

Unité de Formation et de Recherche – “ Médecine et Techniques Médicales ”

Année Universitaire 2010/2011

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

Présenté par

Sylvie BOURRINET GERMAIN

(née le 17/07/1981)

et

Erwan CAËR

(né le 08/02/1973)

**LES FONDEMENTS D'UNE CLINIQUE ORTHOPHONIQUE
QUELLES POSITIONS POUR QUEL SOIN ?**

Président du Jury :

Mme PRÉVERT Marie-Joëlle, orthophoniste, chargée de cours à l'École d'Orthophonie de Nantes.

Directeur du Jury :

M. BRICE Alain, maître de conférences en psychologie clinique et pathologique à l'Université de Nantes.

Membre du Jury :

Mme JAFFRÉDO Nadine, 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”.

Terraqué

Il y en a qui doivent
Parler, parler encore à l'ombre dans les coins

Des plaies qui cicatrisent avec beaucoup de mal
Dans la nuit la plus claire

Et des étangs qui bâillent
On dirait contre un mur
Qui les tiendrait couchés.

Il y en a qui doivent
Longer ce mur, le même,
Et tâcher de l'ouvrir

Avec des mots, des noms qu'il s'agit de trouver
Pour tout ce qui n'a pas de forme et pas de nom.

Eugène Guillevic

Table des matières

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
1.LES DIFFÉRENTS TEMPS DU POSITIONNEMENT THÉRAPEUTIQUE EN ORTHOPHONIE.....	8
1.1.RÉFLEXIONS SUR LE POSITIONNEMENT HORS PRISE EN CHARGE.....	9
1.1.1.LE SYMPTÔME.....	9
Le trouble comme symptôme.....	9
Le symptôme : nature et fonctions.....	9
Symptôme et pathologie.....	11
Le symptôme selon J. Lacan	13
Symptôme de l'enfant, symptôme parental.....	15
Symptôme et langage.....	17
Le symptôme dans la relation thérapeutique.....	19
1.1.2.LE TRANSFERT.....	22
1.1.3.LA FONCTION DE LA PAROLE.....	25
La parole, nature et fonctions.....	25
Les effets d'une écoute de la parole.....	27
1.1.4.L'ESPACE ORTHOPHONIQUE.....	30
1.1.5.L'ÉTHIQUE DE GUÉRISON ET L'ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE.....	35
Des malades peu ordinaires.....	35
Une aide proposée.....	36
Guérir ?.....	37
L'absence de trouble : une norme dans une culture.....	37
Ce qu'implique le symptôme.....	39
Recherche de gratification.....	40
Éthique de l'autonomie.....	41
Une exigence professionnelle.....	42
1.1.6.LE POSITIONNEMENT PAR RAPPORT À LA CROYANCE.....	46
Une incontournable croyance.....	46
Pensées autour de J. Lacan.....	46
Dimension sacrificielle de la croyance.....	47
Le cadre orthophonique comme une liturgie.....	48
Croire en soi.....	50
Une croyance pour affronter le savoir.....	50
La croyance comme certitude.....	51
La croyance mimétique.....	52
1.1.7.LE POSITIONNEMENT PAR RAPPORT AU SAVOIR.....	53
Un savoir empêché.....	53
Savoir pour aider ?	56
Notre rapport au savoir renvoyé au patient.....	58
Un savoir supposé.....	58
Perspectives thérapeutiques	59
1.1.8.LA TECHNIQUE.....	62
Préambule.....	62
La Technique et le Sujet.....	63
Une défense.....	63
Placebo et médiateur.....	64

Création.....	65
1.2.LE CADRE DE LA RENCONTRE, PARTIE INTÉGRANTE DU SOIN.....	66
1.2.1.LE CADRE MATÉRIEL.....	66
1.2.2.RÉPONSE À LA PRESCRIPTION.....	69
La prescription.....	69
Liens aux institutions.....	70
Une réponse à la demande des parents et de l'enfant.....	71
1.2.3.LES RENCONTRES AVEC LES PARENTS ET L'ENFANT.....	74
L'accueil d'un groupe.....	74
Présentation à l'enfant.....	75
Construction d'une relation thérapeutique.....	76
1.2.4.LE TRAVAIL COMME DÉLÉGATION.....	77
1.2.5.LE CONTRAT PASSÉ AVEC LE PATIENT.....	80
1.2.6.LA QUESTION DE LA SÉPARATION.....	82
1.3.LE TRAVAIL AVEC LE PATIENT, EN SÉANCE ET HORS SÉANCE.....	84
1.3.1.QUELLE APPRÉHENSION DU SUJET ET DU SYMPTÔME ?.....	84
Les attentes du thérapeute concernant le patient et son symptôme.....	84
Plus qu'une écoute du symptôme, une écoute du sujet.....	87
Attaque et respect du symptôme : quelle contradiction ?.....	89
1.3.2.TRAVAIL DE SYMBOLISATION : POSITIONS ET PROPOSITIONS THÉRAPEUTIQUES.....	95
Faire advenir une parole.....	95
Soulager quelque chose de son désir dans la parole.....	98
Les médiations.....	98
Vers une mise en ordre.....	102
Limites du langage et de la parole.....	103
1.3.3.POSITION DU THÉRAPEUTE DANS LE TRANSFERT.....	105
Reconnaître l'existence du transfert.....	105
Résistance et mise au travail.....	106
Symptôme et transfert.....	107
De l'inédit.....	107
Rôles et places.....	107
Orthophonie et transfert.....	110
Amour de transfert, demande, positions.....	111
1.3.4.L'ATTENTION PORTÉE AU CONTRE-TRANSFERT.....	114
Définitions.....	114
Le contre-transfert au cœur de la relation de soin.....	115
Le travail sur le contre-transfert, un enjeu.....	118
Contre-transfert : le début d'un travail.....	123
Conclusion sur le contre-transfert.....	127
La position basse.....	127
1.3.5.UNE COTHÉRAPIE : LA SYMBIOSE THÉRAPEUTIQUE.....	133
2.EXPÉRIENCE DE SUPERVISION.....	138
2.1.INTRODUCTION.....	139
2.2.POURQUOI PRÉSENTER UN TRAVAIL DE SUPERVISION ?.....	139
2.3.LE CADRE DE LA SUPERVISION.....	141
2.4.AU CŒUR DES ÉCHANGES.....	143
2.5.LES RESSORTS DE LA SUPERVISION.....	144
Parole et savoirs partagés.....	144
Exemple du déroulement d'une séance.....	145

Parole et écrits en supervision	147
2.6.DE L'INTÉRÊT DE LA SUPERVISION.....	149
Création d'un espace pour penser : espace externe, espace interne.....	149
Formation du thérapeute.....	150
Penser tout acte comme mouvement.....	151
Penser la demande de l'enfant.....	152
Penser autrement.....	154
Supporter de ne pas comprendre.....	156
Prendre soin du soignant... pour le patient.....	159
Un temps pour penser l'enfant dans sa structure familiale.....	161
Pluralité des avis.....	164
Après une séance de supervision.....	165
Transferts.....	168
2.7.CONCLUSION.....	170
3.CONCLUSION.....	172
4.BIBLIOGRAPHIE.....	176

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Au bout de trois années d'études, l'étudiant en orthophonie dispose d'un certain nombre de savoirs et de techniques ayant trait au champ large de la pratique de l'orthophonie. Ce bagage, s'il permet une relative et nécessaire maîtrise dans le domaine de la rééducation, ne nous apparaît pas pour autant suffisant pour cerner l'intégralité des enjeux de la clinique orthophonique. Selon nous, pour une meilleure connaissance de ces enjeux, une réflexion sur la pratique elle-même est fondamentale, et ce à plus forte raison pour des étudiants qui s'apprêtent à débiter leur exercice. Tout praticien doit en effet pouvoir être en mesure de questionner sa pratique, car comme toute pratique, elle engage les sujets qui la font ; la dimension de l'« être » – le praticien, le patient – dans la clinique, a certes, en de nombreuses occasions, été abordée tout au long de notre formation, mais elle n'a cependant jamais fait l'objet d'un cours qui lui serait consacrée, comme si cette dimension était de l'ordre d'un indicible. Celui-ci est lié à la complexité même du genre humain et des relations entre les individus. Il l'est aussi pour le formateur – souvent orthophoniste – en raison de l'assimilation de l'analyse de pratique, mettant en exergue la subjectivité, à de l'intime. Par choix ou par devoir, l'enseignant peut préférer nous orienter davantage sur la dimension technique. Or, selon nous, une pratique rééducative se définit avant tout par le praticien lui-même – son être, ses références –, dans *l'hic et nunc* avec le patient et non par la technique employée. Pour illustrer notre propos, nous pouvons prendre l'image d'un palimpseste pour représenter la rééducation : il ne cesserait de dévoiler ses couches inférieures faites de l'être de chacun – dont une part d'inconscient à l'œuvre – malgré les écritures techniques sur la couche superficielle... les couches inférieures continuant alors d'apparaître inexorablement en filigrane comme la véritable écriture fondamentale, ineffaçable.

Tout au long de nos études, nous nous sommes intéressés à cette empreinte subjective dans la rééducation, à ce qui se joue là, entre les êtres. C'est une source de questionnement qui a animé les deux étudiants que nous sommes. Une discussion initiée en première année et qui ne s'est jamais tarie, ayant toujours et encore quelque chose à découvrir, à comprendre au point de vouloir en faire l'objet d'un mémoire. La question de l'être, en effet, continuait de s'imposer à nous... apparaissant comme le fondement même d'une clinique... tel un cœur qui donne sa pulsation vive.

D'une vision envahie par la question de l'étiologie, nous avons cheminé tout au long de nos études vers une conception plus dynamique des troubles, qui prend en compte l'aspect psycho-affectif de l'individu, son inconscient.

Dans ce mémoire, nous proposons donc de soulever une problématique autour de la clinique, de ses fondements. Comment la penser, la caractériser ? Elle reflète nos interrogations de praticiens débutants, sur les enjeux, engageant l'être, de la proposition rééducative. La psychanalyse sera une ressource essentielle pour nous permettre de cheminer dans cette problématique qui se veut davantage une question à soutenir que des réponses définitives à apporter.

Ce que nous allons chercher à montrer, c'est qu'une clinique, ici orthophonique, peut être appréhendée comme un ensemble de positions visant le soin. Nous nous attacherons aussi bien à celles du praticien qu'à celles des patients, intimement liées. Avant de préciser ce que nous entendons par *position*, il nous paraît important d'introduire ici la notion de *soin*. Que peut être le soin en orthophonie ? Le concept de soin répond à l'idée de trouble. M. Masud R. Khan écrit au sujet de D. W. Winnicott : « Mais il s'était également découvert avant tout dans sa rencontre avec ses patients qui, à leur tour, avaient perçu leur propre vérité et leurs besoins dans leur rencontre avec lui. »¹ Bien qu'orthophonistes, nous voyons ici une interaction, une dynamique qui nous concernent. Cette citation met en avant certains éléments qui nous semblent essentiels concernant le soin : il se fait dans la relation, qui devient thérapeutique parce qu'elle libère de quelque chose, entraîne l'émergence d'une vérité, d'une problématique et de désirs. Elle permet à chacun de se reconnaître dans son identité, dans son individualité et d'envisager son propre mystère, la complexité de son être au regard de celle de l'autre. Cette phrase souligne également un point important selon nous : il est reconnu au patient un « pouvoir » sur le thérapeute car l'enrichissement est mutuel, réciproque. Il cherche alors, par son attitude, à permettre et à développer cette position de pouvoir chez le patient.

