à la fois de difficultés d'apprentissage mais aussi, par ex, de difficulté de sommeil, ou de difficultés alimentaires, etc... Quand on met tout ça l'un à côté de l'autre, c'est quand même des choses qui s'entrecroisent, sur lesquelles on peut appuyer pour montrer aux parents qu'il y a quand même dans d'autres domaines des manifestations d'une difficulté à être.

J'imagine donc qu'il s'agit d'amener cela sans majorer leur angoisse ni en créer une au cas où elle n'était pas là. Il y a cet aspect dans notre métier aussi : certains enfants ont fait jusqu'ici illusion dans les apprentissages – le langage écrit notamment – ils ont compensé un certain nombre de difficultés et à un moment donné, ce n'est plus possible. L'orthophoniste incarne alors la personne qui amènera une prise de conscience et là, nous pouvons « créer » une angoisse qui n'était pas forcément là au départ ?

Oui, tout à fait. Je pense à une jeune fille que j'ai suivie quand elle était petite, c'est une jeune fille adoptée dans une famille de 4 ou 5 enfants adoptés, c'est la plus jeune, quand je l'ai vue elle était à l'école primaire, aujourd'hui elle est au lycée, en première, elle a presque 19 ans, elle a redoublé deux fois je crois.

Je l'ai vue en primaire parce qu'elle avait des difficultés de langage oral, peut-être déjà écrit, au début de l'apprentissage, après je l'ai envoyée chez une autre orthophoniste pour le logico-mathématiques, parce que c'était compliqué. Donc elle a été suivie un moment, puis plus du tout pendant un moment et là elle revient parce qu'elle est

d'une lenteur extrême, donc on a dû dire aux parents « peut-être qu'elle pourrait bénéficier d'un tiers temps »...je l'ai revu en bilan, et effectivement elle est en énorme difficulté, je dirais « tous azimuts » : en vitesse en lecture elle a un niveau de 5^{ème}, en orthographe elle est extrêmement fatigable donc au début ça va à peu près puis plus ça va moins ça va...en compréhension du LO c'est pas extraordinaire et en compréhension du LE c'est pas terrible non plus donc je pense qu'elle est très en difficulté avec le système scolaire en première où on lui demande d'analyser des textes...l'année prochaine, la philo...et elle veut faire du droit, je crois, donc peut-être que ça va la sécuriser le droit, c'est plus rigoureux, je ne sais pas...mais attendant, je lui ai dit que j'imaginais bien que ça devait être très difficile pour elle de suivre en classe, elle travaille comme une malade, je lui ai demandé si elle faisait autre chose, elle m'a dit « non, non, je ne fais rien d'autre que travailler » tous les après-midis, et depuis des années, elle passe tous ses mercredi, tous ces dimanche à travailler, et quand je lui ai dit que c'était vraiment difficile pour elle compte tenu de ses possibilités actuelles, c'est vrai que ça a été difficile à avaler pour elle – et que je ne peux pas lui dire autre chose. D'abord parce que si on veut qu'elle ait du temps supplémentaire, il faut mettre en évidence qu'elle a un décalage très important par rapport à la moyenne des jeunes de son âge. Elle n'a pas d'automatisation du tout, de l'orthographe, ni au niveau de la syntaxe, ni au niveau des mots d'usage, rien n'est automatisé, donc c'est lourd quoi...comme gestion de la phonétique, de l'orthographe d'usage, de la syntaxe, du sens, enfin bon...elle s'épuise...effectivement je pense que là ça génère sur ment un peu d'angoisse. Mais à côté de ça elle sait aussi pourquoi elle est en difficulté, alors c'est pas parce qu'elle le sait qu'on va tout réglé. D'abord je sais pas du tout si elle est prête à faire une PEC en orthophonie, je comprends que ce soit pas facile à son âge, mais je me dis aussi que si c'est pas maintenant, ce sera jamais.

Et de manière générale, dans votre pratique, est-ce que la pression de la norme, scolaire notamment, est difficile à gérer ?

C'est vrai que les demandes de plus en plus importantes d'avoir du tiers temps etc...obligent à pointer du doigt tout ce qui ne va pas pour avoir des arguments, en termes d'écart-type, etc... après on peut discuter de la pertinence de ça...moi je pense surtout que c'est une jeune fille qui dans un autre contexte, si elle avait passé son certificat d'études, et puis qu'elle avait fait autre chose après, elle ne serait pas plus en difficulté qu'une autre, mais dans le cursus actuel, elle est en section « ES : économique et social », en économie, pour qu'elle comprenne les notions d'économie avec des mots nouveaux, etc...elle met des semaines quand les autres ont besoin de deux jours...donc c'est le contexte scolaire qu'on lui a imposé et qu'on lui impose qui fait qu'elle est si en difficulté, mais sinon elle a un bon niveau de LO...si elle avait un métier où elle se sert très peu du LE ou de façon très basique et par rapport à des savoir-faire beaucoup plus dans l'adéquation à l'autre etc...je pense qu'elle est tout à fait adaptée, mais là on lui demande de réfléchir et de composer par écrit, avec un outil LE qui devrait être complètement acquis. Elle ne devrait plus avoir à réfléchir pour s'exprimer par écrit. Or, on en est loin...donc forcément, la norme, la pression scolaire compte. On est face à une jeune fille, il y a 30 ans, elle ne serait jamais allée en première, ni au lycée même. Maintenant qu'elle y est avec ambition d'avoir son baccalauréat et de faire du droit...

Est-ce difficile de prendre de la distance par rapport à certaines situations injustes ou très difficiles pour les enfants ?

Là je ne sais pas trop comment je vais formuler les choses par rapport à elle, par rapport à sa mère. Les parents n'envisageaient pas que leur fille ne fasse pas des études supérieures, ou au moins des études jusqu'au bac. Si bien sûr, c'est difficile, mais quelle est sa propre perception à elle ? Quelle est sa propre volonté par rapport à celle de ses parents ? Comment est-ce qu'elle...elle est dans le moule quoi...elle essaye d'y rester...C'est un peu différent, j'ai l'impression qu'elle est sur des rails, et je vois mal comment là en fin de première on peut la convaincre et convaincre les parents de tout arrêter et de revoir l'orientation. Pour d'autres enfants, si ça a pu m'arriver d'être très prudente sur une orientation. Je pense à un autre garçon que j'avais vu petit et qui revient, qui est très curieux au niveau psychologique, qui aurait des traits psychotiques, qui bégaye beaucoup, avec un bégaiement très particulier, qui ne ressemble pas à un bégaiement...il s'arrête en milieu de mot, de phrases, c'est un peu particulier, il n'a pas de mauvaises compétences en orthographe, il travaille aussi beaucoup, il n'a aucune idée de tout ce qui peut être langage imagé, aucune distance, il est vraiment dans le « pied de la lettre », et il a des difficultés de compréhension importantes. On a travaillé sur un livre les semaines précédentes, on l'a analysé un petit peu et hier je lui ai demandé ce qu'il pensait du travail qu'on avait fait ensemble : est-ce que ça correspondait à quelque chose qu'il attendait ? est-ce qu'il aurait aimé qu'on fasse plus ? est-ce que ça correspondait à ce qu'on lui demandait en classe ? (il est en 3^{ème}) et lui m'a répondu sur l'histoire du garçon de l'histoire : il a commencé à me parler en me disant « oui, ça peut arriver, dans la vraie vie il peut arriver la même chose, qu'on ait aussi des aventures comme ça, et qu'on risque de

mourir ». Il est complètement à côté. Et la maman que j'ai revue avec lui a demandé une orientation vers une section technologique. Donc je pense oui que le respect de la personne voudrait qu'on réanalyse vraiment ce qu'ils font, pourquoi ils le font, et dans quoi ils veulent s'engager.

Est-ce difficile d'assumer une manière de travailler plus respectueuse du rythme de l'enfant face aux parents plutôt qu'un travail strictement rééducatif avec des objectifs de « normalisation » de l'enfant ?

Oui, ça m'est arrivé, pas beaucoup, mais ça m'est arrivé. Je me souviens d'un père qui m'avait dit « moi ce que je veux c'est que vous lui fassiez faire des dictées à chaque fois qu'il vient vous voir ». Je lui avais dit « écoutez, je peux entendre ça, mais si c'est ce que vous souhaitez, un, je ne le ferai pas et puis deux, vous le feriez aussi bien que moi ou n'importe qui, donc à ce moment-là, faites-le ». Mais quand j'explique aux parents que l'objectif c'est de trouver, ou retrouver, des automatismes, du plaisir à écrire, de la liberté dans l'écriture, etc...ils l'entendent assez bien. Quelques fois eux-mêmes sont en difficulté par rapport au LE, donc je leur parle d'un pays un peu mystérieux qu'ils ont du mal à envisager. Mais souvent quand ils arrivent ici ils se rendent compte que la contrainte, qu'ils ont souvent essayer avec l'enfant, en lui faisant faire des dictées etc..., ça ne fonctionne pas bien, ou ceux pour lesquels ça fonctionne, ils ne viennent pas nous voir. Certains parents qui arrivent en disant, « c'est le [p] et le [b] qu'il confond », je leur dis que j'entends bien, que c'est sans doute la réalité, que j'ai pu le voir quand l'enfant écrivait, mais que à mon avis, moins on va s'en occuper, mieux ce sera – moi je veux bien expliquer à l'enfant comment moi j'imagine qu'il pourrait faire la différence entre l'un et l'autre, si lui est demandeur, mais qu'on ne fera pas d'exercices systématiques là-dessus au risque de renforcer son incertitude à chaque fois qu'un [p] ou un [b] arrive et qu'il se dise « oulala qu'est-ce que je mets ».

C'est un choix que vous avez pu faire dès votre formation ?

Oui, assez rapidement. J'avais pas eu une formation de travail systématique sur ce type de différences par exemple entre [p] et [b] même si je pouvais avoir des jeux sur cet aspect là, des jeux il y en a toujours qui sont là et voilà on peut les faire, mais j'explique souvent aux parents que leur enfant ne confond pas n'importe quoi, ce sont des sons qui sont proches, c'est assez normal que pendant l'apprentissage, ça va durer un an ou deux ans, il confond pas le [l] et le [m] ou le [b] et le [s], ils confondent des choses qui sont confondables, mais que on peut le leur dire en disant « voilà, tu as vu c'est pas un [p], c'est un [b] » mais qu'il faut éviter de faire des exercices systématiques là-dessus parce qu'écrire, ce n'est pas ça c'est pas être comme un robot et réagir à ce qu'on entend avec vibration ou pas.

Et face à un enfant pour lequel on juge (selon nos critères ou ceux des parents...) que ça n'évolue pas, est-ce que cela vous arrive, souvent ou pas, de remettre en question la relation que vous avez avec l'enfant ou votre attitude, votre ressenti vis-à-vis de cet enfant ?

Oui, ça m'arrive. Ce sont souvent des moments où on fait le point avec les parents, pour essayer de voir comment eux perçoivent les choses, les retours qu'ils peuvent avoir éventuellement de la part de l'école...et si rien ne bouge, et bien effectivement, on s'interroge en disant « qu'est-ce qui va pas ? » Essayer de voir avec l'enfant, a-t-il compris pourquoi il venait ? Vient-il avec plaisir ? Ce que j'ai pu percevoir de ses réticences, de son opposition passive à ce que je pouvais proposer, de sa fuite dans autre chose que de se coltiner éventuellement à écrire ou à lire, et là on essaye de faire le point, de voir comment les parents voient les choses, et s'ils sont d'accord entre eux. Est-ce que eux imaginent qu'il faudrait agir d'une autre façon, enfin, oui, oui, bien sûr ça m'arrive de dire « écoutez, là ça ne fonctionne pas », ou bien l'enfant n'accroche pas, et il faut qu'il soit demandeur, s'il vient parce qu'on le force, moi je dis souvent aux enfants « il faut que tu viennes, parce que tu as envie de venir, ici c'est pas obligatoire, donc si t'as pas envie de venir chez l'orthophoniste, y'a des tas d'enfants qui ne vont jamais chez l'orthophoniste » Ca m'arrive de proposer à des grands, qui sont un peu dubitatifs, après le bilan, de faire trois, quatre séances un peu à l'essai, pour qu'ils se rendent compte un peu de ce qu'on peut faire en orthophonie – je trouve que le bilan n'est pas une bonne illustration de ce que l'on peut faire avec une orthophoniste donc ça m'arrive de leur proposer. Mais pour ceux au bout de 10, 20 séances, pour lesquels on sent que ça patine, ou que ça n'accroche pas, moi je revois les parents, et l'enfant, pour essayer de comprendre ce qu'il se passe et éventuellement arrêter en disant que c'est pas le moment, la bonne indication, et qu'il faudrait peut-être faire autre chose ou ne rien faire ...

Est-ce que cela vous arrive de repérer que vos affects envers certains enfants sont négatifs ?

Oui, ça m'est arrivé. Je pense à la fois avec des enfants petits ou même plus grands, je pense à une petite fille que j'ai suivie longtemps ; elle avait un comportement très « bébé » avec une voix haut perchée et puis je la trouvais très dépendante de ses parents, c'était un peu compliqué avec elle, et puis elle a bien évolué et elle était beaucoup plus autonome, beaucoup plus décidée à faire des choses, donc voilà j'ai pris un peu sur moi. Avec des parents que je ne sentais pas très bien non plus, alors quelle est la part de l'enfant ? des parents ? Je pense à un autre grand garçon autiste, alors lui c'était plutôt sa pathologie, c'était compliqué à faire avec, même s'il était plutôt de bon niveau.

Témoignage n°3

Qu'est-ce que l'angoisse pour vous ?

Une peur, irrationnelle – une espèce de malaise, qui n'a pas la même résonance chez un petit qui vient pour la première fois chez une orthophoniste, qui sait pas trop, à qui on a dit qu'il allait chez le médecin, donc il a peur de la piqûre....le petit bout'chou de 3 ans, il est un peu « angoissé » entre guillemets, c'est pas la même angoisse que ce qu'on retrouve chez des jeunes qu'on accueille ici (en IME), des enfants psychotiques où là l'angoisse est plus profonde et plus déroutante aussi pour le professionnel.... parce que la peur de, l'angoisse de séparation, ou la peur de la nouveauté de l'enfant lambda qui vient en cabinet, avec un peu de bon sens, on a tous nos petits trucs pour les apaiser, et faire ensuite en sorte que le départ du parent se fasse dans de bonnes conditions sans qu'il soit trop difficile à l'enfant de rester seul avec une inconnue – le fait d'être une femme je pense que ça facilite les choses aussi – après quand l'enfant est vraiment très angoissé, on peut demander à la maman de rester un petit peu au départ ou de laisser les clés de la voiture quelque fois ça rassure parce qu'on est sûr qu'elle peut pas partir, ou son sac...laisser un petit objet, quelque chose qui fait qu'elle est encore là même si elle n'est plus visible.

Mais après les angoisses plus « psy », ça c'est plus difficile, comme notre cher D., là ça peut être en plus communicatif quoi, ça peut nous mettre mal à l'aise et on ne sait pas pourquoi, et comme c'est quelques fois des angoisses qui n'ont pas un fondement réel...enfin si, pour l'enfant, pour la personne, oui, mais comme la logique et... on peut pas le rassurer par A plus B, on peut pas, en étant rationnel, ça n'a pas de prises, donc ça c'est déroutant, surtout quand on a un esprit un peu cartésien, logique, on est face à quelque chose qu'est super puissant, qu'on ne peut pas calmer, donc moi là-dessus, j'ai eu besoin de demander de l'aide, et de dire comment on fait ? parce que...Les angoisses de fin du monde, qui sont très à la mode en ce moment, comment on les accueille, comment on rassure l'enfant, ...moi au début j'essayais d'être très logique, en parlant de la quasi impossibilité que ça arrive, mais bon ça les rassure pas du tout, et finalement les réponses qu'on peut apporter à un des éléments de leur angoisse, ça amène cinquante mille autres questions supplémentaires qui vont générer encore plus d'angoisse...donc c'est un peu difficile...Donc ici, les psychiatres comme les psychos sont assez d'accord tous là-dessus de dire que... de pas rentrer à fond dans le jeu de l'enfant mais en même temps de valider ce qu'il apporte. Tout en disant que nous on ne pense pas la même chose, que ça nous inquiète pas, parce qu'on pense que ça ne va pas arriver, sans essayer d'argumenter parce que ça peut durer des heures et des heures, mais voilà dire qu'il y'a des gens qui pensent ça mais d'autres qui pensent autre chose donc après moi je fais pas partie des gens qui pensent ça donc ça ne m'inquiète pas. Après quand ça fait partie d'un délire, on dit aussi qu'un délire bien construit vaut mieux qu'un délire mal construit, ou qu'une angoisse perpétuelle à tout moment donc c'est aussi ne pas enlever la béquille qui soutient un peu maladroitement le sujet...mais qui tient.

Et quand l'angoisse de l'enfant n'est pas reliée à des thèmes précis (comme la fin du monde) ?

Oui ça c'est encore plus difficile, du coup moi c'est peut-être un petit peu lâche, mais je l'inscris ailleurs, je me dis que c'est pas de mon ressort en tout cas dans un premier temps, cette angoisse-là, en plus chez N. on a vraiment l'impression qu'il est muselé, qu'il y a un poids énorme qui l'empêche de parler, et que la violence qu'il met à l'œuvre dans ses scénarios ou dans sa façon d'être, qu'il s'impose à lui-même, parce que le fait de se cadenasser ou de ne rien dire de lui-même, c'est quand même assez violent pour un garçon de cet âge, oui on a l'impression que ça vient de plus haut, que c'est quelque chose qui s'impose à lui, il y a une éducatrice qui parle de « cocotte minute », c'est vraiment ça, on a l'impression qu'on a mis le couvercle, qu'on a serré, et que lui il essaye de faire avec et là moi j'ai pas les moyens pour évacuer la pression, aller desserrer le couvercle, j'ai pas les outils, j'ai pas, je pense qu'il y a un énorme travail à faire là-dessus effectivement...

Est-ce que ça peut aller jusqu'à l'arrêt d'une prise en charge ?

Dans ce cas-là, oui parce qu'en plus quelque fois moi ma crainte, c'est de rajouter à l'angoisse, de le mettre dans une situation qui va être anxiogène, qui va appuyer là où ça fait mal, qui va rajouter à sa problématique...donc effectivement dans le cas de N., ce que soulignait la psy : c'est que il ne parlait pas, il venait chez l'ortho pour parler et en plus il en avait deux pour le prix d'une....donc la demande était encore plus importante, deux fois plus lourde....alors dans l'idéal ce serait pas une fin de pec mais un réaménagement, parce qu'on peut quand même travailler sur la communication, sur l'expression mais il faudrait trouver un moyen de le voir en groupe, de l'intégrer à un groupe d'expression, de langage...voir comment on peut avoir à peu près les mêmes demandes mais diluées dans un groupe...sans que ça fasse pression, sans qu'il ait l'impression que ce soit une demande unique et dirigée uniquement vers lui, et que c'est ça qu'il doit produire absolument, et puis c'est pas du tout ce qu'il a envie de faire ou de montrer, donc ça on peut attendre longtemps et j'ai pas envie de le dégouter non plus de ce type de pec parce que je pense que quand ça ira mieux si ça va mieux, il y aura un travail à faire spécifiquement sur l'écrit, et il faudra qu'on puisse travailler ensemble, donc pour le moment, la pec individuelle avec cette demande-là, pour l'instant, pour moi, elle n'est pas possible.

A l'inverse, est-ce que ça vous est souvent arrivé de faire perdurer une situation que vous ne jugez pourtant pas adaptée soit à vous, soit à l'enfant, soit à ce que l'orthophoniste doit amener, de la faire perdurer parce que vous sentez que l'enfant vient trouver quelque chose même si ce n'est pas votre rôle.... ?

Oui, ça, ça peut arriver, mais je dirais que dans ce genre d'équipe pluridisciplinaire, j'essaye de ne pas tomber dans ce piège-là parce que justement chacun à sa place et en plus l'enfant n'est pas idiot, il sait très bien quelle est la place de chacun, et ce qu'il peut en attendre, donc là je veux pas rentrer dans de la manipulation ou devenir objet aussi, parce qu'il aime bien faire de la pâte à modeler, il va venir avec moi, et parce que c'est un pauvre petit malheureux, je vais pas oser lui dire non et continuer à l'accueillir, je pense que je lui rends pas service...surtout qu'on ne fait pas ce que je voudrais qu'on y fasse....et qu'à mon avis, c'est pas bénéfique. Qu'on ne fasse pas ce que moi j'avais prévu de faire, s'il y a un bénéfice, pourquoi pas, je l'ai fait pour d'autres enfants, j'ai joué ce rôle là, parce qu'ils n'étaient pas prêts pour une pec en charge psychologique, parce que l'entourage non plus, et parce que vraiment je représentais le seul lieu où des choses pouvaient être dites, où l'enfant était un peu considéré comme un sujet, où je pouvais accueillir sa parole, voilà....et j'étais pas forcément super à l'aise, parce que là j'avais des délires, pas très bien construits d'ailleurs, donc je ne savais pas trop comment m'en dépatouiller, mais je savais pourquoi je le faisais et maintenant il y a une pec psychologique qui a été mise en place, et moi je me suis retirée de cette pec. Dans le cas de N., il y a ce côté un petit peu pervers, et je veux pas rentrer dans le jeu, c'est un peu... « moi j'ai envie de ma petite demi-heure de pâte à modeler »....parce que si on lui donne ses échappatoires là, on l'aide pas à travailler sur justement...il vaut peut-être mieux exprimer régulièrement que de chercher des endroits où on va tout mettre à sac et tout casser, enfin bon...et puis c'est surtout que moi je sais pas comment accueillir ça, une psychologue, ou un psychomotricien, sur ce genre de débordements peut mettre des mots plus adéquats, peut avoir une meilleure réaction, moi je vais réagir en tant qu'adulte, mais pas en tant que psy, et je pense que c'est un discours psy là dont il a besoin, et c'est psy, en tout cas trop « psy » pour être du ressort de l'orthophoniste.

Est-ce que vous avez ressenti le besoin de vous former, ou simplement de vous intéresser à quelle réaction on peut avoir dans ces cas-là ?

Oui, moi le besoin que j'ai ici encore c'est par rapport à la violence. Comment l'accueillir ? Quels mots mettre dessus ? Parce que je sais bien que certains enfants qui vont aller jusqu'à me mordre, c'est pas du tout de l'agressivité envers moi, c'est justement une angoisse qui s'exprime....Que dire à l'enfant ? Déjà, parce que ce n'est pas rien de mordre un adulte, et puis que dire aux autres, qui ont vu ça, ce geste-là ? Là, je reçois un jeune du groupe des grands dans lequel il y a beaucoup de violence, pas forcément lui, mais du coup il se plaint de l'attitude des adultes vis-à-vis d'un grand qui peut avoir des débordements violents en disant : « oui mais lui, on lui dit jamais rien ! » Et voilà, que lui répondre à lui ? Comment dire que c'est sa pathologie, que lorsqu'il est violent, c'est pas contre nous, c'est plus envers lui, enfin c'est ce qu'il ressent lui et c'est comme ça qu'il l'exprime, et que du coup il faut l'accueillir comme tel, et que c'est pas pareil qu'un autre jeune qui giflerait un adulte, que ça n'a pas le même sens, et que ajouter de la violence à cette violence-là, ça ne ferait qu'envenimer les choses, c'est difficile de reprendre ça....

Et puis ici on accueille plein d'enfants, il y a des troubles du comportement et puis il y a des enfants qui n'ont juste pas les bons repères, qui n'ont pas été éduqués avec tous les principes nécessaires, qui n'ont pas les codes sociaux, là

on est pas dans le côté psy, c'est juste le côté social. Donc là les éducateurs essaient d'inculquer des valeurs morales, sociales et à côté on a ces psychotiques qui vont chercher la limite, qui essaient d'être bordés et il faut faire avec les deux, et on est obligés de faire deux poids, deux mesures parce que si on répond à un psychotique avec des règles sociales, ça marche pas non plus, on peut pas les punir parce que ça n'a aucun sens...donc voilà, comment concilier tout ça ? Il y a des jours où je suis très contente de ne pas être éducateur parce que c'est un boulot énorme !

Mais pour avoir à gérer des groupes, je suis aussi confrontée à ce problème-là quelques fois : quels mots mettre sur des débordements ? Comment les gérer ? Comment les traduire pour le reste du groupe ? Ca c'est pas évident, j'aimerais bien avoir plus de clés. J'en ai quelques-unes, je peux aussi aller voir les psys, leur demander conseil, il y a aussi des petits trucs d'analyse transactionnelle qui sont pas mauvais je trouve, qui aident justement à remettre en cause le débordement lui-même et pas le jeune ; pouvoir dire, et ça les psys le reprennent, de pouvoir exprimer ce que l'on a ressenti sur le moment, mais bon, ça fait partie des trucs qui sont pas évidents à gérer. Le besoin que j'aurais c'est surtout par rapport à la violence et aux insultes, en plus moi j'arrête pas de leur dire que les mots c'est important, que chaque mot véhicule plein de paramètres, et que si j'utilise ce mot-là à la place d'un autre, c'est pas anodin, on joue avec les mots et tout...il y a des règles dans cette salle, il y a des mots interdits, il y a des choses que je ne veux pas entendre, mais après quand ça devient l'expression d'une angoisse, de toute façon, c'est pas à ce moment-là que l'enfant peut se censurer... si c'est plutôt social, c'est plus facile, c'est plus une histoire de politesse...et puis après, il y a aussi le problème de quel sens ont ces mots-là, il y a des enfants qui manipulent des mots dont ils n'ont aucune idée du sens et de la portée, il savent juste que ce sont des insultes et pensent que c'est bien de les utiliser face aux adultes.

Je pense aux petits enfants, aux enfants très jeunes, qui peuvent avoir besoin de rituels dans les séances, ou d'une séance sur l'autre, prendre un livre qu'ils aiment bien, qui peut apaiser pas mal de choses, est-ce que c'est quelque chose que vous mettez en place ?

Oui, alors là, c'est toujours le même problème d'équilibre, parce qu'ils ont besoin de rituels et en même temps si toute la séance est faite que de rituels, on n'avance pas, donc il faut savoir doser pour respecter ce besoin de se rassurer effectivement en allant prendre une place spécifique ou du matériel spécifique mais après c'est savoir faire dévier un petit peu le rituel pour introduire quelque chose que l'on va construire à deux...sinon il y a certains enfants entre le rituel rassurant comme des petits en maternelle qu'on rassure comme ça et puis le rituel du psychotique ou de l'autiste, il y a des choses qu'il vaut mieux pas alimenter...c'est pareil, ça c'est une question quelques fois on rentre dans le jeu sans s'en apercevoir et au bout de quelques séances, on se dit « oh là là, ça y'est il m'a enfermé là-dedans, faut que je réussisse à m'en extraire »...je pense à un petit, c'est des histoires en boucle, il peut me les raconter et les rejouer et s'emballer à chaque fois et hurler de rire, et on arrête et il recommence l'histoire, et c'est le même débordement...cette histoire, lui et moi on la connaît par cœur, et ça fait même plus rire quoi. Et du coup avec lui, il y a des choses qu'on a construites ici en séance, parce que je me suis aperçu qu'il y avait un livre qu'il connaissait et vers lequel il allait souvent et j'ai réussi à sortir de là et on travaillé avec des histoires séquentielles, et une notamment qu'on a jouée parce qu'il la trouvée drôle, mais du coup il la veut presque à chaque séance, la jouer, faire sembler de tomber...donc je me dis, ça y'est j'ai réussi à en enlever une qu'il avait en arrivant mais on a créé une autre addiction, donc là aussi il faut savoir doser, pouvoir accompagner l'enfant dans ce besoin-là parce que ça sert à rien de rentrer de but en blanc, d'imposer ce que l'on veut, mais ne pas s'enfermer aussi dans « ce piège » entre guillemets.

Et la situation de bilan, est-ce angoissant pour les enfants ?

Oui, c'est super angoissant, que ce soit en libéral ou ici. En plus ici, moi ce que je fais je commence toujours par du langage oral...parce qu'ils sont à l'ime, parce qu'ils sont en échec scolaire, parce qu'ils savent pas lire, pas écrire pour beaucoup d'entre eux, donc la situation de bilan, d'évaluation, ils ont peur de ça....déjà je le fais pas d'emblée, je rencontre les enfants une première fois, on discute un petit peu, d'où ils viennent, ce que c'est pour eux l'orthophonie, ce qu'ils savent faire...j'essaie de cerner les difficultés pour leur proposer des activités sur lesquelles je suis sûre qu'ils vont réussir, pour les mettre en confiance, puis petit à petit je vais introduire la situation de bilan, mais effectivement il y en a, dès qu'ils me voient noter des choses : « et qu'est-ce que tu mets ? est-ce que j'ai bon ? et j'ai combien ? » donc là aussi je réexplique ce que je fais....

Souvent aussi avant de faire le bilan, j'essaie de faire émerger une demande de leur part, donc à priori quand on commence le bilan, eux sont venus avec une demande et du coup je peux la reprendre en disant, « voilà tu m'as

demandé de t'aider là-dedans mais je m'aperçois qu'il y a des choses que tu sais faire donc j'aimerais bien savoir tout ce que tu sais faire parce que ça on aura pas besoin de le retravailler ou au contraire on va s'appuyer dessus pour apprendre à faire des choses qui sont plus difficiles pour l'instant mais grâce à ce que tu sais déjà, on va réussir, voilà... et donc moi j'ai besoin de savoir ce que tu sais faire, et donc il y a des choses qui vont te paraître facile, mais j'ai besoin de savoir que tu y arrives bien et comme ça on va pouvoir s'appuyer là-dessus, alors j'ai des métaphores adaptées aux âges de chacun, des constructions de maison, avec des fondations, des choses comme ça, des plantes qui poussent petit à petit, pour essayer de leur faire comprendre un petit peu ça...que c'est pas pour voir tout ce qu'ils savent pas faire mais au contraire faire émerger tout ce qui est bien solide et sur lequel on va pouvoir construire le reste...mais c'est vrai que c'est très angoissant, et puis ça dépend comment ça a été amené à l'origine, par qui, comment, pourquoi, comment on leur en a parlé....et puis maintenant ça y'est, les enfants à l'ime m'ont identifiée, mais au départ en plus j'étais nouvelle, donc voilà « c'est qui cette dame ? »...

Et puis ici, il y a beaucoup d'enfants qui ont des stratégies assez opérantes, qui peuvent faire illusion, du coup moi je suis celle qui vient dire que bon....j'essaye d'être très prudente mais bon....je pense à un enfant qui en fait savait pas lire mais qui savait lire pratiquement en globale, qui compensait énormément, mais qui n'était pas capable de lire des logatomes...Ca, ça a été très difficile, donc quelques fois ce sont des enfants qui se sont adaptés aux demandes de l'établissement, et qui donc ce sont construits une réputation, alors il y a ceux qui ont fait du colmatage narcissique et qui y croient à fond et qui savent même plus qu'ils font semblant, et puis il y a ceux qui sont très conscients de faire semblant, mais qui vivent sur cette illusion en espérant – et là je pense que l'angoisse elle est super importante – parce que chaque bilan, c'est « est-ce qu'il va être dupe ou est-ce que celle-là ou celui-là va voir qu'en fait je fais super semblant ? » et surtout quand c'est quelqu'un de nouveau, ils n'ont pas eu le temps de le mettre dans leur poche, est-ce qu'on peut s'en faire un allié autrement, ça c'est très angoissant...

A propos de « mettre dans la poche »....avez-vous évolué au fur et à mesure de vos expériences professionnelles sur la relation qui peut se nouer avec un enfant, est-ce que c'est une chose à laquelle il fallait d'emblée accorder de l'importance pour vous, prendre le temps d'instaurer une relation, ou c'est venu plus tard ?

Non, c'est quelque chose qui était là dès le départ. Sinon si c'est juste un métier mécanique, automatique, là, ça n'a aucun intérêt, on est pas dans de la réparation, c'est primordial, de toute façon moi c'est ce que je dis aussi aux enfants, c'est que je les force pas à venir, et que toute seule je n'y arrive pas, j'ai beau avoir du matériel et des outils, ça ne marchera pas sans eux donc si eux n'ont pas de demande, si eux n'ont pas envie de venir, ou ne voit pas l'intérêt, c'est pratiquement voué à l'échec....et franchement, appliquer des techniques, moi ça m'ennuie, et ça ennuiera vite l'enfant, donc ça n'a pas d'intérêt, et surtout c'est primordial de s'adapter à l'enfant. C'est bien d'avoir une trame, de savoir où on va, et de respecter les étapes, mais à part ça, à chaque enfant ça change donc c'est pas possible. Et puis sinon, les journées seraient interminables....ce n'est pas la vision que j'ai de ce métier-là, c'est pas pour ça que je l'ai choisi en tout cas...sinon on fait du conditionnement...

C'est valable aussi en libéral – j'imagine des enfants qui n'ont pas de demande – dans ces cas-là ?

C'est vrai que les petits qui viennent pour un retard de parole, langage, c'est vrai que c'est moins facile d'avoir une demande mais dans ces cas-là on relaie celle des parents. En discutant avec l'enfant, généralement ils sont d'accord....ils sont gênés, on se moque d'eux, on les comprend pas, du coup ils s'isolent....et si par exemple le trouble de langage amène un mutisme, je me pose pas de question, oui, je vais le prendre en charge parce qu'il est en souffrance...quand c'est un petit trouble d'articulation, que c'est pas énorme, que ça gêne pas l'enfant et qu'on se moque pas de lui, là je vais plutôt faire de la guidance parentale, et puis le suivre de loin en loin, parce que là clairement s'il n'y a pas de demande de la part de l'enfant, si ça ne le gêne pas, il l'entend même pas quoi....et puis quelque fois ça peut être violent la prise de conscience...pour rééduquer un trouble d'articulation, ou n'importe quel pb, il faut que l'enfant en prenne conscience, là ça peut être violent la prise de conscience du trouble...parce que l'enfant vient.... « moi je viens pour jouer, tout va bien j'ai pas de problème, maintenant t'es sympa tu as des jeux intéressants donc ça me va donc je viens ».....mais c'est vrai que c'est plus difficile avec les plus jeunes enfants de travailler sur la demande, de recadrer un peu le pourquoi on travaille, mais généralement c'est pas eux qui posent problème parce qu'ils aiment bien venir et puis ça évolue bien donc...

Et justement dans ces situations-là pour les très jeunes enfants, j'imagine que certains parents doivent être très angoissés ?

Ca dépend. Quelques fois effectivement quand ils sont envoyés, c'est là que le gros du travail est à faire avec les parents, parce qu'il y a quelque fois des parents qui sont pas conscients du trouble de l'enfant, ils sont envoyés par la maîtresse, et qui viennent parce qu'ils sont consciencieux, et puis la maîtresse a dit donc on vient mais nous on voit pas....mais là quelques fois il suffit, on fait le bilan, on revoit les parents, on rediscute avec eux, on pointe un peu toujours du positif puis ce qui pose problème à l'enfant, et souvent les parents nous disent « ah oui oui c'est vrai, ça il n'y arrive pas »....après on relativise....il y a des parents qui disent aussi « et bien moi j'étais comme ça à son âge, et je suis jamais allé chez une orthophoniste et ça me pose pas de problème » donc là aussi c'est un dosage, et ça m'est arrivé de dire « ben écoutez, c'est le début, ça fait pas très longtemps qu'il est à l'école, attendez 6 mois, revenez me voir dans 6 mois, et on verra » quelque fois quand c'est le premier enfant, qu'il n'y a pas de jeunes enfants alentour, c'est la première année de maternelle, les parents ne sont pas inquiets, voilà, ça décoince aussi beaucoup de choses quand l'enfant est avec d'autres enfants et que là bon tous ceux qui le comprennent ne sont pas à portée de main donc il doit développer des stratégies pour se faire comprendre des autres et là lui-même va se rendre compte que c'est pas opérant, à la maison, maman comprend mais ici ça marche pas donc il va falloir que je fasse des efforts....et souvent la première année de maternelle, ça permet ça aussi sans qu'il y ait besoin de rééducation et puis de toute façon c'est jeune, 2 ans ½, 3 ans, à moins qu'on décèle quelque chose d'énorme, on a le temps...et là dans ces cas-là je préfère temporiser, rassurer les parents, mais là aussi il faut être très prudents, parce que quelque fois les parents disent « ah ben l'ortho a dit qu'il y avait rien donc c'est bon » et puis ils reviennent jamais...donc c'est là qu'il faut faire attention, et dire « j'ai repéré des choses mais on va se laisser le temps de voir comment ça évolue, on refait le point dans 6 mois, de votre côté vous pouvez faire ceci, cela, et s'assurer....on prend presque rendez-vous quoi...on dit généralement « vous m'appellez avant tels vacances pour qu'on puisse se revoir ».

Faites-vous du lien entre l'angoisse de l'enfant et l'angoisse des parents ?

Oui, l'angoisse des parents est à considérer, parce que c'est angoissant d'avoir un enfant qui ne rentre pas dans les clous. L'enfant a quelque chose, il faut faire des bilans, il faut aller voir un spécialiste, il donne pas les réponses qu'on attend de lui à l'école souvent en plus, donc là on voit tout de suite le spectre s'installer.. Suivant l'histoire des parents en plus, ça peut renvoyer à une grand-mère aphasique ou démente, un vécu douloureux, ou les parents peuvent avoir regardé la télé, ils ont entendu parler de la dysphasie, ou encore la maîtresse parle d'un enfant de maternelle en disant qu'il est "dyslexique", les parents viennent en bilan très angoissés alors que l'enfant n'a que 3 ans 1/2...C'est angoissant et ça peut très facilement être communiqué à l'enfant.

Généralement, moi, après l'annonce, je reçois les parents, je fais le bilan avec l'enfant, et puis je reçois à nouveau les parents pour qu'on en discute. Ce qui est très difficile, c'est quand les parents arrivent en disant "on vient vous voir parce que la maîtresse nous l'a demandé mais on sait bien que tout va bien" alors que nous on a trouvé soi-même des choses. Comment amener les parents à cette prise de conscience sans les mettre à mal ? Mais la plupart du temps quand c'est bien amené, qu'on donne des exemples, souvent les parents disent d'eux-mêmes "ah oui, c'est vrai qu'il dit ça, qu'il fait ça alors que son frère ne le fait pas." Après on est pas à l'abri des parents qui sont un peu braqués suivant l'avis des médecins aussi. Certains médecins ont un discours : "le mien, il n'a pas parlé avant 6 ans, maintenant il fait des études brillantes, laissez lui le temps"...ce qui peut effectivement être le cas mais l'enfant peut aussi être sourd ou autiste donc il faut quand même faire un bilan, en cas de doute.

Les enfants peuvent être angoissés de ne pas répondre aux attentes de leurs parents, il peut y avoir de la culpabilité : "je ne suis pas l'enfant idéal qu'ils attendaient", et en plus c'est quelqu'un d'extérieur qui va le dire parce qu'ils sont pas capables de s'en rendre compte seuls. Ca peut être quand même très angoissant tout ça.

Comment l'orthophoniste se place par rapport à cette angoisse-là ?

Ma réponse est un peu faussée parce que j'ai arrêté le libéral quand j'ai été moi-même maman et maintenant les enfants que je vois à l'IME, leur handicap est déjà avéré, pour la plupart des parents il n'y a pas de déni, c'est clair, ils ont leur enfant en IME donc c'est pas moi la première personne qui vient dire : "oui, effectivement il y a quelque chose à travailler". Généralement, non, l'angoisse des parents n'est pas communicative. Ce n'est pas que je la niais, mais notre attitude c'est plutôt faire preuve d'empathie, essayer de les comprendre. Moi je le ressentais pas comme ça. Ce qui peut être angoissant c'est plutôt le déni, quand les parents viennent parce qu'on leur a demandé et que eux sont persuadés que tout va bien, qu'ils prennent ça comme "voilà, on va aller chez le dentiste après", un bilan orthophonique comme un bilan obligatoire mais qui ne serait pas justifié, comme du dépistage par exemple. On va tous chez l'ophtalmo, même si on a pas d'inquiétude sur notre vision, mais c'est comme ça les enfants y vont une fois même si on suspecte rien. Ceux qui viennent dans cet état d'esprit chez l'orthophoniste, quand les parents ne sont pas partie prenante de la démarche, c'est plus difficile. Et du coup, ça peut être un peu angoissant pour l'orthophoniste

qui aura une pression supplémentaire en se disant « là il faut pas que je me loupe, il faut pas que je les laisse repartir si vraiment il y a quelque chose, il ne faut pas que je sois sensible à l'enrobage des parents et que je me dise, oui il y a bien des petites choses mais finalement c'est vrai que ces parents ont raison, ce n'est pas grand-chose ». Et en fait, on passe à côté de quelque chose d'important. Il ne faut pas non plus se dire que si les parents sont là c'est que l'enfant a forcément quelque chose et qu'on va lui trouver quelque chose à ce petit, je vais faire 30 séances, quoi qu'il arrive. Donc l'angoisse peut être à ce niveau-là : « on est pas d'accord, qui a raison ? » Et il faudra bien qu'il y en est un qui ait raison. Quelqu'un aura peut-être à changer d'avis ou au contraire à affirmer sa position. C'est là qu'il faut faire attention à ne pas avoir trop d'idées préconçues d'un côté ou de l'autre.

Qu'est-ce qui peut être angoissant pour l'orthophoniste dans le travail avec les enfants ici à l'IME ?

Souvent ce que j'emmène chez moi en rentrant du travail, ce sont des histoires affreuses, des enfants qui ont des vies pas possibles, avec de la violence, des abus, des mauvais traitements et des enfants qui tirent la sonnette d'alarme et qu'on entend pas. Des choses terribles. Je sais pas si je le rangerais du côté de l'angoisse mais effectivement c'est quelque chose qui peut être très présent. Il y a eu des choses qui m'ont éprouvée, qui m'ont atteinte physiquement. J'ai vraiment eu une réaction physique, en apprenant certaines choses à propos d'un enfant qui vont au-delà de l'imaginable, indicibles tellement c'est énorme. On se demande dans quel état d'angoisse et de désarroi un enfant peut être pour en arriver à faire de telles choses. L'angoisse de notre côté à ce moment-là c'est de se dire : « je ne peux rien pour l'aider ».

Comment on trouve notre place parmi les difficultés que rencontrent certains enfants ?

Ca dépend. C'est là que c'est difficile et qu'il faut savoir passer le relais si c'est nécessaire, mais en même temps il faut trouver le bon équilibre parce que sinon on les envoie tous chez le psy et c'est plus de l'orthophonie. En même temps, c'est là que ça leur fait mal et si on réussit à les faire avancer, ça peut enrayer le processus et le côté psy...Généralement, on peut travailler en fonction de la demande de l'enfant. Si vraiment ce sont des difficultés psy mais que l'enfant veut travailler avec nous, on doit avancer, on doit servir à quelque chose de positif, quand même. Même si parfois effectivement ça peut être très angoissant de se dire : « ça fait 6 mois qu'on bosse ensemble, je ne vois pas ce que je lui apporte. » A priori quelque chose, mais en tout cas, sur le papier c'est pas là où je voulais qu'elle progresse qu'elle progresse. Il y a quelque chose qui se passe et ça lui fait du bien, alors est-ce que je suis dans mon rôle ou pas ? Est-ce que ce travail-là préalable est nécessaire pour qu'après on puisse s'inscrire dans du « vrai » travail orthophonique ?