Le soin se fait donc au travers d'une relation qui permettrait in fine l'émergence d'un sujet suffisamment libre pour les apprentissages, dont la curiosité pour sa culture n'est pas bridée, ce qui sous-entend implicitement une capacité de vivre la castration, la séparation, l'autonomie corporelle, psychique, intellectuelle... Cette visée émancipatrice, l'orthophoniste l'a constamment à l'esprit.

Après ces considérations sur le soin, nous envisageons les positions et leur hétérogénéité. Des perspectives différentes expliquent la multiplicité même de ce qui nous semble être des vecteurs de soin. Par le terme de position, nous entendons par exemple un ensemble de

¹ M. Masud R. Khan, extrait de la préface de *La consultation thérapeutique et l'enfant* de D. W. Winnicott, p. 13

réflexions que l'orthophoniste soutient, un cadre théorique, éthique auquel il se réfère, qui lui permettra de lutter contre une pratique immédiate, sans recul. Il pourra, selon les cas, s'agir de rôle, de fonction, d'état d'esprit, d'attitude, d'être au monde. Certaines positions seront – aussi bien pour le praticien que pour le patient –, à découvrir, à travailler, à tenir ou à faire évoluer. En effet, ce que nous voulons mettre en exergue, c'est la possibilité de leur jeu, pour chacun, et donc d'une latitude dans la clinique. Nous observons que les positions impliquent différents degrés de maîtrise ou de conscience.

Nous verrons en quoi toutes les propositions thérapeutiques supposent un positionnement initial : comment donnent-elles une identité à la clinique, comment font-elles soin et pourquoi une analyse de celles-ci est nécessaire ? Nous verrons également en quoi la position du thérapeute induit une position chez le patient et vice versa, et en quoi cette induction peut faire partie du travail à mener. Nous interrogerons la spécificité éventuelle des positions orthophoniques.

Nous avons pris conscience que les positions pouvaient s'organiser selon un axe relatif au *temps* de la pratique, c'est-à-dire allant d'une réflexion solitaire du praticien à une interaction entre lui et le patient. Certaines se situent donc en amont de toute prise en charge, nous pouvons dire hors patient, hors séance ; d'autres sont liées plus spécifiquement au temps de la rencontre entre thérapeute et patient ; certaines enfin, s'inscrivent davantage dans le temps installé de la prise en charge. Nous avons choisi de conserver cette progression pour organiser la première partie de notre mémoire.

Dans une deuxième partie, nous présenterons la supervision, qui est un temps d'analyse des positions, hors temps de prise en charge.

Tout au long du mémoire, il y aura des entrecroisements car certaines positions sont interdépendantes et ont leur place dans chacun des différents temps. De plus, elles seront envisagées sous divers angles, accentuant encore cet effet. Certaines idées pourront aussi apparaître contradictoires car elles reflètent d'une part, l'esprit d'un compromis permanent – l'exigence de soin étant plurielle dans ses déclinaisons – et d'autre part, dans les situations de rééducation, la vérité de l'instant. Notre réflexion portera sur les patients enfants et adolescents. Par ailleurs, pour illustrer nos approches, nous avons choisi de proposer des vignettes cliniques. Dans un souci d'anonymat, nous avons modifié les prénoms des patients.

Revenons à présent plus en détail sur la progression de notre travail. Le premier temps sera ici pour nous l'occasion de proposer des réflexions sur le positionnement hors prise en charge,

constitutif de notre clinique. Tout d'abord, nous verrons comment les troubles des apprentissages, quand ils sont envisagés sous l'angle du symptôme, acquièrent une valeur éminemment subjective qui va imposer une dimension à la clinique, celle où l'inconscient est reconnu.

La reconnaissance de la marque de l'inconscient dans la clinique, outre le symptôme, permet d'éclairer le lien entre thérapeute et patient, notamment dans son caractère transférentiel. Nous interrogerons donc les enjeux d'une relation transférentielle.

Toujours avec des références issues de la psychanalyse, nous proposerons ensuite une réflexion sur ce qu'est la parole – sa nature, sa fonction – et sur ce que peut être une pratique de parole.

Après avoir évoqué ces notions – symptôme, transfert, parole –, nous en viendrons à décrire l'espace dans lequel celles-ci se déploient. Nous soulignerons les particularités de ce *domaine partagé* et ce qu'il implique par rapport à l'enjeu de la prise en charge.

Dans ce premier temps, nous interrogerons également les valeurs qui président à nos choix pratiques. Nous verrons alors en quoi cette réflexion sur l'éthique apparaît tout à la fois comme une latitude – pluralité des manières de faire – et simultanément, une prise de conscience d'une restriction volontaire liée à notre conception du sujet et la finalité de notre exercice.

Une question fondamentale de l'être au monde réside dans le croire. Nous verrons en quoi les rapports que l'individu tissent avec le monde – le thérapeute, les autres, le savoir, le langage –, supposent un élan qui s'appuie sur la croyance.

À la suite de cette réflexion sur la croyance comme élément fondateur dans la construction de l'individu, nous porterons plus précisément notre attention sur le rapport que patient et orthophoniste entretiennent avec le savoir. Nous montrerons, que, conscient ou inconscient, il détermine grandement, par notre positionnement à son égard, notre clinique.

Pour conclure cette partie sur notre positionnement hors patient, nous proposerons une réflexion sur la technique qui sera appréhendée alors plus comme une surface, à l'image d'une « écorce », que comme un « noyau », en ce qu'elle permet aux sujets d'entrer en contact. En tant que médiation, elle pourra avoir valeur de placebo. Elle pourra aussi soutenir un processus créatif engageant patient et orthophoniste.

Dans notre progression vers le temps de la prise en charge, nous proposerons dans une deuxième partie une réflexion sur le cadre de la rencontre qui, selon nous, fait partie intégrante du soin.

En préambule de cette réflexion, nous ferons une présentation de quelques éléments du cadre matériel, et plus spécifiquement sur l'espace comme lieu de rencontre.

Nous porterons notre attention sur la prescription. Nous verrons alors qu'une de nos latitudes réside dans la manière même de la concevoir, ce qui impliquera parallèlement une réflexion sur notre positionnement par rapport à la nosographie. Nous interrogerons ensuite nos liens par rapport aux institutions. Enfin, nous étudierons comment les premiers échanges avec le patient et la famille sont marqués par notre réponse à la prescription.

Le temps de la rencontre avec parents et enfants sera consacré à la présentation de notre fonction, du travail à mener, des enjeux de la prise en charge. Nous nous y intéresserons car ce temps participera pleinement à la construction de la relation thérapeutique et ce notamment parce qu'il permettra que s'instaure une délégation parentale, importante dans notre exercice.

La rencontre est également un temps pour que s'envisage, avec le patient, le contrat thérapeutique. Nous verrons en quoi il signifie le début d'un travail. Dès lors, nous pouvons en évoquer une des raisons : le contrat présente l'intérêt d'envisager la séparation. Nous proposerons quelques réflexions sur cette dernière, à laquelle sera accordée la valeur d'un enjeu dans le soin.

Après le temps de la rencontre, vient le temps de la prise en charge avec le patient. La troisième partie de ce mémoire y sera consacrée. Elle viendra prolonger la première partie hors patient.

Dans un premier temps, une réflexion sera proposée sur le positionnement du thérapeute par rapport au patient et à son symptôme. Seront abordées alors les attentes du thérapeute. Nous verrons également comment sujet et symptôme peuvent sembler opposables relativement à la place accordée dans la clinique. Un temps sera ensuite dédié aux termes de respect et d'attaque du symptôme.

Comme possible réponse à lui apporter, l'orthophoniste va proposer au patient un travail de symbolisation, de parole. Nous verrons alors les tenants et aboutissants d'un tel travail. Là encore, nous décrirons les positions de l'orthophoniste.

Une partie consacrée au positionnement de l'orthophoniste vis-à-vis du transfert nous permettra de répondre aux questions suivantes : à quelle(s) place(s) le patient peut-il nous mettre ? comment cela le sert-il ? quelle latitude avons-nous pour y répondre ?

La question du transfert du patient en appelle une autre, celle du transfert du thérapeute, nommé couramment contre-transfert. Une partie sera consacrée à ce qui peut être considéré comme le cœur même de la relation et un enjeu primordial. L'interdépendance des psychismes sera alors mise au premier plan.

Si on considère le contre-transfert comme un enjeu, c'est parce que d'une certaine manière nous ne sommes pas complets car nous recherchons nous aussi quelque chose dans la relation. Les deux protagonistes seraient à « soigner ». C'est ce que nous nommerons la *cothérapie*, la symbiose thérapeutique, notion que nous développerons également dans ce troisième temps.

Comme nous l'avons précisé précédemment, nous avons choisi de présenter dans une deuxième partie la supervision, qui est une véritable démarche clinique de la part du thérapeute. Il a été possible pour l'un d'entre-nous de découvrir ce dispositif qui a comme finalité l'amélioration du soin. Nous en expliquerons tout d'abord le cadre. Viendra ensuite brièvement, avant d'y revenir plus longuement, ce qui constitue le cœur des échanges de ces séances de supervision. Puis, nous verrons sur quels ressorts elle s'appuie avant de montrer, dans un dernier temps, en quoi elle peut être d'un grand intérêt pour l'orthophonie.

Enfin, nous concluons.

**1. LES DIFFÉRENTS TEMPS DU
POSITIONNEMENT THÉRAPEUTIQUE EN
ORTHOPHONIE**

1.1. RÉFLEXIONS SUR LE POSITIONNEMENT HORS PRISE EN CHARGE

1.1.1. LE SYMPTÔME

LE TROUBLE COMME SYMPTÔME

Pour expliquer la présence de troubles langagiers ou troubles des apprentissages qui seront à l'origine de la rencontre entre orthophoniste et enfant, il est possible de se référer à des conceptions très différentes les unes des autres ; Différentes quant à leur manière de considérer le trouble et le sujet du trouble. Conceptions desquelles naîtront ainsi des approches cliniques différentes.

Dans l'approche qui est la nôtre, influencée par la psychanalyse, nous cheminons dans l'idée que le trouble est à considérer comme un « dire ». Un « dire », c'est-à-dire quelque chose qui vient exprimer un conflit interne dont l'enfant est sujet. Le trouble pourra alors être – il ne l'est pas toujours – une réponse symptomatique résultant alors d'enjeux inconscients dans lesquels la question du désir de l'enfant sera posée. Plus qu'une déficience instrumentale, il s'agira de considérer ce « trouble » comme un conflit signant un rapport particulier du sujet à soi, au monde, aux autres, qui se dira entre autres à travers le langage.

Ce n'est donc pas le Moi seul de l'être qui sera l'objet de notre étude. Le Moi est simple faiseur de mots, il joue un rôle mais il n'est pas « maître dans sa propre maison » pour reprendre la formule de Sigmund Freud. Le Moi communique et l'inconscient, comme le dit Jacques Lacan, « ça ne communique pas ».

Considérons à présent de manière plus détaillée le symptôme.

LE SYMPTÔME : NATURE ET FONCTIONS

Pour S. Freud, le symptôme signe le retour d'une représentation refoulée insupportable pour le sujet qui, après avoir été rejetée dans les méandres de l'inconscient, se manifeste à la conscience sous un aspect plus acceptable.

Le symptôme apparaît alors comme une solution de compromis entre les exigences pulsionnelles et celles du Moi. Il est un moyen de faire une place à un désir, d'y répondre tout

en le transformant pour qu'il puisse franchir la barrière du refoulement. Il est ainsi, tel que l'écrit S. Freud dans *Études sur l'hystérie*, avant tout une tentative de guérison, une solution de compromis entre deux motions psychiques, l'une marquée par le désir, l'autre par la défense. Il est donc tout à la fois expression et tentative de résolution. « Le symptôme est venu se substituer à quelque chose que le refoulement empêche de s'extérioriser »². C'est une manière de dire particulière, qui se dit sans se dire, se dévoile tout en restant voilé. Le sujet essaie de maintenir quelque chose de son désir grâce au symptôme mis en place mais il faut pour cela déguiser le désir. Celui-ci emprunte alors un langage logiquement énigmatique pour le sujet lui-même, qui par ailleurs n'en veut par définition rien savoir. Pour illustrer ce manque de sens apparent, une phrase de S. Freud parlant d'une de ses patientes : « Mais pendant qu'elle exécutait celle-ci [l'action obsessionnelle], ce sens lui était inconnu aussi bien en ce qui concerne l'origine de l'action que son but ».³

Le symptôme est du domaine de l'incommunicabilité. Il ne fait sens pour autrui et ne fait sens au sujet lui-même que de manière complexe et partielle. Ainsi, tel que l'écrit Yves de La Monneraye « l'aliéné n'est pas tant devenu autre parce qu'il parle un autre langage que parce qu'il parle un langage uniquement compréhensible par lui, ce qui le fait autre, ce qui le rend étranger, étrange même, pour autrui ».⁴ Le symptôme vient dire qu'il y a un autre dire qui a à se dire, mais qui ne peut se dire comme tel. Il y a transformation imposée car « la vie psychique ne se donne pas comme telle », comme l'écrit René Roussillon. Elle ne se manifeste pas directement dans la mesure où de puissantes défenses s'opposent à son expression claire et non ambiguë. Elle va donc se signaler par des perturbations ou des singularités qu'elle va imposer au fonctionnement de la psyché.⁵ Ces perturbations ou singularités ne sont autres que des symptômes.

La nature ambivalente, paradoxale même du symptôme en complexifie sa compréhension : tout en protégeant de quelque chose, il maintient à couvert. Le compromis s'en trouve être plus ou moins intéressant pour le sujet. Il y a conflit au sein d'un même sujet entre les différentes instances. Y. de La Monneraye reprend la théorie freudienne et explique ainsi : « D'un côté, il est toujours là pour empêcher le développement de l'angoisse, de l'autre il maintient inconscients les éléments en jeu dans un conflit qu'il est pourtant chargé de

² Freud, *Introduction à la psychanalyse*, Ed. Payot, 1965, p. 337

³ Ibid., p. 259

⁴ Y. de La Monneraye, *La parole rééducatrice*, Ed. DUNOD, Paris, 2004, p. 47

⁵ R. Roussillon, *Manuel de psychologie et de psychopathologie - clinique générale*, Ed. Masson, 2007, p. 13

signifier. Il se substitue à quelque chose au lieu de faire lien avec, et la chose ne peut être exprimée. »⁶ Il est ainsi porteur de souffrance mais aussi de satisfaction. Car s'il est souffrance pour le moi, il est aussi soulagement pour l'inconscient. Par ailleurs, cette souffrance générée par le symptôme est circonscrite par celui-ci et ainsi protège le sujet d'une souffrance encore plus grande. Il est ambivalent donc face à ce qu'il procure. Il y a soulagement dans le sens où le désir, qui génère un état de tension psychique, en rencontrant la barrière du refoulement, emprunte deux voies opposées simultanément : une voie de décharge de l'énergie et une voie de rétention. Une partie de l'énergie traverse le mur du refoulement, et se décharge alors à l'extérieur, partiellement en générant alors un soulagement. C'est le soulagement du symptôme.

Nous comprenons alors pourquoi il y a un attachement particulier du patient à son symptôme qui pourra se révéler puissant quand il y aura volonté, et ce d'où qu'elle vienne, que ce symptôme cède.

Juan-David Nasio, cependant nuance cet aspect de la souffrance. Au-delà d'une souffrance, « le symptôme est surtout un malaise qui s'impose à nous, au-delà de nous, et nous interpelle. Le symptôme est avant tout un acte involontaire, produit au-delà de toute intentionnalité et de tout savoir conscient. C'est un acte qui ne renvoie pas tant à un état malade qu'à un processus appelé inconscient. »⁷ Le symptôme est donc un acte « hautement » inconscient. Dans l'involontaire, dans « l'inintentionnalité », la question de la vérité de l'être surgit. Une vérité qui habite, dépasse le sujet, s'impose à lui. Nous pouvons faire ici le rapprochement entre l'inconscient qui serait de l'ordre d'une vérité non-oubliée et la vérité des Grecs, l'*alethéia*, signifiant le « non-oublié ».

SYMPTÔME ET PATHOLOGIE

J.-D. Nasio, en ne renvoyant pas le symptôme du côté de la maladie, reprend la théorie freudienne qui ne fait pas de différence fondamentale de structure entre un malade et non malade. S. Freud écrit à ce propos : « Être malade est une notion essentiellement pratique. Si toutefois, vous plaçant à un point de vue théorique, vous faites abstraction de ces quantités (d'énergie psychique dépensée par le malade), vous pouvez dire, sans crainte de démenti, que

⁶ Y. de La Monneraye, op.cit., p. 52

⁷ J.-D. Nasio, *Cinq leçons sur la théorie de Lacan*, Ed. Rivages, 1992, p. 15

nous sommes tous malades, c'est-à-dire névrosés, attendu que dans les conditions qui président à la formation de symptômes existent également chez l'homme normal. »⁸

Les notions catégorisantes de normalité et de pathologique ne renverraient-elles alors à aucune réalité ? Pour S. Freud, il s'agit de considérer « la plasticité des tendances » comme un critère signant une certaine normalité ou non. Par plasticité, il faut entendre que le sujet a le choix de recourir à différentes modalités symptomatiques et qu'il peut passer de l'une à l'autre. Nous savons qu'un même « événement » psychique pourra se retrouver retranscrit dans différentes « écritures » qui cependant portent toutes le même « message » : celles qui s'entendent dans le langage verbal, celles qui se montrent dans les représentations de choses et d'actes, ou celles encore qui se font sentir à travers les affects de la vie.

La pathologie est alors, par opposition, ce manque de possibilités, cette fixité dans le symptôme. Comme l'écrit Y. de La Monneraye en parlant d'un sujet malade : « Toute son expression désirante est cristallisée en une forme symptomatique unique, exclusive de toutes les autres. Tel est son drame, et c'est cette unicité symptomatique, cette perte de la mobilité dans tous les moyens de l'expression désirante, qui rend le sujet étranger à lui-même et aux autres »⁹.

Le symptôme est, comme nous l'avons dit, manifestation de l'inconscient à l'œuvre, propre à un sujet particulier. Le symptôme est l'expression « personnelle », originale d'un sujet. Avec cette lecture des troubles, il nous semble évident de considérer qu'il ne peut exister aucune séméiologie des symptômes. Il est construction éminemment singulière, il peut être polymorphe, plus ou moins variable dans le temps. Par voie de conséquence, nous pouvons questionner le sens et la portée d'un diagnostic à établir.

De ce rapport au symptôme, découle un rapport au savoir sur ce dit symptôme : en effet, s'il n'est pas accessible directement et pleinement au sujet du symptôme, il ne l'est pas, par définition non plus du thérapeute. Aucune théorie explicative pré-construite n'est envisageable pour l'appréhender. Il en va donc d'une clinique particulière où le thérapeute ne se positionne pas comme « sachant » bien que, comme nous le verrons par la suite, le sujet ait tendance à le placer dans une telle position.

Certaines thérapeutiques, si elles ne nient pas l'existence de la notion de symptôme, choisissent de ne pas l'interroger et d'apporter une solution « toute prête » au patient, à qui par

⁸ S. Freud, op.cit., p. 337

⁹ Y. de La Monneraye, op.cit., p. 47

conséquent n'est reconnu aucune part de responsabilité dans cette construction dont il ne peut alors, se faire « déchiffreur » de sens. Dans la même perspective, il n'est que peu laissé au sujet la possibilité de croire que son symptôme recèle un sens. La place du sujet et de son énonciation est alors quasiment nulle. Et, en voulant faire disparaître les symptômes, nous faisons disparaître dans la même opération le sens dont ils sont porteurs. Il y a là « meurtre du sens ».

À l'heure actuelle, et au regard par exemple des classifications internationales de la santé psychique, au terme de « symptôme » sont accolés les termes de guérison, de résorption, de traitements médicaux pour supprimer cet élément pensé comme parasitaire. Face à cette considération plutôt « négative » du symptôme et sa conséquence, la volonté de le supprimer, car jugé néfaste, nous pouvons y opposer la vision lacanienne du symptôme qui confère à celui-ci une valeur tout à fait « positive ».

LE SYMPTÔME SELON J. LACAN

Pour J. Lacan, le symptôme n'est pas le résultat extraordinaire d'une situation elle-même extraordinaire, mais est au contraire un « acte » psychique normal, courant, nécessaire et salutaire.

Le symptôme est à la fois ce qui nous permet en effet de contrer la jouissance tout en étant un mode de jouir. Rappelons ici ce qu'il y a à entendre sous le terme de jouissance. Pour cela, citons J.-D. Nasio : « La jouissance est l'énergie de l'inconscient lorsque l'inconscient travaille, c'est-à-dire lorsque l'inconscient est actif – en assurant la répétition et en s'extériorisant sans cesse dans des productions psychiques, tel le symptôme, ou tout autre événement signifiant [...] Le travail de l'inconscient implique jouissance ; et la jouissance est l'énergie qui se dégage quand l'inconscient travaille. »¹⁰

La jouissance – ou l'énergie psychique – se retrouve dans trois états. L'un d'eux est nommé la jouissance phallique : il correspond à l'énergie qui a pu se dissiper malgré le barrage phallique. Le phallus ici « régule » la dose de jouissance : énergie qui sort, énergie retenue. C'est plus ou moins l'équivalent du refoulement freudien, « le phallus marque l'obstacle rencontré par la jouissance ; il marque encore les extériorisations de la jouissance sous la forme du symptôme, des fantasmes ou de l'action. »¹¹ Le symptôme en tant que tel résulte donc d'une décharge nécessaire de l'énergie psychique, autrement dit de la pulsion, qui dans sa

¹⁰ J.-D. Nasio, op.cit., p. 41

¹¹ J.-D. Nasio, op.cit., p. 39

poussée et dans son but le produit. La place accordée à cette jouissance dans l'inconscient est celle d'un trou, un trou au niveau du système signifiant « toujours recouvert par le voile des fantasmes et des symptômes. »¹²

Pour J. Lacan, le signifiant va séparer le sujet névrosé de la toute jouissance, propre au réel et ce, grâce à la métaphore paternelle. Le signifiant vient recouvrir le traumatisme qui constitue la marque du signifiant sur le sujet mais de manière toujours incomplète. C'est ainsi que le sujet garde un accès à une part de jouissance qui est énigmatique pour lui, qui reste un manque à savoir.

L'enfant doit faire face à ce bout de jouissance non résolu par l'Autre. Pour pallier l'absence de réponse dans le réel, ce manque de savoir concernant la jouissance, ce manque à dire, il va bâtir sa propre solution personnelle : sa névrose avec son symptôme particulier (peur du noir, de l'étranger, etc.). Cette névrose qui est appelée « infantile » est un processus normal dans le développement du sujet qui tente de construire des défenses contre une intrigante jouissance. Le symptôme et le fantasme sont alors vus comme des recours pour le sujet névrosé pour s'opposer à la jouissance sans mesure et pouvoir la réfréner. Il est une suppléance symbolique fabriquée par le sujet au morceau de jouissance non résolue par la défaillance de l'Autre à y répondre. Par opposition à ce système de défense « normal » nous parlerons de « névrose de l'enfant », quand celui-ci, par manque de réponse, par une jouissance envahissante, recourra à un symptôme plus massif.