C'est là que travailler en IME devient intéressant, parce qu'on a du temps. Je peux me permettre de suspendre des séances, de demander le relais à des collègues, par la psychologue ou le psychomotricien, et puis reprendre. Je sais que l'enfant ne disparaîtra pas dans la nature et qu'on peut en reparler, et qu'on peut avoir un œil sur eux, et que si ça n'est pas possible en individuel, je peux les voir en groupe. Il y a cette liberté-là en institution, en tout cas dans cette équipe-là, et ça c'est confortable. C'est aussi du coup des décisions qu'on ne prend pas toute seule, ça désangoisse aussi. On se dit « là, faut qu'on en rediscute, c'est pas que j'en ai rien à faire de cet enfant, et que je veux m'en débarrasser, mais j'ai l'impression que je ne lui fais pas du bien. » Non seulement, on avance pas, mais en plus j'ai l'impression que je lui fais du mal, que j'entretiens quelque chose de négatif. Donc là c'est bien d'avoir les réunions cliniques, de pouvoir échanger, c'est mieux d'être compris de ses collègues par contre !

Comment réagir quand certains enfants nous mettent très mal à l'aise ?

Le fait de pouvoir en parler, notamment avec la psychologue, c'est important. Deux cas de figure peuvent se présenter. D'un côté, si on explique à la psycho tout ce que l'enfant fait ou ne fait pas qui nous pose question, elle peut répondre : « mais justement, il est au travail, il est en train de, et c'est important, et ça se passe, et il te dit des choses quand il dit ça ». Le fait d'en parler permet d'envisager différemment la prise en charge. J'ai pu me dire : « faut que j'arrête d'avoir des objectifs, et que j'écoute plus cet enfant, que je mette un peu d'eau dans mon vin ». Parfois on veut tellement bien faire qu'on ne se saisit pas de ce que l'enfant apporte. Ou quand on se braque et qu'on peut l'évoquer avec la psycho, on peut décortiquer le truc et comprendre que ce n'est pas contre l'enfant, et ça permet de continuer la prise en charge et de la vivre mieux. D'autres fois, on a la confirmation que c'est pas sur le terrain de l'orthophonie que ça se passe pour cet enfant, que c'est pas là que ça doit être travaillé. Et là ce que je déplore c'est que l'échange se fasse avec les thérapeutes, est entendu par les thérapeutes, mais par certaines personnes de l'équipe ça n'est pas compris. Ca, c'est dommage de pas être entendue dans ces réflexions-là, par

l'équipe. On a quelques fois l'impression que le statut de thérapeute est vu comme quelque chose qui nous permet de prendre ou de ne pas prendre certains enfants en charge, et puis d'essayer, et de dire : « ben non, finalement, je vais pas continuer ». Alors qu'effectivement, les éducateurs eux sont avec leur groupe et doivent les « subir » jusqu'à la fin de l'année même si ça se passe mal. C'est arrivé qu'on mette fin à un groupe thérapeutique. On a mené à bien un des premiers projets et comme ça on a pu s'arrêter sur quelque chose qui avait été mené à bien mais à un prix démentiel avec des enfants qui se faisaient du mal et ça, en dehors des phénomènes de groupe. C'était pas sain, pas bien, de continuer. Mais je pense que ça n'a pas été entendu. Parce que ces enfants qui étaient prévus en orthophonie, sur ce temps-là, on dû être dispatchés ailleurs. C'était plus vécu sur le plan organisationnel, ça mettait le « souk » mais le fait de comprendre ce qui s'était joué là n'a pas été pris en compte.

Comment se fait ce dialogue avec les psychologues en libéral ?

En libéral, les pathologies ne sont pas les mêmes. On a entre guillemets une « commande » : il parle mal, il a un trouble d'articulation, donc quand il zozotte plus, il s'en va. Quand il confond plus telle lettre et telle lettre, c'est bon. Quand le niveau de langage est devenu satisfaisant, on arrête. Souvent en libéral, on part sur un objectif avec les parents. Quand ce sont des enfants qui n'ont pas démarré la lecture, l'écrit, je dis aux parents : « ok on va le travailler et quand il saura reconnaître les sons et les différencier et avoir une transcription qui sera correcte sur le plan phonétique, ce sera bon. » Il aura le code, et on s'arrêtera là. Je ne vais pas garder l'enfant pour lui inculquer la grammaire, l'orthographe, ça il l'apprendra en classe. Si jamais il a d'autres difficultés, il reviendra peut-être pour consulter mais à cet âge-là on est en droit d'attendre ça de lui, on va essayer de rattraper le truc, quand ça sera rattrapé, on arrêtera. On en fait pas des champions de classe, on ne vise pas le 20/20, c'est peut-être un enfant qui a eu des otites, et qui traîne des confusions de phonèmes. On va travailler ça. S'il fait des fautes d'orthographe, si c'est pas des confusions visuelles ou auditives, au CE1, c'est pas dramatique. Il est au début de l'écriture, c'est pas à moi d'y toucher.

Il y a des parents qui ont peur d'arrêter : « comment il va faire sans vous ? » Les fins de prise en charge sont des temps importants. C'est le temps de se dire « voilà, on a fait ce qu'on avait à faire » tout en se disant : « est-ce que j'aurais pas pu l'aider un petit peu plus ? Le tenir encore un petit peu plus longtemps ? » En même temps, quand on s'est mis d'accord sur quelque chose, il faut être cohérents aussi, si l'enfant dit « voilà, ça je sais le faire, donc si tu me laisses pas tout seul, c'est que tu n'as pas confiance ». Et là on peut entraîner un cercle vicieux de perte de confiance en soi, et c'est vrai l'enfant se dit : « est-ce que je vais vraiment réussir tout seul ? est-ce que je vais vraiment m'en débarrasser de celle-là ? est-ce que c'est vraiment fini, fini ? » Je crois qu'il y a trop aussi ce souci de la perfection, les enfants qui ne viennent jamais en orthophonie, ils ne sont pas premiers de la classe tous ! Il faut aussi avoir ça à l'esprit, la population est hétérogène. Il y a des enfants effectivement le français, la lecture, c'est pas leur truc. Ils seront beaucoup plus performants ailleurs. Et puis nous on ne voit que cet aspect-là mais si ça se trouve c'est un enfant tout à fait équilibré par ailleurs. Ils n'ont pas notre goût pour l'écrit mais c'est tout à fait acceptable pour la classe dans laquelle ils sont, et ils ont toutes les armes qu'il faut pour réussir même si ça leur plaît pas.

Comment gérer la pression normative ?

Moi je sais que comme j'avais jamais travaillé en France métropolitaine, en revenant, j'ai fait des stages de formation à certains bilans pour avoir quelque chose d'étalonné. Pour avoir un garde-fou, parce que parfois il y a des choses subjectives, il y a un enfant qui se débrouille très bien, parle avec aisance, mais on sent qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Et effectivement, quand on lui fait un test de langage, finalement il se débrouille pas si bien que ça. Sauf que dans la conversation et dans l'échange, il s'est débrouillé pour ne parler que de choses qu'il maîtrisait, avec un vocabulaire adapté. Par exemple, il jardine avec son père, donc il est capable de citer tous les outils de parfait petit jardinier, mais dans d'autres domaines, il n'a pas investi le vocabulaire. Avoir un test, ça aide pour ce type de choses. J'avais acheté aussi un test pour le dépistage de la dyslexie à un moment donné, parce qu'on avait beaucoup de demandes de bilans pour des tiers temps. Moi je trouve ça très désagréable de recevoir un enfant qui ne vient pas pour une éventuelle rééducation, mais juste pour l'étiquette et avoir un tiers temps. On sait pas d'où il arrive, on ne le voit que peu de temps et il faudrait signer, c'est très désagréable. Parce que la dyslexie, c'est quand même un terrain glissant. Il y a aussi des maîtresses, des parents, qui s'affolent pour quelques confusions, quelques inversions. Ou quelques fois on veut maquiller par de la dyslexie un enfant qui est juste très mauvais à l'école mais qui n'est absolument pas dyslexique. C'est pas facile de faire comprendre aux parents que non, il n'est pas dyslexique mais il a un gros retard de langage. Il a pas décidé de s'y mettre. La demande quand elle est scolaire, c'est important de bien délimiter notre place et de dire qu'on ne fait pas du soutien scolaire. A part si c'est vraiment un

problème de langage, mais les enfants qui ont des problèmes de grammaire, c'est pas à nous de le faire, sauf si c'est dans le cas d'une pathologie de langage.

Est-ce que les réunions cliniques à l'IME remplacent la supervision ?

C'est pas la même chose. C'est bien, c'est déjà un luxe mais les réunions cliniques, on en a tous les 15 jours, c'est pas fait pour qu'on amène ce qu'on amène en analyse de pratiques. En libéral je faisais partie d'un groupe, on s'était cotisés pour recevoir les services d'une psychiatre. Pour pouvoir présenter des cas sur lesquels on se disait : « là je ne sais pas où je vais ». Moi j'ai tendance à me remettre pas mal en cause et en libéral, j'essayais de faire des formations régulièrement. Souvent les formations, il y a un peu les deux facettes qui nous reviennent à la figure : on se dit « oh lala, je fais n'importe quoi depuis des années et d'autres fois, on se dit, ah mais en fait ça je le fais depuis des années ». Donc il y a aussi ce côté rassurant parce qu'il ya des choses qu'on a mises en place sans forcément s'en rendre compte. C'est également agréable lorsqu'on est remplacé, j'ai été plusieurs fois remplacée, donc j'ai fais des passations, et c'est vrai que de confier ses patients à quelqu'un et d'expliquer ce que l'on fait et pourquoi on le fait, et dans quel objectif, et ensuite d'avoir le retour des remplaçantes, c'est très riche. Voir son métier analysé par quelqu'un qui a le même métier que nous et qui débarque de nulle part. Tout comme ça peut remettre en cause quand on arrive pas à faire passer les choses à sa remplaçante et que on se dit là j'ai loupé quelque chose dans ma présentation, ma prise en charge, si c'est pas évident pour elle c'est que ça l'est peut être pas non plus pour le patient, ou pour nous-mêmes, on se pose des questions, qu'est-ce que j'ai loupé, qu'est-ce que j'ai pas fait... Les pathologies sont telles en orthophonie qu'on s'embarque dans une manière de faire et puis on se fait la réflexion au bout d'un moment que ça fait des mois qu'on s'est pas occupé de ça ou ça. Quelque fois face à un enfant complètement démunie, on se demande par quoi on va commencer, ça peut être très angoissant. Qu'est-ce qui est le plus important ? Qui va le plus l'aider dans son quotidien ?

Vous arrive-t-il de vous sentir dépassée dans certaines situations ? De ne pas trouver la distance entre vie privée et vie professionnelle ?

Quand il y a des enfants qui vivent des situations très difficiles, dramatiques, et que ce sont des enfants qui ont l'âge des miens, oui ça m'évoque ça. Quand il y a des cas d'inceste entre frères et sœurs, oui il y a ce genre de projections de se dire : « et si c'était mon fils ? ma fille ? » Mais ça ne vient pas parasiter mon travail, ça donne un relief. C'est vrai que la fait d'avoir aussi des enfants, on comprend mieux certaines choses. Le handicap, quand on a eu des enfants qui ont la chance de n'avoir pas de soucis, on imagine encore plus et mieux comment c'est insurmontable, comment c'est un truc énorme qui arrive aux parents. C'est important aussi d'avoir un réseau, d'autres professionnels sur lesquels s'appuyer. En libéral, pouvoir appeler le médecin traitant ou le psychologue, ne pas prendre de décision seule, quand l'enfant amène du lourd en séance : quel crédit y accorder ? il me dit ça à moi alors que j'ai carrément 0 moyen, c'était pas l'endroit où le dire mais c'est là qu'il est venu le dire. Qu'est-ce que j'en fais ? Et parfois même après avoir passé le relais, on est pas tranquilles, des cas de signalement, difficiles. Ça fait partie de notre métier, on a une responsabilité à prendre.

Témoignage n°4

Pouvez-vous évoquer des situations en lien avec la notion d'angoisse chez l'enfant ?

Une élève de 6^{ème}, parcours primaire sans soucis, adressée par la prof de français, pour des gros soucis de lecture. J'ai fait le bilan l'autre jour. Je suis déjà le frère qui a une dyslexie-dysorthographe donc elle me connaît, elle est déjà venue ici plusieurs fois au cabinet. Pendant le bilan, elle ne me parle pas. J'ai eu un petit « oui, oui » très discret. J'ai fait le bilan de langage écrit complet, j'ai fait la BALE pour les mots, aucun souci, aucune dysorthographe. Aucun souci dans la dictée de mots, aucun souci de phonologie. Une dictée de Chronodictées tout à fait dans la moyenne même les phrases complexes, les accords du participe passé bien mis, aucun souci d'orthographe. J'ai fait un bilan de lecture, donc la lecture de mots aucun souci, à l'Alouette, elle a un âge de lexique de 11 an 6 mois donc aucun souci puisqu'elle a 11 ans et 4 mois donc elle est même à un niveau légèrement supérieur...

Je commençais à me demander où était la plainte. Alors elle parlait quand elle faisait les épreuves, elle lisait sans problème, mais entre les épreuves, rien du tout. Alors le papa est militaire, il est actuellement pour 4 mois en Guyane donc j'ai voulu lui parler de son papa, quand est-ce qu'il revient ? etcet puis je sais que son frère m'en parle beaucoup, les crocodiles, les serpents...et elle je lui demandais « Papa, il est en Guyane ? dans la forêt ?... » Et elle ne répondait rien. Juste : « il revient en Mai. » Alors bon...échec scolaire quand même...avec une prof de français disant que la lecture pose problème. Alors je me dis, je vais faire un test de compréhension du langage écrit. Donc là je lui ai fait le test de Khomsi « Compréhension de lecture » et là, complètement chuté....et j'ai fait un test de vocabulaire aussi, de Khomsi, et là, un bon niveau de vocabulaire....alors je me suis posé la question, parce que comme elle avait l'air très fermée, très coincée, avec des problèmes relationnels quand même à l'école : mal au ventre, elle ne va pas du tout aux toilettes de la journée, plutôt sur un versant inhibée.

On sent cette angoisse de ne pas réussir peut-être, je ne sais pas. Je me suis dit : l'échec scolaire vient peut-être du fait qu'elle lit bien mais qu'elle ne comprend rien à ce qu'elle lit. Une enfant qui ne lit pas beaucoup à la maison non plus. Donc qui ne met peut-être pas trop de sens sur ce qu'elle lit. Mais je la sentais tellement angoissée justement que j'ai expliqué à la maman que je ne proposais pas de pec orthophonique mais que je demandais une consultation psycho/psychiatrique quand même avant.

Comment cela a été reçu par la maman ?

Très bien, c'est une maman que je connais bien parce que je suis le petit frère. Et en plus c'est une enfant qui a connu un parcours primaire sans soucis, c'est quand même rare. Et puis cette non-compréhension de la phrase en lisant, alors que ce qu'elle produit en écrivant, même la phrase complexe était bien comprise puisque les accords du participe passé étaient bien faits...ça m'interrogeait. En général quand les enfants ont des soucis de compréhension de lecture, pour l'écriture de la phrase complexe, ils ne repèrent pas le pronom, qui fait quoi...c'est étonnant avec ce qu'elle pouvait produire à l'écrit, avec en plus un bon niveau de vocabulaire, une morphosyntaxe sans erreur, une bonne vitesse de lecture, et pourtant elle ne met pas de sens sur ce qu'elle lit. Alors je me dis, est-ce qu'il y a une telle angoisse que, elle est tellement préoccupée par cette lecture... qu'elle lit, mais que son cerveau n'est pas ouvert pour mettre du sens. Je me suis posée cette question donc j'ai demandé un complément à la maman, un bilan psychiatrique. J'ai demandé à la maman de me tenir au courant et de donner mon compte-rendu orthophonique au médecin psychiatre et de lui demander si ce n'était pas ça qui peut bloquer les apprentissages.

Comment avez-vous écrit cela dans votre compte-rendu ?

Je vais expliquer son comportement pendant le bilan, et que je me demande si l'angoisse n'est pas prégnante, ce qui fait qu'elle n'est pas disponible pour mettre du sens sur ce qu'elle lit. Je dirai que je ne propose pas de rééducation orthophonique avant d'avoir eu un bilan complémentaire au niveau psychologique.

D'où vient cette attention que vous avez aux manifestations d'angoisse ?

Par expérience. Il y a le « stress » entre guillemets chez certains enfants en bilan, l'enfant arrive, c'est normal, il ne nous connaît pas, ils sont petits, ils se demandent ce qu'on va leur faire. Hier, j'ai vu un autre petit en bilan, au début il est avec son papa qui le prend près de lui, alors on a commencé tranquille, je lui ai demandé s'il avait un chat, un chien, et puis je lui ai proposé une épreuve facile, je savais qu'il allait réussir, et donc il a réussi, il était content, et au fur et à mesure que je lui proposais, il a vu que finalement, ça allait, au bout de 10 minutes, ça y'est il parlait, il a compris que personne n'allait le manger... ça c'est normal, à 4 ans, ils viennent, ils savent pas trop, est-ce que je vais faire une piqûre ?, donc ça ce n'est pas de l'angoisse, nous ici quand on va chez le médecin, ça peut nous arriver. Après, il y en a d'autres avec lesquels c'est plus compliqué. J'en ai un autre, lui j'ai demandé aussi une consultation psychiatrique. Un petit, en Grande Section, et là en bilan j'avais noté des difficultés d'attention, de concentration, et puis au fur et à mesure de la prise en charge, j'ai noté des angoisses, des questions qui reviennent toujours « est-ce que c'est bien ? est-ce que c'est mal ? est-ce que c'est un gentil ? un méchant ? » Il a beaucoup de questions dans la tête et du coup il n'arrive pas non plus à se fixer, je trouve que la rééducation n'évolue pas tellement...

Comment vous réagissez face à toutes ces questions ?

Ca dépend des questions, si on est en train de travailler, j'essaye parfois de le recadrer sur ce que l'on est en train

de faire, de lui dire que c'est intéressant mais que ce n'est pas ce que l'on fait pour l'instant. Parfois j'y réponds, ça dépend des séances. J'essaie aussi de discuter avec les parents pour voir comment ça se passe à la maison. Avec lui je travaille avec les mandalas pour l'apaiser en début de séance. A l'école, tout ce qui est acquisition se passe bien, par contre au niveau des relations avec les copains, ça se passe pas bien du tout.

Pouvez-vous m'en dire un peu plus sur l'outil du mandala ?

Ce gamin, c'est un gamin qui aime beaucoup dessiner et qui dessine bien, donc je ne voyais pas l'intérêt de dessiner pour dessiner, il ne vient pas ici pour faire du dessin. Donc on met le time-timer, et je lui dis « quand il n'y a plus de rouge, dans 5 minutes, on fait autre chose ». On s'installe en face à face, chacun fait son mandala, j'en fais un aussi pour lui montrer que moi aussi je peux rester concentrée. On fait tous les deux. Au début, il faisait seul, ça partait dans tous les sens, et du coup moi j'en ai pris un, beaucoup plus compliqué que le sien, et je voyais qu'il regardait le mien en même temps, et disait que le mien était joli. A la fin, il m'a dit « le tien est beau », donc j'ai pu lui dire « oui tu vois moi je fais pas n'importe quoi, n'importe comment ». En regardant le mien, il a pu s'organiser autrement pour faire le sien tranquillement. Depuis on prend 5 minutes pour faire notre mandala en début de séance et ça fait du bien.

Vous utilisez les mandalas avec beaucoup d'enfants ?

Ca dépend, ça dépend de tout. Je le fais soit avec des enfants qui ont du mal, qui sont un peu angoissés, pour les faire revenir sur eux-mêmes, je le fais aussi avec des patients Alzheimer, ça permet de se recentrer, de prendre un moment, et puis certains petits. Là maintenant j'en ai deux autres à qui je l'aurais bien proposé mais ils ont en plus des problèmes de praxies, de psychomotricité, ça risque d'être « contre-productif » ça peut les stresser. J'utilise les mandalas depuis que j'ai fait des formations en Gestion Mentale, ça fait 4 ou 5 ans.

Est-ce que vous repérez de l'anxiété chez beaucoup d'enfants ?

Ca fait 20 ans que je travaille, et je trouve que les petits ont quand même de plus en plus d'anxiétés ou des soucis de [elle souffle] pour se cadrer, se poser. J'en ai un autre, en CP, il n'y a aucun apprentissage, il est très angoissé lui justement aussi, je l'ai vu en bilan, fin de GS, il ne reconnaissait même pas son prénom, moi j'aurais demandé quand même des tests psychométriques, mais bon, le papa m'a répondu comme ça « il n'est pas taré », devant son fils...ou non, il a dit « j'ai demandé à la psychologue, elle m'a dit qu'il n'était pas taré »...donc le gamin a pris ça dans les dents, en se disant que son père pensait qu'il était taré donc déjà...Je pense qu'il y a d'autres soucis dans la famille, donc les parents sont en pleine séparation, ça part en vrille, la séance se passe toujours mal avec ce gamin parce qu'il a une anxiété énorme, je pense qu'il a dû être oublié quelque part, il a toujours l'anxiété : « est-ce que quelqu'un va venir me chercher ? » donc pour travailler...c'est très difficile...pendant toute la séance il guette à la fenêtre toutes les voitures pour savoir si c'est sa mère qui vient le chercher...Donc s'il a cette anxiété aussi à l'école toute la journée, vous imaginez les apprentissages... donc pour lui aussi j'ai demandé un suivi et on a commencé à travailler depuis début CP, et la lecture n'est pas du tout, du tout en place. C'est trop tôt pour parler de dyslexie, on en sait rien.