Si le symptôme est symbolique, il se forme aussi en empruntant les voies de l'imaginaire – avec les représentations que le sujet associe au symptôme – et non celles du réel (comme dans le passage à l'acte). Rappelons que le réel est hors langage, du domaine de l'impensable. Nous ne savons pas, nous ne saurons jamais ce qu'est le réel. Nous ne pouvons y accéder qu'à travers le langage, grâce auquel nous construisons une réalité.

Mais si la langue est notre cocon, elle est aussi notre prison. Les mots forment autour de nous un mur qui nous emprisonne, que la folie, ou l'art par exemple, permettent de contourner. Le sujet est manquant et le langage lui renvoie ce manque. Pour illustrer ce manque, nous pouvons citer la phrase de J. Lacan : « Je dis toujours la vérité, mais pas toute, parce que les mots manquent. » Et là où la parole manque ou dérape est la jouissance. Le symptôme tend à retrouver, ainsi, l'être libre de langage, l'état de jouissance mythique. J.-D. Nasio parle alors de « l'effet libérateur et apaisant du symptôme ».¹³

¹² J.-D. Nasio, op. cit., p. 42

¹³ Ibid. p. 31

Nous comprenons ici, au vue de ce qui a été écrit, que le symptôme n'est simplement pas de nature « guérissable ». Le symptôme s'écrit... continuellement et inexorablement. Il n'est ici, à ce stade, que le dernier maillon d'un processus. Ainsi, en se satisfaisant, de façon limitée et partielle, avec des symptômes et des fantasmes, on s'assure de ne jamais trouver la pleine jouissance maximale. Il s'agit alors de continuer à désirer et à se contenter de substituts pour ne pas atteindre la jouissance, jouissance de l'Autre.

Par ailleurs, le symptôme obéit au principe de répétition. La répétition est fondée sur un retour de la jouissance, toujours la même qui revient inlassablement même si elle s'en trouve être modifiée dans sa forme. Pour J. Lacan, que reprend J.-D. Nasio, « le symptôme est un signifiant qui ne fait plus chaîne , ou qui interrompt la chaîne, et le sujet ne peut plus alors que répéter. »¹⁴ Précisons que pour J. Lacan, le symptôme est un signifiant qui par lui-même ne signifie rien tant qu'il ne renvoie pas à un autre signifiant et ainsi de suite.

Le symptôme se déplace. Ainsi, il peut disparaître ici pour réapparaître ailleurs. C'est le noyau de jouissance qui change alors d'enveloppe signifiante. Le symptôme est à la fois un mode de protection contre une jouissance obscure, mais aussi l'expression a minima de cette jouissance . C'est le paradoxe dont le symptôme est porteur.

Mais cette jouissance du symptôme vient comme un obstacle à l'émergence du désir, et s'oppose ainsi à l'acquisition d'un savoir sur le désir. Avec la jouissance, le manque est comblé et le désir s'en trouve masqué, occulté.

SYMPTÔME DE L'ENFANT, SYMPTÔME PARENTAL

Si, comme nous l'avons dit, le symptôme est une construction subjective, liée à un bout de réel, de non-réponse, de jouissance qui s'échappe, parce que les signifiants issus de l'Autre n'ordonnent pas tout, il n'est pas pour autant « dégagé » de l'autre. Il peut même lui être essentiellement aliéné et le symptôme que portera l'enfant pourra alors ne pas être sa réponse à une problématique personnelle. Il pourra être, non plus une façon de se protéger lui-même, mais plutôt une façon de protéger ses parents en reprenant à son compte les symptômes parentaux.

Rappelons ce que S. Freud disait de l'inconscient : il est une « mémoire transgénérationnelle ». Nous portons un savoir qui nous précède, des souvenirs qui nous sont antérieurs. Nos symptômes qu'ils soient psychiques ou physiques peuvent être l'expression de

¹⁴ J.-D. Nasio, op. cit., p. 54

douleurs qui viennent de nos aïeux. Ils s'expriment par nous et nous parlons pour eux, mais aussi par eux. La souffrance est souffrance de parole, souffrance symbolique. Et, quand il y a défaut de parole, le corps peut en être atteint dans son organisation, son fonctionnement et son intégrité. Cette parole peut alors s'exprimer par le biais du symptôme, en l'occurrence ici s'inscrire dans le corps de l'enfant.

Comme l'a dit J. Lacan, chaque sujet porte la marque des signifiants de l'Autre, de ses parents et se constitue au lieu de l'Autre. Autrement dit, l'inconscient des parents crible le parlêtre.

L'inconscient, toujours selon J. Lacan, « ne s'enracine pas seulement parce que cet être a appris à parler quand il était enfant, si sa mère a bien voulu en prendre la peine mais parce qu'il est surgi déjà de deux parlêtres »¹⁵. Le symptôme chez l'enfant névrosé peut être porteur d'une jouissance parentale (ou uniquement maternelle), et donner corps à ce qui n'a pu s'exprimer ailleurs, dans un symptôme propre aux parents. Maud Mannoni questionne cette place destinée à l'enfant : « Cet enfant de rêve a pour mission de rétablir, de réparer ce qui dans l'histoire de la mère fut jugé déficient, ressenti comme manque, ou de prolonger ce à quoi elle a dû renoncer. »¹⁶ L'enfant agit quelque chose de ses parents, du maintien de leurs défenses narcissiques, d'un défaut de symbolisation, dans les non-dits, quand l'acte remplace la pensée. « L'enfant est un morceau du narcissisme des parents » comme l'écrit S. Freud.

Dans le *Séminaire sur l'Éthique*, J. Lacan nous dit que lorsqu'il manque dans la relation parent-enfant, la place du tiers, de la parole, du manque, que la relation n'est que duelle, rien ne peut arrêter le cours dévastateur de la jouissance mortifère. « L'enfant occupe souvent le statut de lieu de jouissance maternelle alors que c'est au symptôme de la mère qu'était destinée cette place. Le symptôme de l'enfant sera « projection d'inconscient » »¹⁷. L'enfant, en se mettant en avant de la scène, devient le « symptôme » qui fait alors fonction inconsciente d'écran, de masque à la problématique familiale et assure ainsi un équilibre « vital » pour la famille en étant garant de l'équilibre psychique de l'un de ses parents. Le symptôme de l'enfant se trouve, pour J. Lacan, « en place de répondre à ce qu'il y a de symptomatique dans la structure familiale »¹⁸.

¹⁵ J. Lacan, *Le phénomène lacanien*

¹⁶ M. Mannoni, *L'enfant arriéré et sa mère*, p. 30

¹⁷ J. Lacan, *L'éthique*, livre VII, seuil, Paris 1986

¹⁸ J. Lacan, *Les autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 373

J. Lacan explicite deux places alors possibles pour l'enfant. Soit celle de l'enfant représentant la vérité de l'Autre, donc celle des adultes, de son environnement social, soit celle d'enfant objet de la jouissance de l'Autre. Dans ces deux cas, il devra passer par la névrose infantile et la symbolisation de la différence, pour pouvoir énoncer son propre désir, ou son symptôme, s'il est inhibé quant à ce désir. Mais si l'enfant demeure simple objet du désir, comment pourra-t-il lui même devenir sujet désirant car, comme l'écrit Y. de La Monneraye « étant celui qui comble le manque de l'Autre, il ne peut découvrir son propre manque ni, de ce fait, en découvrir le sens qui n'est autre chose que la vérité de l'amour. »¹⁹

Si l'enfant ne jouit pas forcément de son symptôme, car n'étant pas sa propre réponse, il pourra cependant jouir de la position qu'il occupe dans la famille. En effet, même si une place est assignée à l'enfant, nous retrouvons la responsabilité du sujet dans la manière plus ou moins active qu'il a d'habiter cette place. Il y a une prise de position, c'est-à-dire que l'implication de l'enfant est de mise. Il pourra se prêter plus ou moins au « jeu » et d'une manière qui lui sera propre mais il aura à s'en accommoder.

SYMPTÔME ET LANGAGE

Nous pouvons à présent poser la question d'une spécificité du symptôme qui frappe le langage. Quid de ce symptôme ?

Comme il a été dit, toute construction symptomatique est une construction singulière, se référant à la problématique de chacun dont elle est porteuse tel un écho, et une séméiologie des symptômes est de ce fait hors champ. Néanmoins, ce qu'il est possible ici de souligner c'est la nature particulière, et extrêmement complexe du langage. Comme l'écrit Ferdinand de Saussure, dans son *Cours de linguistique générale* : « Pris dans son tout, le langage est multiforme et hétéroclite, à cheval sur plusieurs domaines, à la fois physique, physiologique et psychique ; il appartient encore au domaine individuel et au domaine social, il ne se laisse classer dans aucune catégorie de fait humain, parce qu'on ne sait comment dégager son unité. »²⁰ Partant de cette définition, nous voyons en quoi le langage d'un sujet n'est, par un autre, que très partiellement appréhendable. Il n'est pas un objet que nous pouvons présenter dans son intégrité. Il est silence et parole, écriture et voix, mots mais aussi phrases, poésie mais aussi ordre, prière mais aussi lapsus, etc.

¹⁹ Y. de la Monneraye, op.cit., p. 67

²⁰ F. de Saussure, *Cours de linguistique générale*, Ed. Payot, Paris, bibliothèque scientifique, 1916, rééd. 1993, p. 15

Il est un code qui définit le monde ; il est loi tout en étant liberté. Et les lois du langage, de quelque nature qu'elles soient, mais aussi son usage normé, peuvent être de multiples façons non-respectées : par exemple, ne pas pouvoir mettre à l'imparfait ou au pluriel, ne pas pouvoir énoncer de manière intelligible un mot, ne pas trouver ses mots, ne pas pouvoir lire, etc. Et, à la lumière de ce qui a été déjà dit, nous considérons que ces impossibilités sont porteuses de sens.

Le langage est source d'enjeux très forts : parler, c'est parler la langue de l'autre, de l'Autre mais aussi parler sa propre langue. Il est à la fois source de jouissance mais aussi vecteur de séparation et d'individuation. La relation à l'autre se définit entre autres par le langage, est modelée par celui-ci, est dépendante de celui-ci. Le symptôme langage est alors un lieu privilégié pour signifier un rapport à l'autre particulier car le langage est la première porte d'entrée pour se positionner par rapport au désir de l'autre ou manifester son propre désir. En effet, étant l'objet d'une grande attention de la part des parents, l'enfant peut s'en « servir » par exemple comme un moyen de résistance au désir parental. Il permet de dire quelque chose du désir de chacun et en fonction du cas, prendra une forme plus ou moins symptomatique. Selon Geneviève Dubois, « le symptôme prend un sens pour le sujet, il s'inscrit dans une dynamique affective ; il tient sa place comme objet de discours, centre d'intérêt, traduction parfois unique et privilégiée de l'existence d'un enfant qui sans lui, aurait le sentiment de ne pas exister. »²¹ Ainsi, par le biais du langage mais aussi des apprentissages en général que l'enfant a à mener, ce dernier dira, le plus souvent inconsciemment, comment il se situe dans la relation à l'autre et par voie de conséquence dans sa relation au monde. Par exemple, l'enfant ayant une part en lui non désireuse de se séparer de sa mère, pourra n'avoir aucune volonté de se conformer au modèle langagier d'une culture donnée. Nous retrouvons donc cette double composante désirante dans le langage et les apprentissages : le désir de l'enfant et le désir de l'autre ; les deux étant en partie liés et forgés d'éléments paradoxaux.

Le désir de savoir peut être soumis à une forme d'interdiction, par un surmoi de l'enfant trop fort, par surmoi parental ayant à inhiber la curiosité fondamentale de l'enfant, ou les deux. « L'échec tient lieu de parole de l'enfant mais n'est pas une parole, c'est pourquoi il ne peut être ni entendu, ni compris. L'enfant est parlé par son symptôme. »²² Comme nous le disions, les instances de l'enfant sont en parties soumises à celles des parents.

²¹G. Dubois, *L'enfant et son thérapeute du langage*, Ed. Masson, 2001, p. 23

²² Y. de La Monneraye, op.cit., p. 50

Le langage est témoin des enjeux inconscients, œdipiens par exemple. Il permet la symbolisation des conflits psychiques en étant ce support grâce auquel l'enfant peut se construire. Il va être fondateur de la structure de l'être. Ainsi, comme l'écrit G. Dubois, « les mots, que ce soit en activité orale ou graphique, sont chargés d'un contenu d'interdiction et en même temps l'objet d'un attrait intense. »²³ Il fait symptôme dans la mesure où, de par sa structure, l'opposition féminin / masculin par exemple, il impose ce qui peut être insupportable pour le sujet. Il vient signifier quelque chose de l'inconscient. Les mots peuvent alors en être des signifiants. Parallèlement, il est l'élément essentiel du processus de symbolisation et participe ainsi à la résolution même du symptôme.

En orthophonie, comme dans d'autres domaines tels que la linguistique par exemple, le langage est objet de focalisations : focalisation sur l'aspect sonore, lexical, syntaxique, cérébral... Il est ainsi découpé par « tranches » pour mieux pouvoir l'appréhender et le juger généralement selon des critères quantitatifs ou qualitatifs. De là, en découle une classification des troubles, mais comme l'écrit Claude Chassagny, « les mots dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysgraphie, en donnant un nom aux symptômes, en les supposant liés à des relations simples entre les conduites pédagogiques et les échecs, ou entre des difficultés mécaniques apparentes et des types de fautes, restreignent la perception des problèmes réels qui président aux différentes inadaptations. »²⁴ Avec cette approche, les patients diagnostiqués comme dyslexiques ou autres, se trouvent alors identifiés à leur trouble, et disparaissent en tant que sujets singuliers. Nous oublions du même fait alors la fonction d'adresse du symptôme. Y. de la Monneraye écrit à ce sujet : « En fait un sujet n'a jamais un symptôme pour lui tout seul : à travers ce symptôme il s'adresse à quelqu'un. »²⁵

LE SYMPTÔME DANS LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

S'il est éminemment subjectif, il n'en demeure pas moins lié vigoureusement à un autre. L'autre qui peut être le thérapeute. Comment ce lien par le symptôme se tisse-t-il alors entre le patient et son thérapeute ? Comment le thérapeute se trouve-t-il lié au symptôme du patient ?

Selon J.-D. Nasio, l'analyste – dans notre cas, l'orthophoniste – se retrouve être pris dans le symptôme ; il en est le destinataire et devient même au fur et à mesure cause du symptôme. Il

²³ G. Dubois, op.cit., p. 73

²⁴ C. Chassagny, *Pédagogie relationnelle du langage* IPERS – coll. Pédagogie d'aujourd'hui, p. 16

²⁵ Y. De La Monneraye, op.cit., p. 20

écrit ainsi : « Au fur et à mesure que dans l'analyse le patient interprète et se dit le pourquoi de sa souffrance, un phénomène essentiel s'installe : l'analyste devient, progressivement et insensiblement, le destinataire du symptôme. Plus j'explique la cause de ma souffrance, plus celui qui m'écoute devient l'Autre de mon symptôme. »²⁶ Par le travail de mise en sens, de mise en mots, se crée un phénomène d'extériorisation de cette vérité du conflit interne. Un lien au départ inexistant se tisse entre symptôme et thérapeute. Le symptôme, en quittant le lieu intime du sujet, est projeté sur le thérapeute.

Progressivement, le thérapeute est de plus en plus « infiltré » par le symptôme jusqu'à en devenir la cause. Nous abordons ici la notion de transfert. Pour J.-D. Nasio, il est « ce moment particulier de la relation analytique où l'analyste fait partie du symptôme du patient. C'est ce que J. Lacan nomme le sujet-supposé-savoir. L'expression sujet-supposé-savoir ne signifie pas seulement que l'analysant suppose son analyste détenteur d'un savoir sur lui. Il ne s'agit pas tellement pour le patient de supposer que l'analyste sait, mais de le supposer surtout à l'origine de sa souffrance ou de tout événement inattendu. »²⁷ De destinataire du symptôme, l'analyste en devient la cause même. « Le symptôme appelle et inclut la présence du thérapeute. »²⁸ Le thérapeute est alors « enveloppé » par les souffrances, croyances du patient. Il en perd donc de son identité. Certains thérapeutes parlent de *dépersonnalisation*.

Au delà de la notion de transfert dont nous allons traiter après cette partie sur le symptôme, il est un dernier point à aborder concernant le symptôme. Nous avons vu que celui-ci obéissait à un principe de répétition chez le sujet. Ce principe est aussi à l'œuvre entre les sujets. Nous pouvons dire qu'il y a répétition signifiante du symptôme de l'un dans le psychisme d'un autre. Le symptôme s'inscrit donc dans une dynamique relationnelle en se répétant chez autrui de manière inattendue, subtile, à peine discernable. Ainsi, J.-D. Nasio écrit, « l'analyste – et nous pouvons le penser, l'orthophoniste – découvre étonné que des signifiants de la vie du patient se répètent en lui-même. La vie de l'analyste est criblée par les retours des symptômes de ses patients. »²⁹ Cela nous fait percevoir la « porosité » des psychismes, leur entremêlement. Cela montre la possible, voire inévitable, réappropriation par l'un des symptômes de l'autre. Ainsi, ce que nous renverrons au patient viendra possiblement de lui. C'est un aspect du contre-transfert sur lequel nous reviendrons dans un autre temps.

²⁶ J.-D. Nasio, op.cit., p. 18

²⁷ Ibid., p. 17

²⁸ Ibid., p. 18

²⁹ Ibid., p. 98

Outre cet aspect intersubjectif du symptôme, J.-D. Nasio montre un autre phénomène, celui d'une forme d'intemporalité mais aussi une négation de l'espace. L'inconscient est alors à penser, comme nous y invite J. Lacan, hors d'un temps chronologique, hors du domaine de la personne, hors de l'espace. Pour illustrer cela, J.-D. Nasio dans *Cinq leçons sur la théorie de Jacques Lacan* relate une situation qui est celle-ci : il est en train de donner un cours à des étudiants et sans le vouloir fait un geste de ses mains sur son visage qui n'est pas sans rappeler les gestes du patient dont justement il est en train de présenter le cas. Il dit ainsi : « Quel est, en effet , le lien entre le fait d'être avec vous en train d'enseigner et ce patient qui m'a parlé d'érythrophobie ? Quelle relation établir entre le fait que je relate aujourd'hui précisément ce cas clinique et l'expérience transférentielle avec cet analysant ? Dans l'espace géographique, il y a en ce moment un océan qui nous sépare, lui en France, moi ici en Colombie, et pourtant du point de vue psychique nous sommes en acte intimement reliés. Dans le temps chronologique, il existe aussi l'écart de quelques années et pourtant, évoquer aujourd'hui son cas et mimer comme j'ai pu le faire son geste des mains sur le visage, cela survient avec une telle force de présence qu'elle dépasse et bouleverse le temps de l'horloge. Où est le dedans, où est le dehors d'une cure ? Où est le présent, où est le passé d'une analyse ? »³⁰

³⁰ J.-D. Nasio, op.cit., p. 97

1.1.2. LE TRANSFERT

Si notre discipline n'a pas pour perspective première un travail sur le transfert, elle ne peut méconnaître, selon nous, ce qui est à l'œuvre dans ce mécanisme dit « transférentiel ». D'autres approches de ce qui se noue entre deux sujets, comme l'identification projective, que nous aborderons plus loin, permettent aussi de mieux cerner les différents enjeux d'une relation thérapeutique, mais le transfert a été pour nous un point de départ dans la réflexion.

Il peut d'abord être compris dans son acception de déplacement, de transport. Il s'agit alors de désirs dont l'objet, une représentation, changerait. C'est ainsi une réalité psychique qui se retrouve décontextualisée, puis actualisée dans une relation présente. Théorisé par S. Freud, ce concept a d'abord été rencontré puis reconnu comme un obstacle, une résistance proposée par le sujet en cure psychanalytique, pour éviter la remémoration du matériel refoulé, à l'approche du conflit inconscient. Dans un second temps, le transfert a été perçu par S. Freud comme un outil fondamental pour le thérapeute : un dire de l'inconscient qui parle du sujet dans sa dimension atemporelle. Il a ainsi acquis la conviction des effets thérapeutiques de la relation transférentielle. L'écoute du sujet souffrant produit des effets sur la souffrance elle-même. Mais ce faisant, le thérapeute reçoit et ressent des affects d'autant plus embarrassants que le discours du patient semble être adressé à un autre, passé, fantasmatique, dont il est le représentant.

S'il a d'abord été identifié dans le cadre de l'analyse, le transfert, de façon plus ou moins intense, plane au-dessus de toute relation. Et justement, une relation avec l'orthophoniste, pour des enfants qui ont encore eu peu d'échanges avec les adultes, ne peut manquer de convoquer des figures marquantes, notamment parentales. Permettre l'établissement d'un transfert, tâche aisée le plus souvent avec les enfants, aura un impact important sur la qualité du lien entre le professionnel et le patient. Ainsi, la confiance devient suffisante pour que l'enfant se sente autorisé à agir et dire librement. Elle peut aussi lui permettre de rejouer un certain nombre de problèmes non résolus. Pour G. Dubois, cela donne nécessairement à la rééducation un effet « psychothérapeutique ».

Cependant, corollairement à cet aspect facilitant le travail orthophonique, survient la reviviscence d'affects chez l'enfant qui seront vécus comme un frein, voire une résistance pour le thérapeute, à la progression. Comme l'écrit Mélanie Klein, « le patient est voué à

traiter les conflits et les angoisses revécues à l'égard de l'analyste [nous penserons aussi à l'orthophoniste], par les mêmes méthodes qu'il a employées dans le passé »³¹. De plus, toujours selon la même auteur, il y a possibilité de substitution rapide entre différentes figures projetées sur le thérapeute, voire un élément de la structure psychique comme le surmoi par exemple. G. Dubois résume ce à quoi le thérapeute aura à faire face : « On y rencontre aussi les régressions, les agressions, la séduction...on y permet l'extériorisation du conflit, l'expression de problèmes non résolus »³², toutes choses qu'il faut au moins savoir devoir affronter.

Nous évoquons ces aspects, avant d'envisager plus loin le contre-transfert, afin d'insister sur l'importance, pour l'orthophoniste, d'avoir une conscience suffisamment éclairée de ces phénomènes avant même de les rencontrer en séance. En effet, nous pensons qu'une certaine implication émotionnelle du thérapeute, si elle permet justement le transfert, ne doit pas empêcher un recul par rapport à ce qui est à l'œuvre, chez l'enfant dans un premier temps. Ainsi, certains affects, qui peuvent paraître excessifs ou incongrus, prennent alors une dimension éclairante pour le travail du thérapeute. Comprendre que dans la pièce pendant la séance, il n'y a pas que les deux sujets présents, permet avant tout d'éviter des hypothèses erronées, voire autorise une lecture plus pertinente de l'échange. Y. de La Monneraye nous explique en outre que le « transfert vient là pour nous permettre de considérer que ce que joue l'enfant n'est pas de l'amour réel, de l'agressivité réelle, de l'ennui réel ou du désintérêt réel. »³³ Pour lui, il y a en quelque sorte un début de mise à distance opéré par l'enfant. Est-ce un début de symbolisation ? Ce jeu sur la réalité est contenu par la scène rééducative et doit pouvoir être investi à ce titre par le thérapeute, dont les sentiments eux aussi seront à considérer sous cet angle.