Moi je pense qu'il y a tellement d'anxiété et tellement de problèmes existentiels qu'il n'a pas de place pour faire des apprentissages. Il y a quand même des gros soucis de phonologie, il est en début de CP, il ne connaît pas les syllabes dans le mot. Là maintenant j'ai travaillé avec lui la méthode syllabique, il est capable de lire la syllabe mais il ne peut pas associer deux syllabes. Le père dit : « il va quand même aller en CE1 ? » ...Je lui ai dit « je ne pense pas, je ne suis pas le maître, je ne suis pas l'école, mais... » La maman est venue avant les vacances, ils avaient des évaluations, il y avait un mot du maître disant qu'il souhaitait rencontrer les parents... la maman m'a demandé : « qu'est-ce que vous pensez qu'il va nous dire ? » « je pense qu'il va vous proposer un maintien » Le problème pour ce gamin c'est que s'il y a un maintien et que le souci n'est pas réglé, ça peut arriver qu'au deuxième CP il ne sache pas lire. Il est toujours angoissé de plein de choses, il a très peur, je sens cette anxiété existentielle. La maman en plus est partie en vacances avec son nouveau compagnon au Sénégal pendant 15 jours, lui croyait qu'elle partait 8 mois ou 6 mois, il se demandait si maman allait revenir...je ne sais pas ce qu'il y a eu à ce niveau-là mais ce gamin est très angoissé. Lui je ne lui ai pas proposé de mandalas parce qu'en plus il est dans le refus de la lecture donc je veux quand même lui proposer un minimum de lecture parce que sinon avec lui on ferait autre chose et c'est vrai que je pense qu'il est intelligent on pourrait faire plein d'autres choses qui l'intéressent mais comme il refuse d'entrer dans

les apprentissages je fais un minimum quand même de langage écrit. On fait plus des exercices de concentration, d'attention sur l'ordi après avoir fait de l'écrit quand même systématiquement.

Vous faites souvent le lien entre l'angoisse de l'enfant et des problèmes familiaux ?

Certains enfants viennent de famille où il y a beaucoup de conflits et peuvent être angoissés, mais pour certains ça peut-être aussi un problème éducatif. J'ai un petit patient qui regarde n'importe quoi à la télé, des choses qui ne sont absolument pas adaptées à son âge, quand il m'a raconté ce qu'il voyait à la télé, je me suis dit « mais c'est interdit au moins de 16 ans ! » Dans certaines familles entre guillemets "frustrées", en plus on ne met pas de mots sur tout ça, le gamin prend ces images, et il va au lit après donc là il n'y a pas de conflit familial mais plutôt un problème éducatif. Dans ces cas-là, c'est difficile, en tant qu'orthophoniste ce n'est pas non plus notre place de juger les habitudes dans les familles. J'ai reçu la maman qui m'a dit : "oui mais on lui parle", oui, je vois bien qu'on lui parle s'il faut parler, mais on lui parle pendant qu'on regarde la télé pour lui dire "tais-toi !" Le problème c'est que ce sont des parents qui ont des horaires de travail assez compliqués soit très tôt, soit très tard, donc par exemple le papa, je pense qu'il n'est pas prêt à supprimer son programme télé du soir. Il mange en regardant ça à la télé avec ses deux garçons. C'est un papa qui se couche tôt parce qu'il travaille tôt donc qui ne peut pas attendre que ses garçons soient couchés pour regarder ce qu'il a envie de regarder. Donc c'est difficile de s'immiscer dans la vie des gens ! Moi j'ai le droit de vivre ma vie d'une façon, ils ont le droit de vivre la leur d'une autre façon, ce n'est pas à moi de juger. Le souci c'est que l'emploi du temps est tel que les petits se retrouvent là-dedans.

Est-ce qu'à l'inverse du versant « inhibition » vous repérez le versant « violent » chez les enfants angoissés ?

Oui, tout à fait. J'ai un petit patient qui a commencé à voler. Il m'a volé ici au cabinet. Et avant il avait volé à l'école, mais ce n'est pas voler dans le sens de "chipier" quelque chose, ça tous les gamins ont un jour envie de le faire. A l'école, lui il a carrément fait les poches dans le vestiaire. Ici, il m'a volé des choses dans le placard quand même. Donc j'en ai parlé aux parents. Et le papa m'a dit "oh ça, mais c'est du chapardage !" donc je lui ai dit "non, non, quand on arrive en CP à faire les poches de ses camarades dans le vestiaire, c'est plus du chapardage !". La maman a bien compris donc j'ai dit à la maman : "il est urgent d'aller voir un pédopsychiatre, c'est peut-être un appel au secours, parce qu'il ne sait plus comment dire que ça ne va pas. Moi je continue à le suivre mais ce n'est pas normal qu'il vole comme ça. Il va mal cet enfant-là." La différence c'est qu'il n'y a pas la peur de l'adulte chez cet enfant-là.

J'avais repéré qu'il m'avait volé, donc je lui ai dit au bout d'un moment. "je t'ai vu le faire, je me doutais que c'était toi, donc je t'ai surveillé. Ça fait trois séances que je m'en doute." en sachant que j'avais eu l'écho avec le maître du problème à l'école. Et il me dit "non je n'ai rien pris" je lui réponds "je t'ai vu tu les as mis dans la poche de ton pantalon" Il me montre ses poches et me dit qu'il n'y a rien donc je lui dis "je suis désolée je vais te fouiller" Et il a continué de me dire non alors que j'avais trouvé l'objet dans ses poches. Donc il était capable de soutenir mon regard et de me mentir. En plus, c'est un enfant, quand il est dans la salle d'attente avec le petit frère, c'est un boucan infernal. Avec une mère qui crie "j'en ai marre de vous !" Donc pour travailler à côté avec l'enfant qui vient avant, c'est très difficile !

Comment réagissez-vous à ce moment-là ?

Je suis sortie deux trois fois pour leur dire "mais taisez-vous, je ne peux pas travailler !" Et la maman était débordée et ne savait pas quoi faire. Du coup, j'ai pris le petit de 4 ans, qui était debout sur le pupitre dans la salle d'attente, je l'ai posé sur la chaise et je lui ai dit "tu restes assis là et tu ne bouges plus !" Si je n'étais pas sortie, je me demande comment la maman aurait fait, elle ne gère absolument plus rien; elle est complètement dépassée avec ses enfants. Et du coup je pense que comme il n'y a aucune limite pour ce gamin, en plus il y a une séparation parentale qui se passe mal, il est noyé dans ses angoisses. Donc là on peut se poser la question du bénéfice de la rééducation.... ? Après avoir été aussi excité dans la salle d'attente, vous imaginez la possibilité de se poser ensuite, de se mettre au travail ici! A l'école il a eu des troubles du comportement, il s'est battu.

Vous êtes-vous retrouvée dans des situations où vous vous êtes sentie dépassée ?

L'autre jour, oui, avec une petite fille que j'ai suivie. Alors pareil, une séparation parentale quand elle était petite et les parents n'ont toujours pas réglé leur problèmes. Une petite fille très angoissée que j'ai suivie pour un léger retard de parole et de langage en moyenne section, et là elle revient en CP avec des difficultés d'apprentissage de la lecture.

J'ai fait le bilan et là aussi j'ai demandé une consultation psy. Donc des difficultés quand même en phonologie, des confusions de sons, tout ça....Pour le bilan, la maman est arrivée toute seule et m'a dit "oui mais elle est en vacances chez mon ex-mari et il ne voulait pas que j'ai 5 minutes de plus, que je lui pique 5 minutes de plus dans sa semaine, donc il l'amènera pile à l'heure ici. Donc ça commençait bien...Le papa est arrivé ensuite avec sa nouvelle compagne...qui m'a fait peur ! Elle m'a dit d'emblée "C'est moi qui l'amènerai le mercredi !" J'avais pas fait le bilan, j'ai aucune place le mercredi avant décembre 2013, je savais pas s'il y avait besoin d'un suivi, elle ne s'était pas présentée, elle ne m'a même pas dit bonjour, elle était devant le papa qui était derrière...elle n'est pas la mère de l'enfant ! Elle n'a pas dit bonjour à la mère de l'enfant...du coup, elle, elle me parlait, mais moi je répondais au papa derrière : "bonjour, merci d'avoir amené R." je lui ai expliqué que je verrais R en bilan et que je leur donnerai, à lui et la maman, les conclusions à l'issue de mon bilan.

Donc j'ai fait le bilan avec Romane, qui était très angoissée, alors qu'elle me connaît. Ce n'était pas l'inhibition de l'enfant qui ne connaît pas l'adulte, j'ai quand même fait 30 séances avec elle, elle se rappelait bien de moi. On a fait EXALANG à l'ordinateur, j'ai cru qu'elle allait tomber du tabouret. La maîtresse avait signalé aussi beaucoup d'angoisse chez cette petite. Donc j'ai donné mes conclusions aux parents, à qui j'ai dit que je sollicitais un avis psy mais qu'il y avait quand même besoin d'un suivi orthophonique. Et donc il a fallu trouver un créneau de rendez-vous. Alors oui je précise que les parents ne se parlent plus du tout, ne s'échangent pas un mot. Donc la maman me dit qu'elle ne travaille pas en ce moment, qu'elle est en arrêt, et donc qu'elle est disponible pour amener R à n'importe quel moment. La maîtresse a précisé qu'elle s'adapterait si c'était sur le temps scolaire.

Sauf qu'elle n'a pas le droit d'aller chercher R même sur le temps scolaire si c'est la semaine du papa ! Et c'est même pas le papa qui me disait ça, c'était la compagne du papa ! Impossible de les mettre d'accord, ça commençait à s'envenimer donc là je les ai mis dehors en leur disant "vous réglez votre problème d'adulte, et vous me rappelez quand c'est réglé. Parce que moi peu importe qui l'amène, l'important c'est que R soit là, c'est avec R que je travaille." Ce sont des parents qui n'arrivent pas à dépasser leurs conflits d'adultes pour être des parents. Pour l'enfant, entrer dans les apprentissages dans ce cadre-là, on peut comprendre que ce soit compliqué. Pouvoir dire "stop" à ce moment-là c'est quelque chose qu'on apprend avec l'expérience. Dans mon entourage j'ai des amis qui se sont séparés mais qui tiennent leur rôle de parents, et ça je trouve ça formidable qu'ils puissent tenir ça.

Vous-même avez-vous ressenti de l'angoisse dans certaines situations ?

Oui, au début de ma pratique. J'ai travaillé quand même deux, trois ans avant d'avoir mes enfants, et je pense qu'il y a beaucoup de choses que j'ai réussi à gérer, à relativiser à partir du moment où j'ai eu mes enfants. Par exemple, une mère qui s'énerve après ces enfants, au début je me disais "olala quelle mère...!" Et puis moi-même j'ai pu m'énerver contre mes enfants parce que parfois ils sont pénibles, et donc ça m'a permis de relativiser ce genre de choses. Je me dis que cette maman, elle est peut-être fatiguée. Par expérience, je sais que vos propres enfants, quand vous êtes fatigués, le sentent et sont, en général, trois fois plus pénibles, quand vous êtes fatigués. Par contre la situation de mettre les parents de R dehors l'autre jour, c'est différent. Moi je peux pas prendre parti ni pour la mère, ni pour le père, je ne connais pas leur situation. Je ne sais pas pourquoi ils se sont séparés, ça ne me regarde pas. Et vis-à-vis d'un enfant je ne pourrai jamais prendre parti pour sa mère ou pour son père, sauf dans des cas de maltraitance. Là quand c'est un conflit, on en voit tellement que...Le problème c'est que leur petite fille est très angoissée, et à cause des adultes ! Vous imaginez, c'est une petite fille qui savait très bien là que ça allait mal se passer puisqu'à chaque fois que ses parents sont amenés à être ensemble, ça se passe mal. Les enfants sont en garde alternée, donc tous les lundi matin ou les dimanche soir, lorsqu'ils font l'échange, à chaque fois ça doit être comme ça. Elle s'est fait grondée à l'école plusieurs fois parce que quand il y a des mots à signer et qu'elle est chez l'un ou chez l'autre il n'y a pas de transmission de l'information. Quand il y a séance de piscine, le papa ne dit pas à la maman et la petite R n'a pas ses affaires de piscine le jour J. Et une gamine de cet âge-là, d'une semaine sur l'autre, elle oublie, elle ne se souvient pas qu'il y a un mot dans le cahier.

Avec des enfants angoissés, l'angoisse est-elle communicative pour vous ?

Sur le versant de l'angoisse qui fait que l'enfant part un peu dans tous les sens, j'ai toujours réussi à calmer les enfants, à les aider à se poser, à faire un petit jeu pour qu'ils se concentrent, j'ai toujours réussi à élever la voix quand c'était nécessaire. Par contre, pour les enfants inhibés, ça m'angoisse moi, c'est beaucoup plus difficile. La séance est longue contrairement aux enfants agités avec lesquels on a pas le temps de voir défiler le temps. C'est beaucoup plus difficile avec des enfants qui ne disent pas un mot. Le gamin qui part dans tous les sens, au bout d'un moment on est

ferme, on lui dit stop, on arrive toujours au bout d'un moment à les canaliser par un biais ou par un autre. Mais d'être devant le gamin inhibé qui peut rester une heure sans bouger, sans rien dire, et puis que donner comme conclusions du bilan dans ces cas-là ? Pour nous ça c'est angoissant aussi. J'ai eu un cas une fois où j'avais re proposé un bilan plus tard. Il ne s'était rien passé, elle me regardait, pas de sourire, pas de pleurs, pas de cris. Quand l'enfant pleure, on peut essayer de l'apaiser, de lui dire que ce n'est pas grave, qu'elle peut dessiner un bonhomme, etc...Mais cette petite fille je lui proposais des choses et elle disait ni oui, ni non. Donc on ne peut pas conclure. On ne peut pas conclure à une absence de langage puisque la maman dit qu'à la maison elle parle.

Ca je ne sais pas gérer. Et puis on sait jamais pourquoi, est-ce que c'est une inhibition parce qu'il y a un retard intellectuel et que l'enfant ne comprend rien à ce qu'on lui demande ? Est-ce que c'est une inhibition parce qu'il est venu à contre coeur, qu'il ne voulait pas venir, qu'il est intelligent et a décidé qu'il ne dirait rien ? Est-ce que c'est la gamin qui a tellement peur de mal dire parce qu'à la maison dès qu'il veut dire quelque chose on lui fait répéter ? Est-ce que c'est le gamin qui a une dysphasie et qui n'arrive pas à parler ? On ne peut apporter aucune conclusion, donc on décrit ce qui s'est passé pendant le bilan, donc moi je mets que l'enfant n'a pas été coopérant et que je n'ai rien obtenu du tout du bilan et que je ne sais pas pourquoi, je ne peux pas conclure. Donc souvent je propose de reprendre rendez-vous. Avec une petite fille je me souviens, la deuxième fois ça avait été beaucoup mieux. Pour qui ? Pourquoi ? Peut-être que la première fois la maman n'avait pas assez expliqué non plus. Une autre fois, un petit garçon de 4 ans qui avait fait des pieds et des mains pour voir sa maman pendant le bilan, qui pleurait et en fait, il était en vacances depuis 10 jours chez ses grands-parents sans avoir vu sa maman et la maman l'avait vite fait récupéré chez les grands-parents avant de venir le déposer ici un peu comme un paquet. Donc j'ai expliqué à la maman que c'était pas judicieux, ça faisait 10 jours qu'il n'avait pas vu sa maman, donc il pleurait, il voulait pas faire, il était ailleurs. Donc j'ai proposé un autre rendez-vous et ça s'est mieux passé la seconde fois. Là quand on est mère de famille on reprend que si le gamin, à 4 ans, n'a pas vu sa mère depuis 10 jours, ça peut être difficile.

Comment trouvez-vous la "bonne distance" affective avec les patients ?

C'est vrai qu'on a plus ou moins d'affinités avec certains enfants. Et eux aussi, ils ont plus ou moins d'affinités avec nous. Mais j'arrive à gérer, avec les enfants avec lesquels il y a moins d'affinités on fait une rééducation mais très....pas technique, mais presque. Avec les petits pas trop, c'est surtout les plus grands, les ados, pour certains DL-DO c'est difficile. Là j'avais un ado, qui venait le vendredi soir vraiment à reculons, suivi depuis le CP, et moi aussi j'en avais marre, donc là, j'ai dit à la maman : "on arrête ! il n'en peut plus" Et là l'ado était content que je propose un arrêt, il n'avait sans doute pas osé dire à ses parents qu'il avait envie d'arrêter. A l'inverse avec certains on est dans le "trop affectif", on est envahi. Certains gamins qui investissent trop, qui, par exemple, vont venir se coller à moi quand on est face à l'ordinateur ensemble. Ceux-là je veille à garder de la distance, j'accepterai jamais qu'ils se collent à moi.

Vous sentez-vous envahie parfois par l'empathie ?

Alors oui, j'ai deux petits qui ont des gros pépins de santé, des gamins qui ont été opérés pour des problèmes cardiaques. Il y en a un qui a 5 ans et qui a également un problème de croissance donc il est tout petit. En plus il est adorable...J'aurais envie d'être une maman avec ce petit. En même temps, il y a des jours où il vient, il a pas envie de travailler, et je lui dis "tant pis, c'est pas grave" alors que d'autres qui n'ont pas ses ennuis de santé, je leur dis "allez ! on y va !" . Par contre il progresse énormément au niveau du langage. J'en ai un autre aussi, que j'ai vu en bilan, qui a une maladie orpheline très rare, j'ai bien senti que j'étais moins exigeante. Et puis ce sont aussi des gamins qui fatiguent, on ne peut pas leur demander trop. Une autre jeune fille qui me touchait beaucoup parce qu'elle avait trois jours de différence avec ma fille. Un bébé prématuré qui avait fait un AVC dans la couveuse, avec beaucoup de difficultés. Et donc ça me touchait parce que je voyais l'évolution de ma fille et cette jeune fille qui n'en pouvait plus, je ne pouvais pas lui demander autant, ça aurait été inhumain !

Comment équilibrez-vous l'aspect technique et l'aspect relationnel dans les rééducations ?

Alors dans les patients adultes, j'ai un monsieur qui vient pour une dysarthrie de parkinson, on se connaît bien, on a des atomes crochus, donc j'ai parfois du mal à le ramener sur la séance. Bon, il vient pour parler donc finalement on parle ! Certains patients viennent et ont besoin de parler, donc je prends le temps de les écouter même si parfois ça dure toute une séance. Avec es enfants aussi, il y a un ado avec lequel il y a eu deux, trois séances où on a fait que parler, il en avait besoin et je pense que c'était le seul lieu qu'il avait. Ce n'est pas angoissant pour moi parce que je me dis que je suis aussi dans mon rôle. Tout ça c'était aussi lié à des mauvaises notes en classe qui l'angoissait donc

vu la tête qu'il faisait et l'état dans lequel il était une séance plus "technique" n'aurait servi à rien. Ca lui a fait plus de bien de parler de ça, que l'on regarde son contrôle ensemble, que je l'aide à relativiser. Il était en colère contre la prof, je lui ai dit que moi je lui aura mis la même note donc ça l'a aidé à se remettre en question. Comme il me connaît bien, qu'on a établi une relation de confiance, il acceptait que moi je lui dise que j'aurais mis 4/20 comme la prof. Un petit aussi qui avait pleuré et m'avait raconté qu'il se faisait racketté à l'école. J'avais pu en parler à la maman qui ne s'en était pas rendu compte. Il y avait un autre enfant qui lui tapait dessus à l'école, donc j'en ai parlé à la maman qui tombait des nues. Elle en a parlé à la maîtresse et ça a été réglé, il n'y a plus jamais eu de coups de pied. Donc si j'avais fait de la lecture avec ce petit garçon à ce moment-là, d'abord ça n'aurait pas été performant et puis ça n'aurait pas permis que l'on puisse l'aider.

Mais au début de ma pratique je n'aurais pas réussi à faire ça, une séance sans "travailler" j'aurais eu l'impression de ne pas faire mon travail d'orthophoniste ! Maintenant, avec l'expérience ça ne sert à rien de faire de la lecture avec un gamin qui angoisse avant d'aller à l'école. Après je ne le ferai pas à la première séance, je veux quand même signifier à l'enfant qu'il vient là pour travailler. Pour une jeune fille très angoissée récemment, j'ai senti que je débordais de mon rôle et j'en ai informé la maman, en lui proposant qu'un suivi psy soit mis en place. Moi j'étais arrivée au bout de ce que je pouvais faire avec elle, donc on a arrêté. J'ai eu un enfant précoce comme ça, à un moment donné, on avait fait ce qu'on avait à faire avec lui en orthophonie mais lui était content de venir, il me demandait des trucs super intéressants sur l'ordi, mais j'ai dit à la maman "là je ne suis plus dans mon rôle d'orthophoniste, je lui ai donné ce qu'il est capable de faire, maintenant c'est à lui de faire ce qu'il faut à l'école pour s'investir" Et là les parents n'étaient pas satisfaits, je ne suis pas sûre qu'ils ne soient pas aller voir une autre orthophoniste.

Témoignage n°5

Comment définissez-vous l'angoisse ?

Ce que j'ai retenu de mes cours quand j'étais étudiante, c'est une peur qui n'a pas d'objet, c'est avoir peur sans raison.

Etes-vous sensible aux manifestations d'angoisse chez les enfants ?

Pendant longtemps je ne me rendais pas compte que c'était des manifestations d'angoisse – pendant mes premières années. Au bout de quelques temps, en 2005, j'ai des amies qui m'ont proposé de participer à un groupe où chacune venait pour présenter une situation qui lui posait problème, on en discutait pendant la soirée et on était cadrées par un orthophoniste qui a travaillé en institution, qui a été psychomotricienne, et qui a une approche psychanalytique des troubles. Du coup, elle nous aidait à voir ce qui était en jeu là-dedans, quelles étaient nos réactions à nous aussi, et j'ai commencé à prendre conscience surtout de l'angoisse des parents et comment elle s'exprimait.

Je vois quand même majoritairement des enfants et il y a des parents qui sont hyper rigides, je pense aux parents d'une petite fille, qui elle aussi est angoissée mais sur le coup je voyais surtout l'angoisse des parents. C'est une petite fille que j'ai suivie de la moyenne section au CM2, donc pas mal de temps. Et longtemps 2 fois par semaine. Sa maman était très angoissée, et du coup elle n'écoutait pas quand je lui parlais, elle n'entendait pas ce que je lui disais et si elle avait une question à poser elle restait dessus. C'était très difficile pour elle de changer quoi que ce soit. Changer son point de vue, sa manière de faire à la maison, d'accompagner sa fille dans les devoirs, par exemple. C'était une période où j'ai fait pas mal de formations donc régulièrement j'avais des week-ends où je partais et comme je la voyais deux fois par semaine, ça tombait souvent sur ses séances. Ca lui posait vraiment problème que j'annule, même si je prévenais trois semaines avant. Décaler les séances, c'était pas possible non plus.

D'ailleurs j'ai un autre patient très angoissé qui était venu aussi me voir, un jeune que j'ai du voir au début il était en 4^{ème}/3^{ème} puis il est revenu autour de la terminale/BTS, il était dans l'agriculture. Il est venu deux fois, et c'est pareil, pour lui on pouvait changer ni les horaires ni les jours, si c'était jeudi à 15h, il fallait que ce soit jeudi à 15H, c'était impossible de faire autrement. C'est un enfant qui a pu très peu bouger sur sa manière de penser, changer de point de vue sur l'écriture, essayer de fonctionner autrement, c'était très difficile. Il y a une inertie chez les personnes

angoissées je trouve. On sent que c'est difficile de changer, ils ont besoin d'être rassurés par des routines. En tout cas pour les patients que j'ai eu.

Est-ce un obstacle à la rééducation ?

Quand les enfants ne peuvent pas bouger, oui, quand ils ne peuvent pas changer leur points de vue sur les objets de travail qu'on peut avoir, ça dépend de leur demande, oui je pense que ça peut faire obstacle à la rééducation. Il faut réussir à les rassurer suffisamment, à ce qu'ils se sentent suffisamment en confiance pour pouvoir regarder la situation sous un autre angle, faire des choses qu'ils n'ont pas encore faites.

Je pense à un garçon de 10 ans 1/2 que je vois depuis novembre, qui est en famille d'accueil, qui a je pense une grosse angoisse parce qu'il a une histoire très difficile. Il vient du Portugal, je ne sais pas quand est-ce qu'il est arrivé en France, j'ai pas d'éléments très précis parce que son dossier passe de main en main et du coup il y a beaucoup d'infos qui se perdent au fur et à mesure. Il a dû arriver en France il y a deux ans et très rapidement, c'est sa sœur qui a alerté les services sociaux pour qu'il soit en famille d'accueil pour maltraitance de la part de la maman. Son père est au Portugal, je crois qu'il est en prison. Une histoire familiale déjà compliquée et il a été en famille d'accueil dans le sud du département pendant plus d'un an alors que ça devait être une famille d'accueil d'urgence, un temps court et puis il y a eu un premier placement, qui s'est mal passé, donc il est retourné dans la famille d'accueil d'urgence, pendant ce temps il était suivi au niveau psychologique, et par une orthophoniste en libéral. Et puis en novembre il est arrivé dans le coin par ici. La première ortho était une amie donc elle l'a adressé vers moi, et rapidement il y a eu une pec en psychologie, parce que le psycho du service d'accueil d'urgence ne le suit plus, parce qu'il ne dépend plus de ce service-là.

Du coup il vit beaucoup de ruptures cet enfant, et on comprend qu'il soit angoissé, ça ne part pas de rien. Clairement, chez lui, cette angoisse fait obstacle à la rééducation, je ne peux pas l'amener à réfléchir, à se poser, il se sent très vite agressé, donc du coup il insulte très vite, si on fait un jeu par exemple, il va me traiter de « tricheuse » - au mieux !- il peut en arriver à essayer de me faire un croche-pattes une fois. Il peut être même agressant physiquement, il prend des objets ici, il les déchire, il les casse. Chez la psycho qui le suit il fait la même chose. Ça le bloque dans tous les apprentissages, ça l'empêche de réfléchir. Il ne peut pas être posé à réfléchir ou alors c'est vraiment sur des laps de temps très court. Là on passe l'essentiel des séances à le rassurer ou à le cadrer.

Comment envisagez-vous le travail avec cet enfant ? Vous êtes-vous posée la question d'arrêter le suivi ?

Oui, je me pose la question. C'est une prise en charge qui est relativement récente, on a fait une équipe de suivi de scolarisation il y a trois semaines, et c'est vrai que je me suis posé la question, parce qu'il se sent tellement agressé, et ça le met tellement mal et ça s'est surtout présent en relation duelle, et beaucoup moins en classe. Il y a une orientation qui a été proposée pour l'ITEP mais apparemment c'est pas adapté pour lui donc ils pensaient l'orienter vers un IME. Je pense que là-bas des groupes thérapeutiques ce serait beaucoup plus facile pour lui. Là cette semaine j'avais une stagiaire avec moi, et ça a vraiment apaisé les choses, et il a pu se mettre à réfléchir, on a fait une partie de UNO et il a pu réfléchir à comment il fait pour compter les points. D'habitude je peux pas le poser, mais là je pense qu'il se sent moins agressé parce que du coup lui c'est un problème relationnel, dans la relation duelle, c'est ça qui crée l'anxiété chez lui, il se sent agressé tout de suite. Et là comme on est à 3, ce ne sont pas les mêmes relations. Du coup, il a pris la stagiaire sous son aile, il lui a expliqué comment on joue au UNO parce qu'elle savait pas, ce matin il lançait le dé à sa place dans les jeux, il a pu prendre une autre place. Dans cette configuration-là, il est moins angoissé, et il peut se mettre à réfléchir. C'est rare qu'on rencontre des patients comme ça qui sont à ce point bloqués, il a quand même une histoire de vie qui fait qu'il a pas pu se construire dans un milieu sécurisant, être suffisamment rassuré petit. Et ça a duré longtemps parce qu'il a été placé du coup à 8 ans, donc c'était pas la petite enfance. Je ne sais pas comment ce sont passées les premières années de sa vie, je ne sais pas si on saura un jour.

Repérez-vous des difficultés relationnelles chez les enfants accueillis en CMPP ?

Ca dépend. C'est vrai qu'au CMPP, j'ai quand même deux enfants qui sont psychotiques, qui ont des troubles importants de la personnalité, mais qui ne sont pas forcément diagnostiqués comme tels. Une petite de 6 ans chez qui il y a de l'angoisse parfois, par moments elle se met à crier, ou le ton monte si elle joue à la poupée elle peut jeter la poupée, et de temps en temps elle se met à pousser des « pipi caca ! » des choses comme ça. Ça lui est arrivé une fois de quitter le bureau. J'ai un plus grand sinon, qui est en CM1, qui a dû redoubler une fois. Son angoisse se traduit par des rituels rassurants. L'année dernière quand je le voyais au douzième étage et qu'on redescendait au deuxième où

était la salle d'attente, donc on descendait dix étages ensemble, comme il était assez grand et que c'était mon dernier patient, on faisait tout le chemin ensemble à pied, et pendant toute la durée des escaliers, il me demandait : « est-ce que tu as déjà mangé du bœuf, toi ? » « est-ce que tu as déjà mangé des lasagnes ? » C'était tout le temps sur l'alimentation, et limite ma réponse n'avait pas d'importance, c'était vraiment un rituel qui le rassurait, lui permettait de faire la transition.

Par rapport au travail orthophonique, il est dans la fuite donc si je lui demande des choses qu'il ne veut pas faire, il ne les fait pas, il va aller chercher d'autres jeux de petits, des playmobils, des choses comme ça, ou il va écrire, écrire, mais sans se relire, il ne peut pas faire l'effort d'essayer d'écrire lisiblement parce qu'il a des problèmes de graphisme, ou de se demander comment on écrit, il en est pas encore là, et je pense que c'est aussi, vite, vite, terminer ça pour pouvoir s'en détacher rapidement et ne pas rester trop longtemps dessus. Après il raconte des mensonges aussi, il est un peu mythomane, il s'invente un petit frère, il raconte des choses pas vraies, je ne sais pas si ça a un rapport avec l'angoisse, mais sans doute avec la construction de sa personnalité. La psychose, j'ai encore un petit peu de mal à comprendre ce que c'est mais du coup, pour moi, ce sont des enfants qui n'ont pas le même rapport à la réalité que nous donc s'il dit quelque chose qui n'est pas vrai, c'est pas forcément un mensonge.

Son rituel de me demander si j'avais mangé tel ou tel aliment, c'est en réunion de synthèse que le psycho avait mis ça en évidence, je parlais de ça et du coup il m'avait dit que ça devait être un rituel. En fait, oui, il le faisait tout le temps, mais je ne m'étais pas rendu compte. C'est l'avantage du travail en équipe, ou les réunions de collègues en libéral, c'est vraiment ouvrir ses séances aux autres, et quand tu racontes aux autres, tu mets en évidence des choses que tu vois pas quand tu es le nez dans le guidon. Ne serait-ce que mettre des mots sur ce que tu ressens dans les séances, sur des fonctionnements de l'enfant que tu n'as pas vraiment nommés, ça fait vraiment avancer les choses.

Je ne fais pas de supervision mais je suis suivie par un psy et de temps en temps ça m'arrive de lui parler des patients. L'année dernière, j'ai eu un monsieur psychotique que je voyais pour un problème de bégaiement, est-ce qu'il était psychotique je ne sais pas mais il était d'après ma psy entre la psychose et la schizophrénie. Et c'était très compliqué, parce qu'il est venu pour un bégaiement mais en fait il y avait tout ça derrière. Et moi ça me mettait vraiment mal. J'ai eu de la chance parce qu'il a déménagé ! Moi là j'étais très angoissée, je le sentais tellement instable dans ses relations à l'autre, je me demandais, avec e manque d'empathie qu'il avait, est-ce qu'il me prenait pour un autre être humain ? Est-ce qu'il était capable de « m'attribuer des sentiments ? » De me prendre en compte ? Est-ce qu'il n'allait pas se mettre à me taper comme il taperait sur un pushing-ball pour se calmer ? Il n'a jamais montré de violence mais par contre une relation à l'autre très bizarre. Quand il m'a vue la première fois – je pense que c'était une manière de se rassurer, de se dire que j'avais de la bouteille – il m'a dit : « je vois que vous avez au moins quarante ans ! » En général, ça ne se dit pas. Il voulait même m'offrir des cadeaux à un moment. Une de mes sources d'angoisse aussi, c'était qu'il était inculpé pour le viol de sa nièce ! Ça partait pas de rien non plus !

Trouvez-vous la bonne distance avec les patients ?

Avec les enfants, c'est plus facile, il y a plus de changement. Avec les adultes, je pense que je peux être trop dans l'empathie. C'est plus difficile, il faut que je me dise : « remets-toi à ta place d'orthophoniste, tu es l'orthophoniste de cette personne, tu ne rentres pas avec elle le soir, tu ne vis pas avec elle ». Je sais aussi que c'est ce qui va faire avancer les gens d'avoir un endroit neutre, où ils vont pouvoir se poser, où ils savent que ça ne sort pas d'ici. Mon mari a de gros problèmes d'angoisse, énormes, qui l'ont amené à être hospitalisé l'année dernière deux fois sept semaines à chaque fois. Du coup, de temps en temps, ça m'arrive de trop me projeter par rapport à ça chez certains adultes, pas forcément des patients, mais également des adultes qui accompagnent leur enfant. J'ai suivi plusieurs familles pour des bégaiements qui apparaissent chez de jeunes enfants entre 2 ans ½ et 6 ans donc là je travaille quasiment qu'avec les parents – l'enfant est présent mais il peut être derrière en train de jouer sur le tapis – et c'est vrai que là l'angoisse des parents est très pesante. Parfois il faut que je fasse l'effort de me mettre en retrait parce que je suis trop dans l'empathie.

Parfois quand on travaille en libéral dans une zone où il n'y a pas beaucoup d'orthophonistes, que les gens t'appellent et te disent qu'ils ne rentrent pas chez eux avant 18h tous les et tu leur réponds : « écoutes, une place après 18h j'en aurais peut-être mais dans 3 ans ! » Tu te demandes vraiment quand est-ce que tu vas les voir, et les parents sont très angoissés...C'est difficile pour moi de dire ça. C'est pas évident de recevoir l'angoisse des parents. A l'école, on leur en demande beaucoup, certains se sentent souvent jugés ou ils sentent leur enfant jugé. Quand nous on reçoit ça, qu'on prend rapidement le téléphone pour une demande de bilan mais qu'on ne peut pas se rendre

disponible rapidement, ça c'est sans doute la situation la plus difficile à gérer. Parce que quand on peut leur dire : « je vous vois dans 3 semaines », déjà ça permet de dégonfler les choses. Sur des bégaiements, je m'arrange toujours pour voir des patients dans le mois qui suit la demande chez les jeunes enfants, quitte à annuler des rendez-vous pour ça. C'est vrai que ça génère beaucoup d'angoisse aussi le bégaiement. Rien que le fait de répondre rapidement déjà, ça permet de faire dégonfler les choses, les parents se sentent mieux. Après c'est quelque chose que je peux faire parce que la prise en charge du bégaiement chez les petits, je vois les parents tous les 6 ou 8 semaines, du coup j'ai pas besoin de libérer un créneau dans mon planning de la semaine. Ça peut rester des annulations exceptionnelles, ou je décale.

Comment gérez-vous la pression du « progrès » ?

Ça a mis du temps. J'ai appris à faire le tri. Avec les enfants, au départ, pour le bilan, je reçois l'enfant avec ses parents sur toute une séance, puis les petits viennent tout seuls ensuite pour leurs séances. Au cours de la prise en charge, pour faire le point, il y a aussi des séances qui sont consacrées aux parents. Pour le bégaiement, le jeune enfant ne vient jamais seul, parce que là ce sont les parents qui travaillent. Il faut absolument éviter tout effort, donc l'enfant est là, il est présent, il entend tout ce qui se dit, mais il n'aura pas d'exercice à faire, ou de travail. C'est à ses parents de mettre le cadre pour sortir de ça. Mais sinon, pour le LO, ici on reçoit pas mal d'enfants de maternelle, et même pour le LE, les enfants sont quand même pas mal accompagnés par leurs parents, il peut y avoir des grosses angoisses. En plus, en ce moment, on demande pas mal de diagnostics de dyslexie, et moi je n'ai pas le même discours que l'école apparemment, donc il peut y avoir un décalage.

Au début, quand j'ai commencé, je me sentais obligée de faire un peu un compte-rendu aux parents de tout ce qui se passait en séance. Après avoir travaillé là-dessus je sais que l'enfant a besoin d'un endroit à lui, où il peut faire les choses en dehors de la connaissance de ses parents, et il en ressort ce qu'il veut. Je me suis même demandé s'il fallait pas interdire à certains enfants de sortir des choses. J'avais une petite patiente l'année dernière, qui venait pour faire des choses pour les ramener chez elle. Elle voulait construire des objets, faire des dessins et les ramener pour sa maman, et il fallut que je lui dise : « non tout ce que tu fais, ça reste ici. » Je m'étais posée la question. Ma collègue, elle, systématiquement, elle dit aux enfants : « ce que tu fais ici, reste ici. » C'est vrai que chez cette petite patiente, ça prenait toute la place, elle venait ici pour faire un dessin, pour l'amener ailleurs. Maintenant, je peux expliquer aux parents : « voilà, on va faire le point régulièrement, si vous voulez qu'on en parle, on en reparlera » mais je ne leur dis pas précisément ce qu'il se passe dans la séance. Je leur dis que je suis disponible s'il se pose des questions. C'est pas toujours facile de s'écarter de l'attente de résultats, chez les plus grands surtout, il y a une exigence d'exercices, d'entraînement.

Il y a une dame qui avait fait une demande de bilan. C'était une demande de LO chez un enfant de CM. La maman m'a dit : « il a déjà été pris en charge par une collègue à vous mais ça n'allait pas du tout, elle le prenait par le jeu ». Je lui ai dit que moi de toute façon je travaillais aussi beaucoup par le jeu, que je n'avais pas de place que sur le temps scolaire, et du coup, elle a raccroché ! Au début, j'étais plus à rentrer dans l'exigence des parents et puis après, j'ai pris de l'assurance. Grâce aux formations aussi. En formation logico-maths on nous avait appris aussi que par le jeu, l'enfant arrivait à se mettre dans un état d'attention qu'il n'arrivait pas à atteindre dans d'autres activités et que le moyen normal d'apprentissage de l'enfant c'est le jeu. C'est à rappeler aux parents ! Parce que les enfants sont de plus en plus à l'école, même en maternelle, sur des activités papier/crayon et il y en a qui s'en sortent très bien, mais pour d'autres c'est plus compliqué. J'ai une petite patiente que j'ai vu hier, qui a 4 ans ½, elle se débrouille très bien pour tout ce qui est puzzle, dessin, elle écrit les quatre premières lettres de son prénom à l'envers pour que je puisse lire !, déjà à cet âge-là je n'exige pas qu'ils sachent écrire les lettres de leur prénom, alors à l'envers !, et sans erreur, elle se débrouille très bien dans les apprentissages à l'école, par contre ici avec les playmobils elle est incapable de faire un scénario. Elle manipule les jouets, mais rien de plus.

Proposez-vous un suivi psy en parallèle pour certains enfants ?

Oui, quand on voit des manifestations d'angoisse, oui. J'y suis sensible du fait des groupes que j'ai fait, et de ma vie personnelle. Du coup, je comprends ce qu'est l'angoisse depuis qu'on a mis un mot sur les problèmes de mon mari. Je peux plus facilement orienter les gens. Après, ici, on est dans un lieu rural, les psychologues les plus proches sont à 10 ou 15km mais c'est du libéral, donc ça n'est pas pris en charge. Au CMP, il y a facile un an d'attente.

Sentez-vous que parfois votre travail mord sur celui d'un psychothérapeute ?

Non, je ne pense pas parce que j'en ai pas les outils, tout simplement. J'arrive parfois à me dire qu'un enfant fait ça, parce que ceci, ou cela fait qu'il est en décalage, et ça peut me servir d'argument pour les parents mais je ne vois jamais mon travail en remplacement d'un suivi psycho pour les enfants pour lesquels le suivi psycho n'est pas possible pour x raison. Par contre, pour ces enfants, je vais être plus attentive au cadre. A leur laisser un vrai espace, à mettre des mots dessus aussi, dire : « ici, c'est endroit, moi je ne vais pas en ressortir des choses, ce que l'on fait ici, il n'y a que nous deux qui le savont. »

Est-ce angoissant un enfant qui n'évolue pas ? Est-ce que vous vous remettez en question ?

Oui, si je m'en rends compte oui, je vais remettre en question. Je vais changer ma manière de faire. Ça m'angoisse pas, ça peut m'inquiéter. Ça va peut-être angoisser les parents mais moi je ne suis que l'orthophoniste, je m'inquiète, et je me demande ce qu'on peut mettre en place du coup. Je pense à un petit garçon que je suis depuis 2 ans, qui redouble son CE1 et qui ne peut toujours pas lire le mot « CRABE », il a besoin de déchiffrer très lentement. On sent bien qu'en fait il ne se met pas à lire, il part, il va regarder la carte du monde : « ah tiens, l'Algérie, ça m'intéresse vachement ! » En plein milieu d'un mot, il s'interrompt et il commence à parler d'autres choses. C'est donc un petit garçon qui bouge très peu. Il y a un petit peu d'apprentissage quand même depuis le CP, mais il y a un décalage qui se crée avec le reste parce qu'il marche bien sur d'autres choses que la lecture. Ça ne m'a pas angoissé mais je me suis inquiétée pour ce petit garçon. J'ai relu mes bilans, je me suis demandé s'il y avait des choses que j'avais pas évaluées, je suis aller plus loin dans la conscience phonologique, il n'y a aucun problème de ce côté-là. Il n'a aucun problème de rien sauf qu'il ne rentre pas dans la lecture. Assez rapidement j'ai orienté les parents vers un psychologue, ils sont aller voir un psychologue en libéral, et puis finalement la remise en question était trop difficile pour eux, et la maman était à la fin de sa cinquième grossesse....

Il avait 9 ans et 4 petites sœurs ! Sa maman a l'air très angoissée, elle est logorrhéique, tu peux pas l'interrompre, elle cherche des réponses elle aussi, donc forcément la dyslexie a été mise sur le tapis, mais il s'agit pas de ça pour moi, parce qu'il a tous les outils pour lire, c'est juste qu'il ne s'y met pas. Pour moi, ça bloque ailleurs. Et la psychologue en libéral m'a dit qu'elle avait repéré des choses, elle le voyait dans un fonctionnement dépressif. Et la pédopsychiatre du CMP m'a dit qu'elle, rien ne l'avait interpellé, sauf qu'il ne joue pas. Il bricole, il fabrique des trucs, il est capable de faire plein de choses, de tondre la pelouse, à 9 ans, c'est pas souvent ! Son papa a une ferme donc il vit à la ferme depuis tout petit, et je pense qu'il se projette beaucoup dans son papa. Et au CMP, il a été mis en évidence que le papa lui-même, en lecture, sait à peine décoder les mots. Par contre, c'est un papa qui valorise la lecture.