Pour nous, le transfert est aussi à reconnaître comme mise en lien involontairement réalisée par l'enfant : entre ses affects passés et la situation présente, entre une figure passée, fantasmatique ou non, et la personne du thérapeute. M. Klein pense à ce sujet que « ce n'est qu'en reliant encore et encore [...] les expériences ultérieures aux plus anciennes et vice versa, ce n'est qu'en explorant de manière conséquente leur interaction, que le présent et le passé

³¹ M. Klein, *Le transfert et autres écrits*, Ed. P.U.F., p. 23

³² G. Dubois, op.cit., p. 56

³³ Y. de La Monneraye, op.cit., p. 175

peuvent se rencontrer dans l'esprit du patient. »³⁴ Elle parle alors de faciliter le « processus d'intégration » et c'est justement ce point qui intéresse l'orthophoniste. Aider l'enfant à passer d'un mécanisme involontaire à une conscientisation progressive de son fonctionnement mental ; l'aider à se révéler à ses propres yeux comme un tout interagissant. Les affects perturbateurs comme l'amour et la haine peuvent cohabiter plus aisément. Toujours pour M. Klein, les processus de clivage et de refoulement diminuent et permettent alors un gain en force et cohérence pour le moi, mieux disposé alors à découvrir et penser.

Prendre en compte le transfert c'est enfin, pour le thérapeute, reconnaître l'unicité du sujet qu'il doit prendre en charge. Cela signifie aussi une appréhension de sa globalité. Cela implique le refus d'un « découpage en tranches thérapeutiques » niant le mouvement de l'être, avec ses hésitations et ses ambivalences.

³⁴ Mélanie Klein, op. cit., p. 24

1.1.3. LA FONCTION DE LA PAROLE

La parole et le langage sont au cœur de la pratique orthophonique. Ils sont les fondements même de cette pratique, qui peut se définir, à l'instar de la psychanalyse, comme une pratique de la parole. Dans un premier temps, de manière succincte, nous rappellerons ce qu'est la parole. Pour cela, nous nous référerons essentiellement à J. Lacan. Dans une perspective plus clinique, nous développerons, dans un deuxième temps, les effets de l'écoute de cette parole.

LA PAROLE, NATURE ET FONCTIONS

L'enfant naît dans la parole de l'Autre (incarné par des petits autres). Avant les mots, l'enfant est déjà dans la parole. Toute parole est un appel qui attend une réponse et bien avant de comprendre les mots, l'enfant sait que certains de ces mots s'adressent à lui et que l'on s'adresse à lui. Par la parole, on l'appelle et on l'interpelle. La parole implique l'Autre. Ainsi, toute activité de parole, mais aussi de pensée, nécessite un lieu d'adresse pour se déployer.

La construction de la structure de la parole, comme plus largement de la subjectivité, se fait dans le passage d'une aliénation nécessaire au désir de l'Autre (se faire réponse à l'appel de l'Autre) vers une séparation (parler en son nom, par exemple, selon le désir du sujet). Dans la parole, le sujet pourra inscrire subjectivement sa place vis-à-vis de l'Autre. Il s'agit donc là d'un double mouvement continu : de l'aliénation vers la séparation, mais aussi de la séparation vers l'aliénation, car il ne peut y avoir de désir du sujet sans l'Autre ; les signifiants auxquels il se réfère se retrouvant au lieu de l'Autre. Par ailleurs les signifiants de la mère appartiennent à une langue dans laquelle elle-même s'inscrit. En parlant cette langue, elle reconnaît qu'elle se soumet à ses lois qui ne dépendent pas d'elle, qui se réfèrent à un lieu extérieur à sa relation avec son enfant. La parole permet donc d'inscrire du tiers; c'est le *Nom-du-Père*.

La parole habite le sujet et le structure. Le sujet n'habite par ailleurs son corps, celui en chair et en os, que par la médiation du langage et de la parole de l'Autre. La parole va donc donner consistance au corps. C'est ce que J. Lacan a repéré notamment dans ce moment qu'est le stade du miroir. L'autiste montre, par l'étrangeté que semble présenter pour lui son corps, l'impact de la non-aliénation à la parole.

En s'inscrivant dans le sujet, la parole engage celui-ci. Tout en engageant le sujet face à l'Autre, elle engage celui-ci face à sa propre parole. Nous pouvons résumer simplement ce qui

vient d'être écrit ainsi : parce qu'il y a eu l'Autre, je parle ; en référence à un Autre, je parle ; mais quand je parle, c'est moi qui m'engage. Dans la parole, le sujet se définit, se positionne.

Pour le thérapeute, il est intéressant d'envisager les troubles de langage / parole dans cette perspective de parole en questionnant par exemple l'engagement du sujet présentant des troubles langagiers dans sa propre parole. Comment se définit-il dans sa parole ? Il faut peut-être interroger ce que l'enfant « fait » de la parole de l'autre, ce qu'il nous dit de celle de l'autre, ce qu'il reprend à son compte, etc.

En permettant au sujet de s'engager, la parole permet à celui-ci d'être reconnu et désiré. En effet, plus que le message contenu dans la parole, ce qui importe pour le sujet désirant, c'est de se faire désirer par son interlocuteur. Son message, comme l'écrit Y. de la Monneraye « sera donc construit sous la forme d'un compromis entre des apparences de clarté consciemment acceptables, recevables, et des formes latentes beaucoup plus confuses, mais immédiatement, quoique inconsciemment, comprises ou du moins « reçues » par le récepteur ».³⁵ Nous recherchons une approbation par autrui des représentations personnelles du monde que nous nous construisons. La parole n'est donc pas l'affaire de l'individu seul. Elle nécessite la reconnaissance de l'autre.

Pour le thérapeute il va s'agir de mettre en place une pratique d'écoute pour que l'enfant puisse se savoir reconnu dans cette écoute, là où sa parole sera considérée. Ainsi, l'écoute proposée permet-elle à celui qui parle de se sentir exister. Son existence est attestée par un autre. Le soin passera par cette écoute « extérieure » qui, renvoyée à l'enfant, viendra, nous pouvons le supposer, s'inscrire en lui. La visée sera celle-ci : d'une écoute par autrui – ici, le thérapeute – vers une possibilité d'écoute du sujet de lui-même par lui-même ; être reconnu pour pouvoir se reconnaître.

J. Lacan écrit qu' « une parole n'est parole que dans la mesure exacte où quelqu'un y croit. »³⁶. Pour illustrer cette croyance nécessaire en la parole, J. Lacan reprend, dans l'*Odyssée* d'Homère, le passage où les compagnons d'Ulysse sont transformés en pourceaux par Circé. « À quoi reconnaître qu'un grognement qui nous parvient de ce volume soyeux accumulé dans l'espace clos de la porcherie est une parole ? Le grognement du pourceau ne devient une parole que lorsque quelqu'un se pose la question de savoir ce qu'il veut faire croire. Et que veulent faire croire, en grognant, les compagnons d'Ulysse transformés en

³⁵ Y. de La Monneraye, op.cit., p. 141

³⁶ J. Lacan, *Les écrits techniques de Freud*, p. 264

pourceaux ? – qu'ils ont encore quelque chose d'humain. »³⁷ Et Y. de La Monneraye de commenter : « La parole est essentiellement le moyen d'être reconnu. Elle est là avant toute chose qu'il y a derrière. Et, par là, elle est ambivalente, et absolument insondable. Ce qu'elle dit, est-ce que c'est vrai ? Est-ce que ce n'est pas vrai ? C'est un mirage. C'est ce mirage premier qui vous assure que vous êtes dans le domaine de la parole. »³⁸

Et dans ce domaine de la parole, l'inconscient du sujet se révèle. Comme l'a montré S. Freud, les lapsus, les achoppements de la langue, les mots d'esprit, sont autant de paroles qui révèlent l'inconscient. Ces formations de l'inconscient touchent alors de façon intime à la « vérité » du sujet ; vérité qui reste toutefois en partie étrangère au sujet lui-même car celui-ci méconnaît ce qui anime *véritablement* son désir. Mais si la parole est un formidable accès à la vérité, elle n'est cependant pas toute puissante. Il y a un lieu où bute la parole dans son effort à cerner la vérité, ce lieu que J. Lacan appelle le *réel*. Le savoir ne peut réussir à recouvrir la vérité : entre le savoir et la vérité, il y a une faille, irréductible, qui divise le sujet.

LES EFFETS D'UNE ÉCOUTE DE LA PAROLE

C'est à S. Freud que nous devons l'hypothèse que l'écoute d'un sujet souffrant produit des effets sur sa souffrance-même. C'est la fonction dite cathartique de la parole. Le terme aristotélicien de *catharsis* est à comprendre comme l'effet de libération qu'avait sur les spectateurs la représentation d'une tragédie. S. Freud reprend le terme de catharsis pour « désigner la libération de l'affect qui se décharge lors de la cure lorsqu'un sujet se rappelle – autrement dit, se représente – un souvenir traumatisant refoulé tout en le revivant émotionnellement. »³⁹ L'affect lié au trauma est donc réveillé par l'évocation, mais il est néanmoins amoindri par l'effet de la mise en parole, de la mise en récit. S. Freud met à jour que la simple évocation peut faire disparaître le symptôme. Mais il nuancera ce propos en découvrant que les symptômes disparaissent davantage par les bonnes grâces que les patientes accordent au médecin ou autrement dit, grâce au lien transférentiel qui unit la patiente au médecin. Il n'en demeure pas moins que le fait de *dire*, de déployer sa parole, a des effets curatifs et provoque des transformations subjectives. Parallèlement, S. Freud montre que le patient sait, même s'il n'en a pas conscience.

³⁷ J. Lacan, *Les écrits techniques de Freud*, p. 264

³⁸ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 141

³⁹ Ibid. p. 139

Dans la relation à un autre, un sujet vient exposer quelque chose de lui, le faire *ex-ister*, c'est-à-dire le mettre à distance grâce au registre symbolique tout en le revivant d'une manière particulière. La parole, dans sa fonction cathartique, va permettre au patient de se soulager de ses maux et d'accéder à une vérité sur lui-même. Ce qui est en jeu ici comme l'écrit Y. de La Monneraye « c'est une croyance radicale dans les effets de la parole chez l'être humain, parole qui instaure une manière de se considérer, qui inaugure une relation. »⁴⁰

Il s'agit donc dans une pratique de parole de se libérer. Par la parole, le sujet s'autorise à une distanciation avec le réel car rappelons-le « le mot est le meurtre de la chose ». La chose peut être parlée bien qu'absente. C'est même parce qu'elle peut être absente, qu'elle peut être parlée. Ainsi, naît la parole d'un sujet, parole chargée de désir, qui fera émerger des données inconscientes, qu'il y aura toujours à considérer dans la dynamique transférentielle dans laquelle elle se déploie.

Ainsi, le thérapeute, en séance, laissera le patient dérouler sa parole librement, le laissera raconter « son histoire ». Emmy Von N. dira à ce propos à S. Freud qu'il ne faut pas lui demander toujours d'où provient ceci ou cela mais la laisser raconter ce qu'elle a à dire. Il s'agit donc d'écouter et de laisser parler. D.W. Winnicott développe cette idée : « J'ai très vite découvert, voilà quarante ans de cela, qu'écouter l'histoire des mères constituait en soi une psychothérapie si la chose était convenablement menée. Il faut prendre son temps et adopter une attitude naturelle non moralisatrice ; et, lorsque la mère sera allée jusqu'au bout de ce qu'elle avait à dire, elle ajoutera peut-être : « Maintenant, je comprends comment les symptômes actuels s'inscrivent dans le schéma d'ensemble de la vie de l'enfant dans la famille ; maintenant, je peux me débrouiller, simplement parce que vous m'avez laissé trouver tout ça à ma façon à moi et à mon heure. » [...] On pourrait dire que la psychanalyse, c'est la longue, très longue écoute d'une histoire. »⁴¹ Il s'agit donc de donner du temps au patient pour qu'il puisse, en présence d'un autre, entamer le dénouage de sa propre histoire, et laisser parler la vérité.

Progressivement, par la parole, le sujet prend conscience qu'il a une part de responsabilité dans l'existence de ce symptôme qui lui appartient. Il fait, nous pourrions dire, son propre diagnostic. Le sujet reconnaît un désir qui le concerne, si toutefois la parole est suffisamment « pleine » pour reprendre le terme de J. Lacan. En effet, la parole doit pouvoir faire acte, – en cela elle transforme le sujet – elle ne doit pas être simplement parole informative. Alors

⁴⁰ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 198

⁴¹ D. W. Winnicott, *Conversations ordinaires*, Ed. Gallimard 1988, p. 147

« l'écoute en son apparent non-agir crée le vide nécessaire pour appeler le sujet à révéler son désir dans la parole. »⁴²

Si la parole permet à un sujet de se nommer, de s'énoncer, d'accéder à une forme de vérité, elle ne lui permettra pas de tout dire. Il n'existe pas de parole ultime qui délivrerait le sens dernier et l'absolue vérité pour tous devant laquelle le sujet s'inclinerait. Tout sujet fera l'expérience de ses propres limites au dire et le symptôme du sujet sera ce lieu de l'impossible à dire qui le spécifiera et avec lequel il aura à s'arranger. Cela fera partie du travail en séance.

⁴² Y. de La Monneraye, *op.cit.*, p. 271

1.1.4. L'ESPACE ORTHOPHONIQUE

Pouvons-nous définir un espace orthophonique ? Quel sens peut-il prendre ? Que peut-il permettre et quels sont les enjeux qu'il soulève ?

Il peut d'abord s'envisager par ce qu'il n'est pas : un lieu de pédagogie. Si des connaissances sont mobilisées au cours d'une prise en charge, ce qui se joue n'est pas de l'ordre de la transmission. C'est la mission de l'école où, justement, une difficulté liée à l'assimilation de nouveaux savoirs s'est faite jour. Il s'agit donc ici d'un autre abord du trouble et de la souffrance liés aux apprentissages. De plus, dans l'optique qui est la nôtre, considérant « l'empêchement à » comme un symptôme, même le savoir que le thérapeute construit progressivement sur son patient ne peut être simplement transmis. Citons S. Freud : « Lorsque le médecin communique au malade le savoir qu'il a acquis, il n'obtient aucun succès. Ou, plutôt, le succès qu'il obtient consiste, non à supprimer les symptômes, mais à mettre en marche l'analyse dont les premiers indices sont souvent fournis par les contradictions exprimées par le malade. »⁴³ Restant hors du champ de l'analyse proprement dite, l'orthophoniste, s'il partage ce savoir émergent, ne peut espérer ici qu'entamer un dialogue dont il devra avoir anticipé les visées.

Un écueil, cette fois lié à ses racines paramédicales, menace le thérapeute orthophoniste : celui de démarrer avec le patient une relation d'objet. Notre désir de soigner, de réparer, risque de nier l'autre en tant que sujet, de ne le considérer au pire que comme des « tranches thérapeutiques », ou, pour prendre une expression malheureusement en cours, des « modules dysfonctionnants ».

Ayant ainsi circonscrit quelque peu notre espace orthophonique, il peut assumer être celui d'une clinique. L'orthophoniste, s'il ne va pas au chevet du patient, s'adapte entièrement à lui, à sa singularité, sa problématique. Les connaissances théoriques et les techniques préparent le thérapeute, le transforment en quelque sorte, mais n'interviennent qu'au second plan lors d'une séance car le soin se fait dans la rencontre avec le patient. L'orthophoniste l'écoute dans ses dires et dans ce qu'il donne à voir et pourra ainsi se reconnaître dans une pratique, celle de la parole et de l'écoute.

L'espace orthophonique est le lieu d'une mise au travail du patient, mais non pas nécessairement un travail lié à l'effort, bien qu'il y soit présent. Il s'agit du terme dans son

⁴³ S. Freud, *Introduction à la psychanalyse*, Ed. Payot, Paris, 1988

acception plus mécanique : le travail comme mouvement d'une entité dont le déplacement nécessite une certaine énergie. Dans notre discipline, il concerne la psyché et s'appuie sur un jeu, une infime distance entre des éléments de la structure psychique du patient. Cette mise en mouvement pourra s'appuyer sur la latitude, faible parfois, de l'enfant à accepter un déplacement dans sa perception du monde ou de lui-même. Ainsi, par induction et par influence, c'est bien ce subtil agencement global du psychisme qui peut s'ébranler et permettre une meilleure capacité d'adaptation, une plus grande labilité dans le choix des réponses symptomatiques.

Le jeu nécessaire au travail, c'est aussi celui du faire semblant, du jeu de règles, du ludique. Avant tout, il médiatise la rencontre et permet d'entrer en contact et ce d'autant mieux qu'il n'est pas le réel et que selon G. Dubois, il est une « activité parallèle à la vie »⁴⁴. L'espace orthophonique devient alors aire de jeu et espace d'illusion. Pour l'enfant, c'est déjà le premier contre-pied nécessaire à une décontextualisation : un adulte, inconnu, prend le temps de jouer avec lui. Malgré sa fonction – s'occuper de son problème de langage – il accorde une valeur inédite, aux yeux de son patient, à son plaisir, sans attaquer frontalement son symptôme, pourtant cause du contrat passé.

L'espace orthophonique est aussi un espace physique et temporel qui permet la mise entre parenthèses de la réalité extérieure. L'espace du jeu s'oppose au réel. S. Freud affirme à ce propos que « l'opposé du jeu n'est pas ce qui est sérieux mais ce qui est réel »⁴⁵. Ensemble, l'enfant et le thérapeute vont, selon Y. de la Monneraye, habiter la « scène rééducative » et construire un « monde commun ». Inviter l'enfant à jouer des histoires, à être tour à tour metteur en scène et acteur, de façon à ce qu'il puisse construire ou reconstruire sa propre histoire. Enfin, il pourra retrouver à la fois sa présence au monde et sa compréhension de lui-même. Selon H. Maldiney, « l'une ne saurait être restaurée sans l'autre, et apparemment, cette restauration ne saurait être opérée ni par lui du dedans, ni du dehors par un autre. »⁴⁶ L'orthophoniste est le témoin nécessaire de cette mise en sens ; sa présence la justifie et en dernière analyse, la suscite. Il permet à l'enfant de prendre sa place en donnant de la valeur à sa parole, à ce qui est dit *selon lui*. Et cela n'intervient que dans son monde commun en construction. Pour Y. de la Monneraye, l'enfant, inconsciemment, tentera de faire sortir le rééducateur de la « scène rééducative » pour retrouver sa « manière habituelle d'être dans la réalité ». De son côté, le rééducateur « fait en sorte que les répétitions nécessaires à la

⁴⁴ G. Dubois, op.cit., p.109

⁴⁵ S. Freud, *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*, Gallimard, Paris, 1953

⁴⁶ H. Maldiney, Comprendre, dans *Regard Parole Espace*, p. 32

représentation finale se jouent sur cette scène exclusivement ». Par le *pas de côté*, il est garant du *faire semblant* nécessaire au maintien de ce cadre où l'enfant peut créer et penser sans peur des conséquences.

Car il s'agit bien de liberté pour l'enfant et d'une présence libératrice concernant l'orthophoniste. Le cadre rassurant pour l'enfant une fois posé – souvent ne pas faire mal et ne pas abîmer – le tout dire et le tout faire deviennent la règle. S. Freud affirmait que « tout enfant qui joue se comporte comme un écrivain créateur ». Pour viser cela chez l'autre, condition nécessaire, le thérapeute doit lui-même se sentir libre pour permettre à l'enfant de l'être. Là encore, c'est la surprise de se sentir « reçu », écouté dans son expression la plus spontanée, la moins cohérente, qu'il sait souvent imparfaite, qui peut instaurer un nouveau rapport au langage et donc à soi.

Cette liberté à recevoir est le fruit d'une capacité d'accueil du thérapeute dans l'espace orthophonique, qui implique une distance, nécessaire au langage. Plus qu'une manière d'être aux conséquences visibles, il y a utilité d'un travail personnel, intérieur, pour susciter cet espace, en nous dans un premier temps. Il s'apparente à une sorte de vide de jugement, voire à une *absence dialectique*. Le véritable accueil de l'autre, sa reconnaissance, peut ainsi advenir, malgré notre ambition normalisatrice sous-jacente. Selon les mots de G. Dubois, il s'agit de « réserver à l'enfant une liberté »⁴⁷.

Cet accueil se manifeste souvent, de façon visible, explicite, par la patience du thérapeute. Elle donne de facto un espace de liberté à l'enfant en différant l'intervention de l'orthophoniste et ce faisant, en la modifiant bien souvent – pas nécessairement pour le meilleur. C'est le rapport au temps qui évolue. Il impose moins sa contrainte. Cela semble prouver la prise en compte du sujet-patient. Cela signifie que son rythme est respecté ; et par là sa difficulté, sa provocation même. Dans certains cas, nous pouvons sans doute parler d'ajustement des rythmes, ce qui est fondamental dans une relation d'étayage. Dans tous les cas, le « susciteur » ou le provocateur de patience ne reçoit pas la réponse habituelle qui s'oppose, qui refuse. C'est sans doute en soi un *pas de côté* qui permet à l'enfant d'évoluer, par la situation différente, déstabilisante même, où il se trouve quand il ne parvient pas à épuiser la patience du thérapeute. Nous utilisons les termes « semble prouver la prise en compte du sujet » car la patience peut n'être que superficielle, cachant une véritable lutte chez

⁴⁷ G. Dubois, op. cit., p. 39

l'orthophoniste. Lorsqu'elle est suffisamment sincère, c'est-à-dire qu'il y a en jeu une tolérance profonde de l'autre, elle permet au patient de passer du statut de *défaillant* au statut de *sujet différent*. Pour S. Freud, comme une contrepartie au sacrifice demandé au patient, le médecin offre un « succédané d'amour » : « ses efforts » et « une bienveillante patience ». Ainsi, la patience revêt aussi la dimension de contrepartie, de contre-don. Nous y reviendrons concernant le contre-transfert, mais le sentiment d'impatience chez le rééducateur est un outil très utile pour interroger sa pratique et la situation présente.