C'est pas facile, d'autant plus qu'ils habitent un hameau où apparemment il n'y a que des gens de la famille de son père. La grand-mère paternelle aurait voulu des petits-fils, elle valorise beaucoup cet enfant et ses compétences à la ferme, par contre elle lui dit : « mon pauvre, tu es obligé d'aller à l'école alors qu'en fait tu n'as pas besoin d'apprendre quoi que ce soit puisque tu te débrouilles très bien à la ferme. » Donc on peut penser à un conflit de loyauté quand même pour ce garçon. Plus plusieurs situations qui l'ont quand même traumatisé donc je pense qu'il a de quoi être bloqué, il n'y a pas de dyslexie là-dedans. C'est un problème d'ordre psycho-affectif. Et c'est hyper décevant quand même d'adresser quelqu'un chez le psy et qu'il n'en sorte rien. Il s'est trouvé que pour la maman, ça a peut-être été trop violent pour elle, en plus elle accouchait de sa cinquième, et sa mère est morte très rapidement à ce moment-là avec un cancer fulgurant, donc je comprends que ce n'était pas le moment dans sa vie, mais il a fallu un an pour qu'on la remotive pour aller au CMPP pour qu'au CMPP on nous dise « ben non, on voit pas trop, il y a pas de problème, avant même d'avoir pris contact avec les différents intervenants qui connaissent l'enfant depuis longtemps. » Ça m'a vraiment déçu. Avec ce petit garçon du coup, mon objectif c'est de lui faire prendre conscience qu'il a les moyens de lire, qu'il peut le faire. Mais il dit : « quand je serai grand, je voudrai savoir lire ». En se présentant à ma stagiaire, il ne pouvait pas lui dire pourquoi il venait, il peut pas dire que pour lire, il faut apprendre les lettres, et avec quel son on les associe alors qu'on en a parlé plein de fois, qu'il a 9 ans, qu'il est en CE1. Pour lui, lire c'est pouvoir lire les panneaux en voiture. La maman est bien, elle a changé son fils d'école, parce que dans sa première école on interdisait aux enfants d'emprunter des BDs à la bibliothèque parce que « ce n'est pas de la lecture » ! en CP ! Comment dégoûter un enfant ! Du coup, j'ai repris avec elle des choses que j'ai ici dans le style Où est Charlie ? par exemple, des choses où il y a un peu de lecture. On passe directement de la lecture à mettre en pratique. Je lui ai montré des livres avec des textes plus ou moins longs, des livres pour apprendre à faire des origami, des BDs, des livres avec très peu de texte, des livres sans texte avec juste des images. Elle a une ouverture par rapport à la lecture cette maman, sa maman était enseignante, sa sœur est enseignante, passionnée de livres.

Comme elle voyait qu'à l'école, on interdisait les BDs à son fils et qu'il avait du mal à apprendre à lire, elle lui lisait des histoires en commençant les phrases et lui les finissait, ou inversement. Elle a quand même mis en place des choses. Elle a des ressources cette maman, je trouve. Elle a réussi à préserver le plaisir de lire.

Témoignage n°6

Qu'est-ce que l'angoisse pour vous ?

Pour moi, c'est l'angoisse c'est la peur de mal faire, de mal réussir, c'est la peur, oui.

Etes-vous sensible aux manifestations d'angoisse chez les enfants que vous recevez ?

Il y a des angoisses qui sont très visibles, dans les pathologies, par exemple. J'ai eu deux situations où il y a des enfants qui avaient vomis la première fois qu'ils sont venus. Des enfants qui avaient des gros troubles de la relation à l'autre...Ca peut être des enfants qui pleurent, qui se cachent, qui ne veulent rien lire, qui refusent toute épreuve de test, ce n'est pas fréquent mais ça arrive. Des manifestations aussi fortes, de pleurs, de refus et de vomissements, ce n'est pas aussi fréquent que d'autres angoisses moins visibles : l'enfant qui remue sur sa chaise, qui est un peu timoré, qui ose pas parler. Dans l'angoisse, il y a aussi des somatisations, du bruxisme, l'envie d'aller aux toilettes, de sortir de la séance, l'enfant qui va dire « je suis fatigué » qui va s'allonger, comme une fuite d'une demande d'un travail d'écriture.

Repérez-vous une différence entre les enfants que vous recevez en libéral et en institution ?

Oui moi je travaille aussi en pédopsychiatrie, en CMP avec des enfants qui souffrent de tb de la relation, des enfants psychotiques – je ne sais pas si c'est du domaine de l'angoisse - mais chez les enfants psychotiques il y a une difficulté avec la demande directe – je sais pas si ça rentre dans le cadre de l'angoisse – il faut que le savoir vienne de l'enfant, il faut s'intéresser à son savoir à lui, il ne nous présuppose pas de connaissance, de savoir, il faut un peu que les choses viennent d'eux. Si on est trop insistant, ils sont dans le refus, dans la colère, dans des comportements qui peuvent être assez forts. Parfois, rien que le regard peut être angoissant pour ces enfants, il faut parfois être à côté d'eux pour s'intéresser à eux puis ils viennent ensuite vers nous. Je trouve difficile en pédopsychiatrie la réalisation des tests chez ces enfants-là qui n'entrent pas dans la demande directe, qui se refusent un peu à l'autre. C'est plus après dans ce qu'ils mettent en place dans les jeux qu'il faudra saisir les éléments de ce qu'ils savent faire puisqu'ils ne vont pas nous le montrer d'emblée.

Pouvez-vous évoquer des situations qui vont ont marquée ?

La situation qui m'a le plus marquée c'est quand j'ai commencé en libéral mon premier bilan c'était une petite fille qui venait parce qu'elle ne rentrait pas dans la lecture – elle s'était mise à pleurer et elle refusait toute épreuve de lecture et toute épreuve écrite donc on est passés par autre chose, par des jeux. Donc j'ai fait un bilan où j'ai mis que je n'avais pas pu tester l'enfant et que je me basais sur ce que disait la maman et l'école, je n'avais rien pu constaté parce qu'elle ne m'avait rien montré.

Avez-vous pu repéré les causes de cette angoisse ?

La demande de lecture, de bilan, qui l'angoissait. D'autres enfants associent l'orthophonie au médecin, ils ont vécu dans un milieu médical, ils ont eu beaucoup à faire à des médecins, ou à des hospitalisations, l'orthophoniste est associée à un médecin donc ça génère de l'angoisse. Des enfants qui ont des difficultés de séparation avec leurs parents, qui ont peur des personnes qu'ils ne connaissent pas. Ca peut se manifester aussi par le mutisme, mais évaluer le langage d'un enfant mutique, c'est difficile ! La peur de la demande scolaire aussi.

Comment contenir cette angoisse ?

Quand les difficultés de séparation sont très fortes, quand la séparation avec les parents n'est pas possible, je n'hésite pas à inviter les parents à assister au bilan, et puis je questionne beaucoup les parents sur les compétences de l'enfant, est-il capable de faire ceci ou cela ? Pour les petits je laisse de côté pour un temps le matériel plus scolaire et je passe par des jeux de playmobil ou un memory. Si l'enfant est mutique je ne vais pas lui demander de parler, je vais passer par des jeux. Un jeu libre, un dessin.

Est-ce arrivé qu'un enfant soit tellement angoissé qu'il ne puisse pas choisir et reste immobile ?

Oui, un petit garçon qui était dans une très grande inhibition. J'ai décidé de le laisser vraiment choisir et d'avoir une demande la plus discrète possible. Il a pu faire des choix. Il y a aussi eu des enfants qui ne choisissaient rien donc je finissais par choisir quelque chose pour eux. En général, les enfants sont toujours attirés par quelque chose dans le bureau. Il y a eu une petite fille qui était mutique au départ, elle venait pour un trouble d'articulation, mais c'était un mutisme décidé. Ça arrive avec des enfants qui ont l'air un peu vide et on a aucune proposition pour eux, oui ça m'est arrivé d'être en panne. Ça reste assez rare. On peut envisager de proposer un travail psychothérapeutique avec ces enfants.

L'angoisse de l'enfant fait-elle obstacle à la prise en charge ?

L'angoisse est un frein à l'apprentissage, oui. Il faut réussir à apaiser l'angoisse pour avoir une relation de confiance et sereine, pour qu'un travail avec l'enfant se mette en place – oui c'est difficile de rééduquer un enfant si on arrive pas à apaiser l'angoisse.

Quels liens faites-vous avec une prise en charge psychothérapeutique ?

Moi je ne propose pas souvent de réorienter lorsqu'il y a une demande orthophonique. Il y a des enfants qui sont très angoissés dont les parents refusent toute prise en charge psychothérapeutique, le CMPP ou le CMP. Et donc l'orthophonie est au départ la seule accroche pour démarrer. Oui le petit garçon qui avait vomi et semblait réellement avoir des troubles de structure, oui lui je l'avais orienté vers le CMPP. J'avais pris contact avec le médecin de la PMI, je lui avais envoyé un courrier et lui avait envoyé un courrier au CMPP et l'enfant avait pu être pris en charge rapidement. Comme je fais de l'analyse de la pratique en individuel, je me réfère aussi aux indications de la personne avec qui je supervise les situations compliquées.

Ça aide beaucoup ?

Ça donne des éléments d'analyse, de compréhension de l'enfant ou ça m'aide moi à comprendre comment je peux me positionner autrement pour repérer des choses qui peuvent paraître anodines mais qui sont en fait des choses qui ont du sens pour l'enfant. Après, la limite en orthophonie et psychothérapie, pour moi, elle n'est pas si facile à définir.

Faites-vous du lien entre l'angoisse de l'enfant et l'angoisse chez les parents ?

L'angoisse chez les parents, c'est assez fréquent. C'est plutôt logique ! Un enfant qui ne parle pas, qui n'apprend pas à lire au CP....surtout qu'on est à une époque où il y a beaucoup de pression sur les enfants et donc sur les parents également.

Du coup, est-ce difficile de se décaler de cette angoisse et de la demande scolaire de l'école et des parents ? Quelle est notre place face à cela ?

Il faut faire preuve de pédagogie pour expliquer que ça passe par un travail qui n'est pas forcément de l'entraînement, que ce sont des difficultés plus globales – comme chez le kiné, si on a mal au dos, il peut aller voir les pieds, tout le corps de la personne. Les difficultés d'apprentissage sont en lien avec tout un tas d'autres difficultés : la difficulté à grandir, des conflits que l'enfant explore lorsqu'il met en scène des jeux, qu'il met au travail, il donne des éléments de sa vie psychique pour qu'on puisse repérer où il en est. C'est pas facile à expliquer, à faire comprendre, tous les parents n'y adhèrent pas. C'est leur choix, ils peuvent aussi s'orienter vers quelqu'un d'autre. En général, ils font confiance quand même, même si ce n'est pas toujours facile d'expliquer, même aux

écoles, que c'est un travail plus global que ce qu'ils s'imaginent. C'est vrai que chaque parent arrive avec des représentations du travail en orthophonie qu'il faut déconstruire. Expliquer qu'un enfant qui ne joue pas ne développe pas son intelligence, l'importance de mettre en place le jeu symbolique chez un enfant qui ne joue pas avant de travailler sur d'autres choses plus techniques. Après, si le trouble du langage n'est pas perçu comme un symptôme et qu'on applique une technique rééducative, ça ferme un peu la bouche à l'enfant, c'est peut-être une occasion manquée d'entendre quelque chose des difficultés de l'enfant.

Vous-même en difficulté, angoissée, face à certaines situations difficiles ?

Oui, bien sûr ! Peut-être les premiers suivis ou les premières séances en pédopsychiatrie, parfois il ne faut pas rater la première rencontre avec des enfants psychotiques. C'est difficile à gérer, le travail est difficile à mettre en œuvre. Ce sont des essais avec les enfants, puis ça ne marche pas, on essaye d'autres choses... Il faut pas aller trop loin dans ce que l'on peut demander à l'enfant pour ne pas générer un refus parce qu'il faut qu'il continue à avoir envie de venir.

Comment ne pas décrocher du travail orthophonique ? Maintenir notre place d'orthophoniste ?

Oui, moi j'utilise l'écrit pour acter de ça. J'ai un enfant dont le père avait disparu, il était en GS juste avant d'entrer au CP, donc on avait écrit la date de la disparition de son père. C'était écrit dans son cahier. Avec une petite fille qui ne se souvenait plus du nom de son père, on l'avait écrit pour qu'elle le retrouve. Je ne sais pas si c'est la place de l'ortho, mais pour ce petit garçon, la demande de lecture l'agitait, il mettait en jeu un papa peut-être un peu idéalisé qui s'occupait de sa famille comme s'il avait peur de perdre des souvenirs rattachés à son père : fallait-il qu'il rende son histoire plus lisible pour entrer dans la lecture ? On peut travailler sans prendre en compte ça mais moi ça me paraît primordial d'accorder de l'attention à cela, mais ce n'est pas forcément entendu par l'école.

Est-ce que l'angoisse de l'enfant peut être communicative ?

C'est plutôt l'angoisse des parents qui peut être communicative. L'angoisse de l'enfant c'est la peur de l'adulte, c'est plus des angoisses infantiles tandis que l'angoisse des parents concerne les progrès de l'enfant, elle est proche de celle de l'orthophoniste qui a à charge de faire progresser l'enfant. Pour que l'angoisse de l'enfant soit communicative, il faut vraiment que ça soit une situation où on perd le fil, avec un enfant qu'on sent imprévisible mais je pense qu'en individuel on gère quand même, beaucoup plus qu'en groupe. En individuel on ne rencontre pas les mêmes difficultés qu'en groupe. Les troubles du comportement se gèrent en individuel. Je suis toujours étonnée de ce que décrivent les collègues infirmières en pédopsychiatrie des comportements des enfants très agressifs en groupe par rapport à l'individuel où ça n'apparaît pas – ou autrement l'enfant quittera le bureau.

J'ai eu le cas d'un enfant qui ne voulait pas venir en séance récemment. C'est un enfant qui a été en ITEP puis qui a quitté l'ITEP pour aller en pédopsychiatrie. Récemment sa sœur de 16 ans est morte en donnant naissance à un bébé. Et donc avant la séance d'orthophonie, il y avait l'histoire de sa sœur et en plus la collègue psychologue qui était absente, il ne voulait pas venir et plus j'insistais, plus ça l'agitait, plus je verbalisais, plus ça l'agitait, et j'ai pas réussi à le faire venir. Puis ensuite il a fait une crise dans le groupe avec les infirmières, pour un autre motif, il était à fleur de peau, je pense que c'était la situation globale de sa vie. J'avais discuté pour la séance d'après avec ma collègue psycho qui m'avait conseillé de prendre quelque chose de son bureau à elle que l'enfant puisse prendre avec lui pour l'amener dans mon bureau, et ça a marché. C'est des trouvailles à inventer à chaque fois !

Utiliser la verbalisation pour rassurer certains enfants, est-ce opérant ?

La verbalisation ça peut un peu faire flamber les enfants psychotiques. Plus on lui demandait d'explications, plus il se fermait. Ce n'est pas pareil entre un enfant névrosé ou psychotique. Moi je n'étais pas formée à cela dans ma formation initiale, j'ai découvert ce que les professionnels mettent derrière la psychose depuis que je suis en pédopsychiatrie. Du coup je repère aussi en libéral des enfants qui sont plutôt névrosés ou plutôt psychotiques. Je pense quand même que c'est bien de repérer ces choses-là parce qu'on fait attention à certaines choses du coup, à notre comportement avec ces enfants-là. Mais c'est vrai que c'est une situation qui m'angoissait de retrouver cet enfant-là, est-ce qu'il allait pouvoir revenir dans le bureau, comment j'allais faire pour gérer la situation, surtout que les collègues infirmières m'avaient dit : « Tu te débrouilles ! C'est son temps d'orthophonie, on ne peut pas l'accueillir sur le groupe ».

L'angoisse de l'orthophoniste peut-elle faire obstacle à son travail ?

Oui, si on est trop insécurisée dans notre travail, c'est difficile. Mais je pense qu'on peut travailler là-dessus, on peut trouver des outils pour être plus sécurisée ; si on est trop insécurisée, on ne peut pas offrir un cadre sécurisé à l'enfant. L'enfant absorbe comme une éponge nos états émotionnels. C'est sûr, quand on démarre, les premières séances, on est plus angoissé mais les enfants s'adaptent, ils peuvent aussi nous aider, ils peuvent être étayants les enfants.

Quelle attitude peut-on adopter face à nos émotions ?

On peut prendre la position de travailler sur nos émotions pour les analyser ou de les mettre de côté et y répondre avec un cadre qui permet de pas avoir à se poser la question là-dessus. Moi j'ai eu besoin de faire un travail sur moi, parce que je voulais que les choses soient claires, je ne voulais pas me soigner sur le dos des enfants, donc pour moi ça a été nécessaire mais ça ne l'est pas pour d'autres. Ce sont des choses qui parlent pas forcément à tout le monde.

Dès la formation ?

Moi j'avais une maître de stage très à l'écoute en quatrième année, elle me rassurait beaucoup, elle m'a permis ce travail, elle me servait un peu de « lieu » pour déposer. Il y a des écoles, à Lyon, où les formateurs proposent des supervisions de groupe aux étudiants de quatrième année, je crois.

Je me rappelle une situation d'angoisse très forte, quand j'étais stagiaire en quatrième année, dans un ITEP. Avec un enfant très difficile. Ma maître de stage m'avait laissé un enfant que je voyais seule en rééducation. Il ne voulait pas venir, à chaque fois. Il participait au sport juste avant, il ne pouvait faire que l'entraînement et pas le sport après donc première frustration. Deuxième élément insécurisant, l'ortho était en réunion pendant la séance et selon l'heure de fin de réunion, elle souhaitait assister à la moitié de la séance mais elle arrivait à une heure incertaine ou pas du tout. Je n'ai réussi à lui en parler qu'à la fin du stage. Mais cette situation avait été très difficile, je pense que l'ortho n'avait pas analysé, c'était une erreur de sa part. C'était une grande source d'angoisse. Surtout qu'on investit beaucoup les premières rééducations. D'être confrontée d'emblée à une situation comme ça, c'est pas facile. En plus, l'ortho disait à l'enfant « si tu n'es pas sage, et que tu refuses d'aller en séance avec C., je ne te reprendrai pas ». Mais on avait pu reprendre cela avec l'ortho, du fait que l'enfant n'avait pas pu choisir cette situation, que j'étais stagiaire, que l'enfant pouvait se sentir abandonné.

Sur quelles ressources vous appuyez-vous pour prendre de la distance ?

Depuis le début je suis en travail d'analyse de la pratique. Au début c'était un groupe d'orthophonistes à Angers, qui était supervisé par une psychologue du CMPP. C'était le CMPP qui organisait ça, des groupes de supervision pour des orthophonistes et d'autres professions soignantes. Quand je suis arrivée à Rennes, d'abord j'étais en groupe puis je suis passée à l'individuel.

Quel est l'intérêt d'un groupe de supervision ?

En groupe c'est intéressant, on rencontre des orthophonistes de tous âges, d'entendre certaines qui sont aguerries et qui rencontrent des difficultés, ça déculpabilise, on se sent moins seule. Pour d'autres, ce seront les échanges entre collègues ou des formations.

Y a-t-il des formations sur cette question de l'angoisse ?

La PRL, les thérapeutes de la communication et du langage à Bordeaux (TLC). Ils se définissent bien clairement comme n'étant pas une psychothérapie mais prenant en compte la part subjective de l'enfant et l'imbrication des troubles comme étant aussi l'expression d'un conflit. Ils le prennent en compte en étant à l'écoute de l'enfant, ils sont aussi techniciens et le mettent en œuvre aussi parce qu'il travaillent sur lâcher le symptôme mais à un moment qui leur semble opportun.

Quelle place accorder aux techniques de rééducation dans un contexte d'angoisse ?

Le petit garçon qui était très angoissé, il faisait des [ill] à la place des [l], je lui avais un peu montré ça, il était fier de réussir, donc lorsque l'on montre un point technique comme ça, précis, que l'enfant réussit, ça peut valoriser, et du coup, c'est positif.

Derrière, il y a la question que l'angoisse peut être générée par le non-savoir, l'incapacité de l'enfant, et que si on règle cette incapacité, s'il progresse, s'il acquière plus de savoir, il lâche aussi son angoisse parce qu'il réussit ce qu'il ne savait pas faire. C'était une collègue ortho qui disait ça pour un enfant qu'elle voyait en rééducation logico-maths, elle avait fait un travail très technique et l'enfant avait lâché son angoisse grâce à ce travail.

C'est vrai que quelque chose de trop libre pour l'enfant, ça peut être angoissant. Il y en a qui sont rassurés par quelque chose d'assez cadrant. J'ai travaillé avec un enfant qui est très psychotique et on passait par quelque chose de très cadré. Il avait choisi un livre et soit il le recopiait soit il me dictait, donc dans les 2 cas, soit il écrivait, soit il lisait. Mais ce n'était pas une demande directe parce qu'il y avait l'écran de l'ordinateur entre nous qui triangulait un peu la relation, et le livre aussi qui permettait cela. Il aimait bien les exercices assez cadrés, des petites choses à trous à faire. Oui il y a des enfants de maternelle, lorsqu'ils rentrent au CP avec des apprentissages concrets, qui font moins appel à la créativité, ça peut apaiser l'angoisse, oui.

La fin d'une prise en charge suscite-t-elle de l'angoisse ?

Moi j'ai beaucoup de mal avec les arrêts. C'est difficile. C'est une séparation pour nous aussi, on crée un lien, un accompagnement assez long. Là quand j'ai transmis les prises en charge pour le petit garçon qui avait perdu son papa, on avait repris un petit peu depuis qu'il était petit toutes les personnes qui l'ont aidé et j'avais présenté l'autre orthophoniste comme quelqu'un qui allait aussi l'aider, on avait repris son parcours ; donc ce n'était pas un arrêt parce qu'il avait encore besoin d'orthophonie. Les arrêts, ça se prépare. Ça peut se manifester par de l'ennui chez l'enfant, il n'a plus envie de venir, c'est pas facile parce que parfois il y a des enfants qui n'ont plus envie de venir mais qui ont encore tellement de troubles, on a du mal à les lâcher ! J'ai des collègues, quand les enfants n'avaient plus envie de venir, quand elles entendaient qu'il y avait une trop grande lassitude, elles arrêtaient et puis les enfants revenaient plus tard avec une demande personnelle.

Que faire des situations qui n'évoluent pas du tout ?

Si c'est un trouble du langage, on constate des progrès quand même. Mais parfois les enfants sont au travail avec nous mais ça se manifeste pas à l'extérieur mais ils sont quand même bien au travail mais ça se manifeste pas forcément à l'extérieur donc là c'est plus difficile d'expliquer aux parents. C'est beaucoup plus facile lorsque ça déclenche des progrès, quand les parents le constatent rapidement, l'adhésion des parents est plus facile ! Avec des enfants qui progressent plus lentement ou en pédopsychiatrie par exemple, l'alliance avec les parents peut être plus difficile. Alors que ça peut être les enfants les plus malades.

Est-ce que c'est angoissant ?

Moi ce qui m'est difficile ce sont des ruptures non préparées de la part des parents. Certains parents ne prennent pas en compte l'attachement de l'enfant au lieu orthophonique et qui décident d'arrêter « comme ça » à la place de l'enfant. Ça m'arrive plutôt avec des parents d'origine étrangère et des enfants en grande difficulté ; des parents qui viennent beaucoup sur demande de l'école et qui indiquent beaucoup de réticences. Il ya des parents qui tolèrent que leur enfant vienne mais qui arrêteront comme ça, sans prévenir.

Les progrès de l'enfant : quelle responsabilité on a quand ça n'évolue pas ? quelle place on prend ? qu'est-ce qu'on ne réussit pas ? pourquoi une situation censée être bénéfique ne l'est pas ?

Il ne se passe pas la même chose selon les orthophonistes, selon le désir de l'orthophoniste qu'il y a derrière. L'enfant est très dépendant du désir de l'autre, s'il y a un désir très rééducatif, l'enfant peut se fondre là-dedans. S'il sent qu'il y a d'autres choses qu'il peut livrer de lui, il va pouvoir les livrer. L'enfant est très malléable, il se fie à l'adulte, c'est vital pour un enfant d'accrocher au désir de l'autre. C'est pas irrécupérable si on a raté quelque chose à une séance on peut le rattraper, en parler, faire autrement à la séance d'après. C'est pas irréversible. On est pas parfait. On a pas à être, à chercher à être parfait, mais suffisamment bon. Mais il faut être exigeant quand même avec soi pour travailler avec l'enfant. Idéalement il faut avoir une certaine exigence envers soi-même dans le travail avec l'enfant mais pas une exigence excessive envers l'enfant.

Comment faire confiance à l'enfant ?

On le positionne pas comme s'il était objet de l'autre, de la rééducation. Ce sont des angoisses qui sont présentes chez toute personne qui travaille avec l'enfant. Il y a un pédopsychiatre à l'hôpital qui avait une orientation psychanalytique, et je ne sais pas si ça l'a trop angoissé mais il a lâché complètement cette orientation pour développer un travail plus rééducatif. Dans son parcours il y a eu un changement clair d'orientation. Ce sont des questions qui sont très présentes chez les professionnels qui travaillent avec l'enfant.

Témoignage n°7

Comment définissez-vous l'angoisse ?

Déjà, il faut être en mesure de la percevoir. Il y a des moments où je me dis : « voilà, cet enfant est angoissé » et à d'autres je me dis : « est-ce qu'il faut vraiment noircir le tableau comme ça ? », déjà. C'est la première chose. On peut se dire que l'enfant est angoissé, qu'il y a de l'anxiété et tout mettre de ce côté-là, et se dire que du coup ça enraye sa machine à penser, etc. J'ai souvent tendance à fonctionner comme ça. Et du coup, je me dis : « attention, n'amène pas que la dimension psychoaffective et l'angoisse de l'enfant ».

Comment repérez-vous l'angoisse de l'enfant ?

Ca peut être dans les regards, ça peut être dans le premier contact, ça peut être dans la façon de se présenter dans la rencontre déjà : comment l'enfant se positionne par rapport au parent ? Comment le parent se positionne ? Il y a des phrases. Moi j'ai tendance à prendre beaucoup de notes, beaucoup d'écrit, donc des fois, en me relisant, je recroise ce que j'ai pu noter. C'est dans des gestes aussi. Un enfant qui est en train d'écrire et on repère que s'il pouvait péter la mine de son crayon en écrivant, il le ferait !

Je rencontre un enfant en ce moment qui a un grave problème psy, par moment, s'il pouvait grimper au mur, il grimperait dans toute la pièce ! Son angoisse à lui, elle saute aux yeux. L'autre jour, il était dans une situation à priori zen, calme, en train de faire un dessin, et je me suis dit : « tiens, je vais en profiter pour lui proposer un combi-pack qu'on installe sur les crayons pour aider les enfants à tenir leur crayon ». Et là, il me dit : « c'est super confortable, super appréciable ! » Il a commencé après un beau dessin à faire un super gribouilli, il commençait à se lâcher. Et quand la séance s'est terminée, je me suis dit que j'allai en parler à sa mère, et je l'ai prévenu : « on va en parler à ta mère, ça pourrait être intéressant si tu aimes ce genre de petit outil. » Sa mère est venue et à chaque fois que sa mère est là – bien que ce ne soit pas une mère envahissante ou quoi que ce soit – il se trouve qu'il s'emballe encore davantage. Ca n'a pas loupé ! On parlait de lui, il était très excité, son dessin à la fin il y avait des trous dans la feuille, et ce combi-pack qui était confortable pour lui, c'était fini...il avait les doigts qui rentraient dans la matière... !

Donc même s'il ne disait rien, qu'il était toujours avec son rire, même s'il sourie, le geste parle ! Pour moi, c'est un signe. Lui c'est flagrant de tout façon, parce qu'il se présente avec son angoisse derrière ses grands rires. Des fois les grands rires moi ça m'interroge, quand il y a trop de rires, c'est euphorique, je me dis : « tiens... ! » Ca m'interpelle. Ca ne veut pas dire qu'il faut tout loger derrière ça, mais moi ça m'interpelle.

Je suis en analyse de la pratique et on a été amené à parler de l'arbre généalogique, que moi j'utilise par moment. On évoquait les émotions, on se disait que parfois, il y a des pleurs qui sortent. Et moi dans l'interaction, j'ai vu une gamine, alors que je ne comptais pas parler de ce cas-là, et j'ai dit : « des fois c'est des rires aussi ! » et je ne savais même plus quoi en faire de ces rires sur l'analyse de la pratique. La psy me posait des questions et je commençais à être paumé. Ces rires, c'est bizarre, et je sais que cette petite fille est angoissée, elle est dans la vitrine, dans la parade. Et pour les parents, tout glisse, tout va bien, et au fur et à mesure, tu vois qu'il y a des choses déconnautes, gentilles mais un peu déconnautes, gentiment déconnautes quand même ! Que la gamine elle est sous pression et qu'elle a peur du regard de l'autre, etc. Et dans sa façon de fonctionner, je le vois, dans les rires. Dans cette façon qu'elle a de me demander : « qu'est-ce que t'es en train d'écrire là ? » « tiens, est-ce que c'était ça que tu attendais de

moi » Finalement tu penses être dans une situation que tu imagines écologique et qui finalement ne l'est pas tant que ça. Ceux qui ne sont pas trop angoissés vont se laisser emportés par la chose, ceux qui le sont davantage, ils sont dans la maîtrise, dans le contrôle.... « et pourquoi tu fais çà, et pourquoi tu fais çà »...

Lors de la première rencontre ça peut être aussi très prégnant. Il y en a qui déposent leur angoisse, et pour cette petite fille, c'était le cas. Et sa mère l'a découvert à ce moment-là....enfin, « a découvert »...en tout cas, socialement, elle m'a dit qu'elle découvrait la chose...en tout cas, elle avait l'air d'être surprise de découvrir que sa fille était aussi anxieuse que ça en classe. Où elle parlait de sa peur, où elle est considérée comme bougeant beaucoup dans les couloirs de la classe. Et donc la gamine a pu dire explicitement qu'elle en était arrivée à un stade où elle n'osait plus poser la question à la maîtresse parce qu'elle avait peur d'être mal vue, parce qu'elle a peur de l'échec. Donc là, elle a dit comme ça, directement. Maintenant elle n'en parle plus, mais dans son fonctionnement effectivement je vois bien qu'elle est anxieuse, mais elle ne pleure pas, elle ne fait pas des grimaces comme pour dire : « est-ce que je fais bien ou pas bien ? », c'est dans les rires, c'est dans la parade, c'est dans un truc un peu trop. Dans le « un peu trop ».

Comment garantir un regard objectif sur ces manifestations ?

De toute façon, on a tous nos angoisses déjà pour commencer, sans être dans des problématiques plus sérieuses. Tous les enfants, même ceux pour lesquels ça va à l'école, ont leurs angoisses. Certains ne sont pas dans la parade mais bétonnent musculairement, d'autres sont dans la parade. Mais on ne le repère pas forcément comme ça, c'est sur le long cours en fait. Avec les patients c'est pareil, si tu ne les vois que deux mois, tu vas percevoir des choses, si tu les vois cinq, six mois tu vas percevoir autre chose et si tu les suis sur le long cours, ce sera encore différent. La relation peut être d'une meilleure qualité avec des patients que tu suis 3 mois qu'avec ceux que tu suis 3 ans, tout dépend comme s'est passée la rencontre, mais si le lien s'est créé à partir, il y a des choses qui vont se découvrir au fur et à mesure. Donc le temps, l'espace, on revient toujours sur la même chose, comment objectivement peut-on être en mesure de se dire : « est-ce que ce n'est pas mon fantasme qui alimente la chose ? » « est-ce que j'ai pas tendance à cristalliser que sur ça ? » Moi j'aurais tendance à dire : vigilance ! C'est un peu mon angoisse à moi de me dire : « vigilance ! ne soit pas barré que là-dedans » Ma prise de notes me permet de repérer que là, tiens, il y a une évolution, et là à tel endroit, le parent m'a déposé ça, son angoisse, un fait qui me semblait anodin et après tu te dis : « mais c'est super important ! »

La dimension objective des fois c'est ça, des mots-clés qui ont été prononcés, et on arrive après à faire des liens, d'une séance à une autre. Donc, ce sont tous les sens qui permettent de voir qu'il y a une angoisse sous-jacente, un doute qui ne soit pas positif, porteur mais génère des freins, qu'on retrouve dans les troubles de l'apprentissage. Donc qu'est-ce qui me permet de repérer l'angoisse, c'est d'essayer d'avoir tous les sens en éveil ! L'ouïe : tu entends des choses, les mots du patient, les mots de son entourage, tes mots à toi : ce que tu es en train de dire. Le regard : ce que tu observes en séance, les petits détails : comment il rentre, comment il sort. Des fois tu repères des gamins que tu entends dans la salle d'attente alors que tu es en séance avec un autre enfant. D'autres qui sont calmes en séance, que tu as réussi à canaliser et dès que c'est le moment de sortir, ça y'est ça repart en live ! Donc tu te dis dis-donc là il a vachement canalisé, là il ouvre les vannes. Ou alors il se retrouve avec un autre adulte qui, à un moment donné, n'est peut être pas aussi rassurant. Ou alors c'est toi qui l'a trop contenu aussi, je sais pas. En tout cas, il se passe une chose à un moment donné et il faut que ça sorte.

Donc ça tu l'entends, tu l' observes. Et à côté on reçoit d'autres patients qui vont avoir leur angoisse par rapport à ce qu'il se passe, les échecs qu'ils peuvent vivre, et qui seront égaux à eux-mêmes en séance avec toi, calmes, sans rien laisser paraître.

Que faire de l'angoisse de l'orthophoniste en écho à l'angoisse de l'enfant ?

L'angoisse où toi tu te dis, ça se passe bien, tu as l'impression de te sentir bien et puis là, d'un coup, tu comprends pas, d'un coup tu ressens ta propre anxiété, voire te dire : « qu'est-ce qui se passe là j'assume pas ! » Ca te renvoie à ta propre angoisse. Moi c'est toujours pareil, quelqu'un rit, on va dire le rire est communicatif, les pleurs peut-être aussi. Quand on est dans l'empathie, on peut être touché par les émotions des autres. Il y a cette dimension de l'émotion dans notre travail. Quand je parlais de l'arbre généalogique qui est riche et qui libère des énergies, des pleurs et moi je disais que ça pouvait déclencher des rires aussi, émotionnellement ça peut se manifester par des rires, par des pleurs, et on en était à se dire, si ce sont des pleurs, tu les accueilles, tu te demandes ce que tu en fais, tu peux demander si la personne a envie d'en parler, et finalement ça c'est d'une richesse thérapeutique de pouvoir dire : « moi je suis touché par ce qui se passe là ». De montrer que oui, je suis orthophoniste, avec tout mon savoir, mais

attends, là je suis perturbé, sache que là moi ça me génère des choses, peut-être que pour toi aussi, est-ce que tu veux qu'on en parle ? Moi je peux te dire qu'il ya quelque chose d'un peu interpellant.

C'est essentiel. Ça doit se faire simplement, être authentique sans être à déballer ta vie privée mais être authentique sur l'émotion, sur ce qui est en train de se passer sur le moment. Du coup, je me dis que si tu ressens quelque chose émotionnellement, il y a une tension qui se passe. C'est peut-être une pulsion ou une tension, je sais pas, et derrière est-ce qu'il y a à chaque fois l'angoisse ? Qu'est-ce qu'on fait en tout cas de cette chose-là qu'on porte, qu'on déballe ? Donc l'angoisse on peut la retrouver dans les émotions et pas seulement celles que l'on perçoit comme de la tristesse, ou des pleurs, des chagrins, des colères, mais aussi dans les rires et les pleurs et aussi dans ce que ça te renvoie à toi aussi. Parfois tu sors de séance, et quand tu as un autre patient qui arrive derrière tu as presque la sensation de te remplir de quelque chose, et à la rigueur des fois ça pourrait être une échappatoire, parfois je me suis posé cette question-là.

Quand tu enchaînes les patients, parfois tu es peut-être en train de bétonner, c'est comme ça, c'est la vie, et parfois quand tu en as moins, je me vois rentré et me dire : « j'ai été contre-productif, j'ai eu des vides dans ma journée, tout seul dans mon bureau après des séances difficiles... » Alors ça peut être ta propre angoisse, ça peut être aussi ce qui a été déposé par la personne et donc toi tu es là dans la dimension du soin, à l'accompagner, et tu es dépositaire de ça aussi.

Quelle attention accorder à l'angoisse de l'enfant ?

Ca m'évoque une situation que j'ai vécu avec une mère de famille qui est venue avec une demande...parfois tu es embarqué dans des situations... tu ne vois pas le coup arrivé, tout va bien, l'enfant en l'occurrence s'il fallait poser un diagnostic on dirait qu'il est dyslexique et dysorthographique, ma relation avec lui se passe toujours bien, les choses se passent bien hormis le langage écrit et des parents bien dans le contact et tout, et là la première fois que la mère vient pour se poser et qu'on soit dans l'échange, elle arrive avec une demande – il est en CM1 – de comment va se passer sa vie au collège. Elle me dit j'ai vu l'enseignant, et me donner la fin de l'entretien avec l'enseignant. Je ne voyais pas trop où elle voulait en venir, oui d'avoir un accompagnement mais j'étais en train de me dire pourquoi elle n'y pense pas déjà au CM1 pour son fils, d'avoir des adaptations scolaires. Et dans l'échange, arrive le mot MDPH, elle parlait de la DL-DO sans dire le mot, et puis je sais pas pourquoi moi j'étais un peu gavé par ses mots, et au bout d'un moment je lâche le mot MDPH que j'explique Maison Départementale du Handicap....et là ! pla ! Elle pleure. Pourtant je ne l'ai pas amené de but en blanc, c'était dans l'échange et elle m'amenait vers ça. Je me suis dit : « mais le con ! pourquoi j'ai été dire ça ! » Et après j'ai eu l'impression de ramer pendant un bon bout de temps... ! Elle était en pleurs, et le fils qui la regardait, qui semblait touché, mais qui restait assez stoïque. On a continué à échanger, et puis après je me suis dit : « j'ai été lourd, pas bon » Là tu t'autoflagelles... ! etc.

Elle a réussi à quitter la séance en étant plus calme et puis elle est revenue la semaine d'après avec une autre question, et ça allait mieux, elle avait déchargé la séance d'avant. Et moi aussi je suis venu avec d'autres infos, et là il y a un travail qui est en cours. Toujours est-il que pendant tout ce temps, je n'ai pas eu accès à l'enfant, je lui ai demandé à un moment donné, mais rien. La séance d'après, une fois que sa mère est sortie, j'ai proposé à l'enfant qu'on reste ensemble pour échanger, il était d'accord. Je pensais à son anxiété à lui, à son angoisse. Comment il peut vivre ces choses-là ? Si sa mère vient déposer ça c'est qu'il doit y avoir une tension sous-jacente quotidienne que je comprends. Et donc lui est dépositaire de ça. Imaginons que ce soit son anxiété qui soit la cause première de ses troubles, et imaginons que ce ne soit pas la cause première mais en tout cas il va avoir sa propre anxiété parce que socialement il est constamment renvoyé à ça, et même ses parents qui font tout ce qu'il faut et qui craquent en séance d'orthophonie, là je me dis, le pauvre gamin...

Lui ce qu'il m'a dit de son angoisse, c'est qu'il a déjà redoublé une fois, il a deux ans de plus que sa sœur, sa sœur est dans la classe qui suit, et il m'a dit « moi la seule chose que je redoute c'est que ma sœur soit dans ma classe l'année prochaine si je redouble » c'est ça son angoisse, en tout cas il l'exprime comme ça. Du coup il a carrément mis de côté tout ce qu'il s'est passé avec sa mère, il a peut-être bétonné, il doit avoir l'habitude en fait, ça lui arrive peut-être tous les jours de voir sa mère pleurer. C'est pour ça que j'ai tendance à dire, la question de l'angoisse, nous on a tendance à cristalliser ça, si si c'est bien là qu'est son angoisse et en fait l'enfant t'exprime autre chose, une chose à laquelle dans ce cas-là j'aurais jamais pensé. Donc comment elle se formalise son angoisse ? Autour de la question de sa sœur qui serait dans la même classe que lui s'il redouble.

Témoignage n°8

Qu'est-ce que l'angoisse ?

Je ne sais pas ce que c'est. J'ai peur de confondre avec l'anxiété. Pour moi ce sont deux choses différentes. Ce que je sens chez certains enfants c'est une paralysie à penser, pour moi ce n'est pas possible de ne pas penser. Je ne sais pas si je vois des enfants angoissés, je pense aussi que ta propre angoisse fait beaucoup dans ta façon de percevoir l'angoisse de l'autre. Quand on est très angoissé, on peut voir l'angoisse chez l'autre. Toutes les projections sont possibles et c'est à toi de faire la part des choses et de prendre du recul.

Je pense à un patient qui a fait un bilan au CMP avec une autre orthophoniste qui a dit à la maman qu'elle n'avait pas de temps pour le recevoir, bien qu'elle ait fait le bilan, mais qu'il aurait besoin d'un petit coup de pouce, il était un peu chuté au niveau des tests, il y avait des choses un petit peu délicates au niveau de la langue écrite notamment. Pour l'ortho, le travail relevait plus d'une remise en confiance que de quelque chose de très « orthophonique » si on peut dire ça comme ça.

J'ai donc pris la main. Et je lui ai proposé des évocations orales en se lançant un ballon. Il était un peu paralysé au début par : « quel bon mot je dois dire ? » « quel mot tu attends de moi ? ». Et là pour moi, il y avait de l'angoisse, l'angoisse de ne pas répondre à ma demande. Quand il a compris que moi mon cheval de bataille dans ce cas-là c'était juste de dire : « tu peux tout dire », il s'est libéré, il s'est mis à rire, et il avait plein d'idées, les yeux qui pétillaient : « ah oui, j'ai vu ça à l'école !... » Et on est parti sur les chevaliers, plein de thèmes, on a fait des vraies évocations, d'une vraie richesse, et on a dû se passer le ballon, pendant je pense, pas loin de 10 minutes ! Ce qui est très long, et pendant lesquelles, lui a rigolé vraiment. Il a dépassé le stade de l'angoisse, celui où l'enfant se demande : « qu'est ce qu'elle attend de moi ? » « est-ce que je vais être le bon élève ? » Je pense que du coup l'angoisse que l'autre peut avoir, elle est aussi très liée à ce pourquoi il vient, et à ce qu'on lui a dit de nous, et quelle est l'image que l'on a dans son milieu de tout ça, qu'est-ce qui croit qu'on va faire. Ses représentations, les représentations sociales et familiales, scolaires aussi.

Donc c'est que je j'appelle l'angoisse moi, quelque chose qui te paralyse et t'empêche de penser. Tu ne sais pas trop pourquoi d'ailleurs, parce que c'est plus fort que toi toutes ces représentations. L'angoisse c'est quelque chose qui n'a pas vraiment d'objet. Quelque chose que l'on ne maîtrise pas, mais finalement on ne maîtrise rien ! On est plus dans les mots. Un mot tu ne sais pas à quoi il va te renvoyer. Il faut juste se laisser porter et le mot te fait voyager. On peut aussi penser un mot et ne pas l'exprimer. D'ailleurs il vaut mieux de notre côté, en tant qu'ortho, ne pas dire tous les mots qui nous viennent. Je pense que l'enfant fait pareil. Je ne néglige pas du tout ce potentiel là, savoir gérer ce qu'il a le droit de dire ou pas.

Repérez-vous des enfants pour lesquels l'angoisse est présente en continue, en « toile de fond » ?

Oui, j'en ai un qui a une histoire compliquée. C'est la grand-mère qui l'a accompagné. Je n'étais pas trop pour cette demande parce que ses parents sont séparés, il vit chez sa mère, loin de mon cabinet, sa maman n'a pas le permis. C'est la grand-mère qui est porteuse de la demande. Le papa vit donc chez sa mère à lui, qui fait la demande. Elle est venue une première fois en novembre, et je lui ai dit que ce serait mieux si elle trouvait une orthophoniste près du domicile de cet enfant, de l'école, un lieu qu'il fréquente régulièrement, pas comme chez elle où il vient un week-end sur 2.

Puis elle est revenue en février/mars en me disant qu'elle n'avait pas trouvé d'orthophoniste, que son petit-fils bégayait de plus en plus. Donc là j'ai pris mes responsabilités, je me suis organisée pour le rencontrer. Donc cette grand-mère va le chercher toutes les semaines pour l'accompagner à sa séance d'orthophonie. Sauf que ce petit garçon finalement je n'ai rencontré que sa grand-mère paternelle dans un premier temps.

Il était complètement mutique, paralysé, prisonnier de son corps. Une respiration très haletante, des rougeurs, un petit garçon mal en point. 3 ans et demi. Je me suis dit qu'il était peut-être pas autorisé à venir travailler dans mon bureau. J'ai laissé venir les choses. On fait des séances encore très silencieuses, on doit être à 7 ou 8 rencontres, après le

bilan que j'ai fait en 3 rendez-vous. Donc ça fait un paquet de fois qu'on se rencontre. Et malgré tout, il est très inhibé.

Je sais pas si c'est de l'angoisse, ça m'évoque un gamin qui est un peu prisonnier de lui-même, qui n'ose pas dire les choses, qui prend ce que je donne parce que ça passe par de l'imitation mais il ne m'adresse pas grand-chose. Il confond le oui et le non, c'est très particulier, il va dire non de la tête et faire quand même. J'ai fait vérifier l'audition, il avait effectivement une perte d'audition de 30% et un traitement d'otite a été mis en place. Mais j'ai l'impression que ça n'évolue pas beaucoup et qu'il est prisonnier de son corps.

Moi je ne l'ai pas entendu bégayer. Il parle de plus en plus. Je pense qu'il entend mieux grâce au traitement. Le grand-mère m'a dit qu'il s'exprimait de plus en plus spontanément. J'ai rencontré le papa une fois et je pense que ce papa est un peu bègue aussi, très timide, en tout cas, le jour où je l'ai rencontré, étrangement j'entendais comme du bégaiement. Et une maman que je n'ai jamais rencontrée, qui n'a pas le permis...

Donc c'est quand même très étrange de prendre un enfant dans son bureau, de suivre un enfant pour du bégaiement, aussi jeune, en ne voyant que la grand-mère paternelle. J'ai pas pu lui faire passer d'épreuves, il ne voulait pas parler. Au bilan, j'ai fait la réception de l'ELO, c'était extrêmement chuté, c'est là où je me suis dit que c'était pas possible, il devait mal entendre. Donc j'ai juste fait la réception, donc j'ai pas de bilan. Enfin, pas de « bilan »...Pas d'épreuves cotées en tout cas.

Après, moi, mon bilan c'est que l'idée que je me fais de mon travail, c'est qu'on est là pour l'expression et la compréhension, que j'ai à faire à un petit bonhomme très inhibé et que je crois que je ne peux pas laisser passer quelqu'un comme ça, même s'il a un bon niveau de vocabulaire, ce que je ne sais pas. Il peut être timide, mais là ce n'est plus de la timidité, il y a trop de retenue. Je ne sais pas si je suis le bon lieu, en tout cas c'est à moi qu'il est adressé, c'est à moi qu'on demande quelque chose, et moi je pense qu'on peut travailler pour la libération de la parole et de l'expression spontanée, et notamment au cours de jeux.

Et pourtant avec lui j'ai l'impression que ça pêche. Et si je prends du recul, ça bouge quand même. Parce qu'il peut refuser ce que je lui propose pour me proposer autre chose. Il n'accepte pas d'entrée de jeu. Jeudi, on a pu jouer à un jeu de bataille tous les deux, c'est la première fois où on avait un autre jeu que la dinette, que c'était un peu construit, et que ça durait longtemps. Et où il y avait des regards, mais pas de parole. Il a parlé qu'au cours d'une séance sur une dizaine. Il peut mais je sens des résistances, même physiques, des mouvements du bras, une respiration bloquée, c'est vraiment un petit bonhomme qui paraît super mal.

J'ai eu la mère au téléphone, elle me dit que ça se passe très bien à l'école, que c'est un garçon très sociable. Quand je lui avais évoqué de surveiller l'audition, elle était montée sur ses grands chevaux : « quoi ! vous me parlez de surdité ! »...Elle me décrit un garçon très sociable, très à l'aise, alors que moi je vois un petit garçon très inhibé, immature, une respiration buccale, langue pendante. Un cas un peu lourd ! Pas un petit garçon dynamique. J'ai quand même accueilli la grand-mère au départ en séance avec nous, il a jamais voulu jouer à trois, lancer le dé, elle est restée à deux, trois séances quand même. Et rien !

Donc, la mère me décrit un petit garçon que moi je n'observe pas du tout. Et me dit qu'à l'école, ça se passe très bien. J'ai pas appelé l'enseignant, mais récemment quand la grand-mère paternelle a été cherché l'enfant, elle a discuté avec l'enseignant qui lui a dit : « ah ! il répond plus, il parle plus, il est plus adapté. » C'est donc quand même qu'il y avait des choses qui n'allaient pas, contrairement à ce qu'on avait bien voulu me dire. Donc je ne suis pas si folle que ça de poursuivre mes recherches et mon travail. Parce qu'au tout départ, il n'y avait vraiment que la grand-mère maternelle à me dire que cet enfant ne parlait pas, ne s'exprimait pas, qu'il faisait des colères sans que personne ne comprenne pourquoi. Pour le coup, lui je pense que c'est un angoissé. Et je ne sais pas si je peux l'apaiser, moi-même n'étant pas très à l'aise dans ce contexte de soins.

Est-ce une prise en charge qui vous fait ressentir de l'angoisse ?

Aujourd'hui, je prends du recul mais j'étais très très mal. C'était supportable, j'arrivais quand même à penser. Mais assez mal pour me dire : « peut-être que je me plante complètement, peut-être que cette indication de travail n'est pas du tout pertinente ». Je remettais vraiment en cause ma proposition de soin et d'espace. Mais je me disais qu'il avait besoin d'un temps et d'un espace particulier pour lui, parce que je le sens tellement inhibé que ça me semble

pertinent qu'il puisse avoir un lieu où il a une parole qui soit entendue et qu'on crée autour de ça. Et j'y ai pensé tellement fortement que évidemment ce jour-là, il est venu avec son vélo parce qu'il voulait me montrer son vélo. Il est venu tout seul sans rien dire dans mon bureau et ce jour-là il a parlé un peu plus que d'habitude en rapportant des faits de sa vie perso.

C'est tout le temps comme ça. C'est tout le temps le moment où toi tu décides de bouger qu'il y a un truc qui bouge en face. C'est presque une constante. Aujourd'hui, il vient bien tout seul dans le bureau. Pour autant, je suis pas très à l'aise. Pas très à l'aise avec cette grand-mère qui a presque le rôle de mère. Face à moi en tout cas. Qui le maternelle énormément et qui en fait trop à sa place quitte à le rendre beaucoup plus jeune que ce qu'il est parce qu'il est capable de défaire sa veste, de faire plein de choses....Non, je ne suis pas très à l'aise avec la situation.

Mais en même temps je suis comme prise au piège, je me dis comment je peux emmener cette maman dans mon bureau, je l'ai invitée à venir, mais elle a pas son permis, il faudrait qu'elle vienne avec sa belle-maman, son ex-belle-maman avec qui elle ne s'entend pas. C'est venimeux cette affaire là ! Là pour le coup j'ai dû scinder ma pensée et accepter de ne pas faire un travail dans les normes comme on nous a décrit en théorie : travail avec les parents dans le cadre du bégaïement, etc... Mais moi je vois le patient et ce qu'on va pouvoir faire ensemble parce que là je vois bien que je ne vais pas attendre que la mère vienne. Ça n'est pas très confortable comme situation de travail, je ne sais pas s'il est vraiment autorisé à venir travailler. Il manque un après-midi d'école toutes les semaines pour venir travailler avec moi. C'est une pression que moi je ressens.

Mais apparemment il bégaierait moins, il bégaierait que quand il est énervé, ce qui est classique, donc c'est que malgré tout, il y a des effets de ce travail, parce qu'il ne s'est rien passé d'autre dans sa vie, a priori. Donc il y a des effets que je ne mesure pas, même si je ne suis pas très à l'aise, mais j'apprends à lâcher, à me dire, voilà c'est comme ça, c'est pas autrement et je suis là pour lui.

Rencontrez-vous des enfants qui sont davantage sur le versant agité des manifestations de l'angoisse ?

Oui, des enfants angoissés de ne pas savoir, je dirais. Il y en a plein. J'en suis un en CMP, je pense que ça s'exprime par la maîtrise du coup. Il rentre dans mon bureau, il va systématiquement proposer un jeu de pendu, systématiquement il va proposer des prénoms et des noms qu'il a vu la veille, le matin en classe, parce que dans le fond il sait lire, il sait écrire, mais je ne sais pas jusqu'où. Il a compris le principe de la combinatoire, mais sa compréhension est ultra limitée, et même sa compréhension de la langue orale, je vois bien que ce n'est pas du tout opérant, vif, il faut que les structures soient très très simples, il n'y a pas d'implicite. Je ne sais pas quel est le diagnostic de cet enfant-là mais c'est un cas très particulier. Et moi je me sens complètement....menacée, ce n'est pas le terme, mais.....c'est un enfant tyrannique, voilà, c'est ça. Ce sont des séances qui sont hyper dures pour moi, on est jamais dans le faire ensemble, enfin c'est très compliqué de faire ensemble. C'est que une suite de compromis, de tirage au sort, pour savoir par quoi on commence. Je n'y arrive pas, je ne m'y fais pas à cet enfant. Et moi je pense qu'il a tout à fait conscience de ses failles et que le milieu ordinaire ce n'est pas sa place, et plus il vieillit, plus il se dit que c'est une mascarade tout ça et que ça va bientôt tomber. Que ses parents croient ceci et cela mais en fait, ça marche pas. Il n'y a pas de lecture. On peut croire que mais ça tient à rien. Et du coup je pense qu'il est très très angoissé. Et que ça se manifeste par une maîtrise phénoménale des séances notamment. Et ça se finit parfois mal, je suis obligée de le faire sortir parfois plus tôt parce que c'est ingérable, ça explose, il fait tout, il fait n'importe quoi. Là pour moi il y a de l'angoisse, l'angoisse de ne pas savoir.

Et c'est horrible parce que alors même que moi je me fais l'idée de notre bureau comme d'un lieu où l'on devrait pouvoir travailler dans un climat apaisé parce que justement on essaie au maximum de se dégager des contraintes sociales et de l'aspect du groupe qu'on peut retrouver dans une classe, on reprend le temps de l'individu et de lui où il en est dans sa compréhension des choses, on ne fait plus référence au groupe et à sa classe d'âge et à ce qu'il devrait pourtant savoir. Finalement là ça devient quand même menaçant. J'ai sûrement ma part de responsabilité dans ce que je propose, mais c'est comme ça il avait tout le temps ce don de se remettre dans les mêmes situations.

Et ça n'est pas le seul, au CMP, j'en ai deux comme ça qui choisissent des situations où ils se mettent presque systématiquement en échec. Il y en a un qui n'arrive pas à entrer dans la langue écrite, il est en CP, peut-être qu'il est sur le versant de la déficience, peut-être, j'en sais rien mais en tout cas il demande systématiquement à jouer au maître et c'est lui qui est le maître. Et je fais l'élève, et parfois je pose des questions en tant qu'élève, ou alors je me rebelle. Il fonctionne beaucoup au point vert et point rouge, et moi je lui dis : « les points verts, les points rouges,

moi ça m'ennuie, je veux pas. » Je fais l'élève chiant. Du coup, il me dit : « bon on va faire une dictée, mais je sais pas écrire dictée donc on fait comme ci. » Donc voilà il se met dans des positions où il vient me montrer qu'il ne sait pas et il aimerait tellement détenir cette place de celui qui sait. Et du coup dès que je lui pose une question qui le met un peu en difficulté en tant que maître d'école, hop, il efface, il change, il change même d'espace dans le bureau, en disant qu'on va faire autre chose.

On sent dans son regard, quelque chose de très angoissé d'un coup, une précipitation : « bon allez on fait autre chose, on fait autre chose » Vraiment on sent l'angoisse de ne pas savoir. Pour moi c'est une de leurs angoisses. Ils ne savent pas ce qu'ils savent pas, moi-même je ne sais pas ce qu'ils savent pas mais en tout cas la peur est présente. On sent que c'est la demande de l'autre aussi qui peut créer ça, qui conditionne beaucoup de choses je crois. Et que nous du coup dans notre façon de poser des questions, dans notre positionnement, je le mets face à ces difficultés. D'ailleurs cette phrase ressort beaucoup chez les enfants : « oui mais toi tu sais. » Dans ces cas-là, ne pas hésiter à ouvrir son dictionnaire ! A montrer que nous aussi on cherche, on ne sait pas tout.

Comment prenez-vous de la distance par rapport ces situations ?

Après une séance avec l'enfant qui est dans la maîtrise, dont je parlais tout à l'heure, je sors en mangeant du chocolat ! J'essaie de voir chaque jour avant de le recevoir, déjà je me concentre, j'essaie de me rappeler ce qui s'est passé la semaine d'avant, sans nécessairement reprendre mes notes. Et je vois comme il a envie de me plaire ce petit garçon, il ne veut absolument pas me déplaire, et si ça s'est mal fini il va souvent arriver avec un dessin où c'est écrit « je t'aime ». Et ça je me dis que c'est quand même quelque chose de très puissant. Et il est capable aussi de me le crier au travers du hall au CMP : « je t'aimmmmmme ! » Et j'ai l'impression qu'il crie à l'amour, il a tellement peur que je le malmène, « mal-aime » ou je sais pas comment dire... ! Et il m'exaspère, il m'exaspère au plus haut point, il me fatigue, rien qu'avant de le recevoir, je sais que c'est de la concentration et après il faut que je sorte me faire un thé, manger tout ce qui me passe sous la main. Je ne suis pas bien, très souvent.

J'essaie de faire en sorte de lui proposer un cadre où il se sente pas menacé, et qu'il puisse se poser. Je suis vraiment sur le faire ensemble, en fait j'y suis depuis septembre. Mais j'y arrive pas. J'y arrive vraiment pas. Et parallèlement son comportement est de plus en plus dur aussi à la maison. Ma solution c'est d'en parler en analyse de pratiques, ce que je compte faire mardi prochain. Je n'ai pas pu le faire avant, je n'étais pas prête. 9 mois pour accepter que je n'y arrive pas.

Pouvez-vous évoquer l'analyse de pratiques ?

Ca me permet déjà de reposer le cadre. Pourquoi je reçois ce patient ? Et je ne retourne pas voir dans son dossier parce que là je fais avec ce qui est en moi. Et la psy en me posant des questions va m'amener à re questionner les choses, à me re questionner. Je sais que je connais l'histoire de ce patient, je n'ai pas besoin de mes notes, ce serait juste pour me rassurer, avoir la sensation de maîtriser, de mieux dire. Peu importe ce qui compte c'est aussi ce que tu as en toi. Quand tu es face à lui c'est ça que tu as en toi, ce ne sont pas tes notes.

Ce qui va m'aider c'est qu'elle va me poser des questions sur mon ressenti, sur ce petit bonhomme, sur mon métier aussi tout simplement, le pourquoi de nos rencontres, ce qu'il se passe dans les séances. Et elle va faire des liens que je n'ai pas fait. C'est tout le temps comme ça. Elle va montrer la cohérence. Tu rapportes ça, il s'est passé ça, et aujourd'hui il se passe ça. Tu crois qu'il y a une question autour de... ?

Elle essaie de faire du lien, quand toi, dont c'est le métier, de faire du lien, tu n'y arrives pas, tu y arrives quand il y a un fil, mais quand tu n'arrives pas à faire le fil....gloups ! T'es dans un gouffre et tu te dis : « mais je mouline ! ». Ce sont juste ses questions qui m'aident, ce sont pas tant ses réponses. L'analyse de pratiques, tu n'as pas tant de réponses que ça, tu as surtout des questions. D'écouter les autres aussi, empêtrés avec leurs suivis, ça fait tellement de bien, de se dire qu'on est pas tout seul à mouliner dans ta semoule.

Parler avec des collègues sur notre lieu de travail, ce n'est pas pareil, parce que c'est sur le temps de pause, il y a pas l'idée du lieu clos. Le lieu clos, privilégié, où on paie quelqu'un pour qu'il nous écoute, c'est pas pareil. Je la paye pour qu'elle m'accompagne, elle est d'accord. C'est pas comme une collègue. Pour moi, c'est un outil de travail, vraiment. Un des meilleurs. Sinon, j'écris moi-même. Quand je sais que je n'ai pas analyse de pratiques tout de suite. Aujourd'hui j'ai moins besoin d'écrire qu'au tout début. Aujourd'hui c'est vraiment dans des cas comme ça où c'est

lourd. Je sais que l'orthophoniste qui était avant moi peinait aussi beaucoup. Ça me rassure de savoir ça aussi. Encore une fois, en analyse de pratiques, ce ne sont pas tellement les réponses que juste le fait de décharger aussi.

C'est aussi important d'avoir des ressources autres que ce qui peut tourner autour du travail. Je trouve dans le théâtre de la ressource. Ou la guitare aussi. Marcher à la mer, nager. Ce sont des moments où je ne pense pas à ce travail. Et finalement, mieux que ça, je prends du recul en me disant : « Finalement, on se rencontre qu'une demi-heure par semaine, en gros, je suis pas non plus vitale, l'orthophonie c'est du confort, on peut pas être super performant sur toutes les séances, c'est quoi cette idée de rentabilité ?! ». Tout ce qui peut aider à relativiser ton action, tes bienfaits, tes malfaits, tout ça c'est bon à prendre.

Est-ce que des éléments de votre vie personnelle peuvent venir empiéter sur votre vie professionnelle ?

Oui, énormément. Ce que tu vis dans ta vie perso, c'est très intense, ça a un énorme impact sur ton travail. Par exemple, mardi, très concret, j'avais ma représentation de théâtre, c'était un pur plaisir de monter sur scène, j'avais très envie, j'avais une énergie folle toute la journée, et du coup, j'avais plein d'idées, j'ai créé plein de choses avec plein de patients. Et au contraire, il y a aussi des choses qui peuvent te plomber dans ta vie perso, et où tu sens que tu rames pour écouter ton patient, lui proposer des choses, pour être réellement avec lui parce que tu te sens à 3000 lieues ! Tu sens ton attention qui saute.

En tout cas, je crois qu'on reste UN, on ne se scinde pas. De la même manière, si on a une bonne journée au travail, on a eu des beaux mouvements, des belles paroles, des indications de mise au travail, quand un enfant te dit : « j'aime dessiner et j'aime écrire des histoires ! » alors que tu pensais que tu n'allais jamais réussir à entrer dans l'écrit avant la fin de l'année scolaire... ! C'est génial, tu rentres avec des belles phrases, des belles paroles, ça donne aussi beaucoup d'énergie dans ta vie perso.

Tu as une façon d'écouter qui est particulière aussi, je pense, en tant qu'orthophoniste, tu t'accroches à des petites choses, des petits riens, tu entends des petits trucs, c'est chouette. C'est une façon de se positionner par rapport aux autres, au monde et aux choses, qui est sûrement un peu particulière. On se lie à des petites choses de rien, on se réjouit aussi.

Résumé

Il s'agit dans ce mémoire d'essayer de comprendre ce qu'implique l'angoisse de l'enfant dans le cadre d'une intervention orthophonique. Pour cela, nous avons d'abord étudié la place de l'angoisse dans le développement de l'enfant ainsi que les différentes dimensions du cadre de soins proposé en orthophonie. Associant ces données théoriques aux expériences cliniques des orthophonistes recueillies lors d'entretiens, nous avons cherché à comprendre dans quelle mesure l'angoisse de l'enfant pouvait entraver la démarche de soin et sur quelles ressources les orthophonistes pouvaient s'appuyer pour dépasser ces difficultés.

Mots-clés

Angoisse – Enfant – Symptôme – Clinique - Soins – Orthophoniste - Relation thérapeutique – Empathie - Contre-transfert – Entretiens cliniques

In this thesis, we intend to understand how child anxiety can become an issue in the field of speech therapy intervention with children. Thus, we first study the role of anxiety in a child's development and the different dimensions of a speech therapist's care with children. From the encounter of these theoretical informations with the clinical experiences of speech therapist, we try to show how child anxiety can first be considered as an obstacle to speech therapists' care and to study the means on which speech therapists can then lean on to overcome these difficulties.

Key words

Anxiety – Child – Speech therapy – Care – Therapeutic relation – Empathy – Clinical experiences