Cet espace où l'orthophoniste exerce sa clinique en vue d'un travail chez le patient, sur la scène rééducative, n'a qu'un but, favoriser l'avènement du sujet, ou le renforcer. Être sujet, c'est se concevoir comme non-autre, reconnaître ses limites. La rééducation orthophonique s'appuie grandement sur la discrimination, de phonèmes, de mots, mais justement, comme l'écrit G. Dubois, « peut-être celui que nous rééduquons n'a-t-il pas suffisamment d'existence en lui-même, avec tout ce que cela comporte de limites, de différenciation possible, pour accéder pleinement à la communication avec un non-lui, de ce non-lieu où il est encore »⁴⁸. Y. de la Monneraye insiste, à la suite de S. Freud : « on ne peut prétendre se référer à la psychanalyse si l'on n'admet pas à la fois que le sujet souffrant a un conflit psychique interne et que c'est lui qui a les éléments pour le dénouer dans une relation à quelqu'un qui l'écoute, et non qui le soigne au nom d'un savoir extérieur »⁴⁹. Reconnaître la place prépondérante du patient dans son cheminement vers un mieux être, c'est d'emblée lui reconnaître une capacité de soin et ainsi le restaurer dans sa place de sujet. Un cycle vertueux peut alors s'instaurer. Quid du rôle du professionnel dans cette perspective ? Facilitateur, catalyseur ou tout simplement aidant, voire interlocuteur permettant de « reprendre la chaîne du discours qui s'était interrompu sur un signifiant qui ne pouvait plus que se répéter faute de pouvoir être compris par l'entourage »⁵⁰. Devenir sujet, pour l'enfant, c'est reconstruire lui-même sa propre chaîne de signifiants pour reconstruire sa propre histoire. C'est pourquoi, de ce point de vue, il faut pouvoir faire abstraction, pour le thérapeute, de ce qu'il sait de l'histoire de l'enfant, pour maintenir une écoute la plus ouverte possible, avec le minimum de prismes déformants. Seul ce qui aura été construit dans ce monde commun de l'espace orthophonique aura une valeur thérapeutique, même s'il a des ramifications avant et après la séance, par ce que les interlocuteurs anticipent puis mûrissent ensuite.

⁴⁸ G. Dubois, op.cit., p. 83

⁴⁹ Y. de La Monneraye, op.cit., p. 31

⁵⁰ Y. de La Monneraye, op.cit., p. 55

Celui qui se présente dans cet espace est un sujet souffrant. Et cette souffrance est d'abord quelque chose qui, pour Y. de la Monneraye, « l'isole du monde », le sépare d'autrui et en même temps, le protège. Il convient de reconnaître, pour l'orthophoniste qui reçoit l'enfant, cet enjeu, parfois masqué par le patient lui-même, sa famille et ultimement, la prescription médicale qui n'évoque que des compétences « chutées ». Du côté de l'enfant, la souffrance se marque souvent par l'absence d'un dire la concernant. Pour Denis Vasse, il s'agit d'une « parole tue ». « Le rééducateur ne se situe pas comme soignant une souffrance à faire disparaître, mais comme interlocuteur d'un sujet qui est muet parce que son échec le parle. »⁵¹ Il s'agira alors de l'aider à déposer sa souffrance et ses mots ; être un réceptacle à cela. Or notre formation ne nous a pas préparés à endosser ce rôle. Fuir l'expression de la souffrance du patient, c'est pourtant prolonger ce blocage et maintenir son incapacité à parler sa détresse. Il est possible de renverser la métaphore du réceptacle, les mots venant du thérapeute agissant comme une « substance bienveillante » investissant des espaces dangereux, sensibles, chez le patient. Cette *intervention* ne se produit qu'après le déroulement d'une histoire de souffrance, partiellement conscientisée par le patient, mais qui dispose de sa logique, de ses compromis plus ou moins efficaces et acceptés. L'espace orthophonique doit tenir compte de ces problématiques pour savoir accueillir l'enfant et ses parents.

⁵¹ Y. de La Monneraye op. cit., p. 48

1.1.5. L'ÉTHIQUE DE GUÉRISON ET L'ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE

DES MALADES PEU ORDINAIRES

L'activité rééducative est une activité de soin. Comme telle, elle cherche à guérir. Mais quels sont les malades dont nous nous occupons ? S. Freud, à propos des « nerveux » a écrit : « Peut-être apparaîtra-t-il que les malades, dans ce cas, ne sont pas des malades ordinaires, les non-médecins pas absolument des « profanes », et les médecins pas tout à fait ce qu'on peut attendre de médecins et sur quoi ils basent leurs prétentions. »⁵² Or justement, nous pouvons aussi demander le statut de « malades non ordinaires » pour les enfants et adolescents que nous recevons. En effet, pour la grande majorité d'entre eux, nulle pathologie organique avérée, nulle étiologie définitive à leur difficultés langagières ou d'apprentissage.

S. Freud s'interrogeait sur le droit de non médecins à exercer le soin, la psychanalyse, dans un pays qui ne le permettait pas. Dans notre situation, l'orthophoniste est spécifiquement mandaté pour traiter des troubles du langage et des apprentissages. Mais selon nous, la difficulté concernant notre discipline vient de la rencontre des dimensions médicale et psychanalytique.

En première approche, en tant que paramédicaux, nous nous consacrons au soin sans être médecin. Mais en vertu de la spécificité d'une prise en charge de patients « non ordinaires », pouvons-nous viser un soin consistant à « conserver ou rétablir la santé » ? Est-ce même honnête de le prétendre ? Ici se pose la question de la santé mais également celle de notre ambition à la « rétablir ».

Par ailleurs, n'étant pas psychanalystes, devons-nous nous interdire de mettre en perspective, à la lumière de ce que nous savons de l'inconscient, ce que les patients déposent en séance ? Il nous semble que, sans prétendre à une maîtrise de ce qui constitue la praxis du psychanalyste, nous devons interroger ce que nous livrent les patients en ayant conscience de la part symptomatique de leur trouble et avant tout, en amont, permettre un dire et un faire qui, au delà de leur valeur informative, pourront avoir un effet thérapeutique.

⁵² S. Freud, *Ma vie et la psychanalyse*, Ed. Gallimard, Paris, 1925, Article *La question de l'analyse profane*, pp. 93 à 184

UNE AIDE PROPOSÉE

Par ailleurs, en tant que soignant, nous ne pouvons que proposer notre aide. Ce point apparaît paradoxal. D'une part, beaucoup de nos patients ont à peine la maturité suffisante pour prendre une décision thérapeutique. Une partie d'entre eux ne semble pas percevoir non plus la nature de leur « différence » d'avec la plupart de leurs camarades. Cela explique sans doute l'un des points aveugles que représente la demande, dans nos études et au delà, dans le monde professionnel. Ou plutôt, cette question n'apparaît que sous une forme atrophiée : « il ne veut pas travailler », « il ne veut rien faire »...

D'autre part, c'est ici plus qu'ailleurs que l'obligation de soin ne fait pas sens car tout le travail que nous mènerons avec eux repose sur leur libre consentement, et même mieux, leur engagement. Notre démarche n'a de valeur que parce qu'elle peut être refusée. Et c'est cette valeur qui permet leur implication.

Ce paradoxe se déroule dans un environnement *désirant*. Les parents, ayant la tutelle naturelle de leur enfant, ne viennent pas pour *proposer* une rééducation à leur enfant. Une démarche doit être entreprise et il n'est pas question pour eux de faire débat sur ce point. Seul le « niveau » de leur enfant peut décider d'une prise en charge. Considérer l'orthophonie autrement que comme l'école, obligatoire, relève alors d'une prise de position engagée de la part du thérapeute. Demandons-nous dans quelle autre sphère du médical l'obligation de soin a cours : pour des maladies très contagieuses et dangereuses, mais pour pas le V.I.H. par exemple ; pour des personnes ayant commis des crimes sexuels. Et dans tous ces cas, au delà de la question de l'efficacité des traitements imposés, il y a débat. L'intégrité personnelle ne peut être remise en cause. C'est l'une des valeurs cardinales de nos sociétés dites démocratiques. Certes, il s'agit ici de personnes mineures, mais la législation évolue sur ces questions et recommande maintenant de permettre aux « mineurs eux-mêmes [...] de participer à la prise de décision les concernant suivant leur degré de maturité. »⁵³ D'ailleurs, pour appuyer nos propos quant à la nécessité d'un consentement du patient, même mineur, un texte de loi explique que « la participation du mineur à la prise de décision améliore le processus médical et participe d'une meilleure relation avec le professionnel de santé. »⁵⁴ Pourtant, en orthophonie, ces considérations ne paraissent pas unanimement partagées, risquant d'accréditer, du point de vue de l'enfant, le sentiment d'un environnement conspirateur.

⁵³ Article L. 1111-5 du code de la santé publique

⁵⁴ Ibid.

Nous verrons plus loin, lors de la rencontre avec les parents et l'enfant, qu'en aucun cas il ne s'agit de se positionner contre cet « allant de soi » parental, mais qu'il convient de le travailler avec eux.

GUÉRIR ?

Dans une perspective psychopathologique, R. Roussillon écrit : « nous pouvons avancer que la guérison [...] est une sorte d'asymptote ; guérir c'est construire les conditions d'une souffrance tolérable et acceptable ; c'est échapper autant que faire se peut au principe de répétition. De même qu'en médecine la guérison n'évite pas la mort, lot commun de toute existence, le soin psychique n'évite pas la souffrance : il en propose des possibilités d'aménagement et de transformation. »⁵⁵ Ici, sur le plan éthique, cela implique de prendre la mesure des limites de l'action du thérapeute : vers un mieux être, diminuer la souffrance. En orthophonie, celle-ci est plus insidieuse. Souvent, elle n'est évoquée par personne. Seule est évoquée la performance, voire les résultats scolaires, étalon suprême. Il s'agit donc pour nous parfois de déplacer la perspective, celle des parents entre autres, pour donner voix à la souffrance occultée, lorsque nous estimons que sa mise en lumière représente une étape nécessaire du chemin à parcourir.

Serge Cottet, dans son article sur la *Latéralité de l'effet thérapeutique en psychanalyse*, cherche à montrer que cet effet ne peut être recherché frontalement, directement. En l'occurrence, il réfléchit aux conséquences de l'interprétation psychanalytique sur le patient, pour lui mystérieuses. Un parallèle peut ici être proposé en ce qui concerne l'orthophonie et l'impact des différentes techniques sur l'enfant. Souhaitant pour lui une meilleure réussite dans les apprentissages, nous lui proposons un travail que nous pensons adapté. Mais il semble bien difficile de savoir à l'avance ce qu'il pourra en saisir. Le tâtonnement clinique n'est pas fait de certitudes, mais assumé, il permet de rester à l'écoute de l'enfant. Nous pouvons alors parler ici de « latéralité de l'effet thérapeutique en orthophonie ».

L'ABSENCE DE TROUBLE : UNE NORME DANS UNE CULTURE

G. Dubois nous pose ces questions « Si nous avons choisi d'être rééducateur, n'est-ce pas pour donner à l'autre, accès à la norme sociale ? N'est-ce pas notre conformisme à nous qui est l'objet premier de notre choix ? »⁵⁶ Ici, pour elle, le rééducateur, mû par son rapport à la

⁵⁵ A. Ferrant, *Manuel de psychologie et de psychopathologie - clinique générale*, Ed. Masson, 2007, p. 236

⁵⁶ G. Dubois, op.cit., p. 66

norme, s'oppose au thérapeute qui soigne et apaise. De fait, à côté de ce que représente pour nous la finalité de notre travail, l'usage d'outils évaluant la nécessité d'une prise en charge par la mesure d'écarts à des moyennes étalonnées nous rend conformistes et gardiens d'une norme. Si la rééducation politique des pays de l'est a représenté une abomination, que penser de la (para)médicalisation du comblement d'un écart de performance par rapport à un individu statistique décrété moyen ? Georges Canguilhem a apporté une réponse dans *Le normal et le pathologique*, en s'appuyant lui-même sur les auteurs Laugier, Sigerist et Goldstein : « on ne peut déterminer le normal par simple référence à une moyenne statistique mais par référence de l'individu à lui-même »⁵⁷. Or notre culture définit le trouble, le mesure, le norme, sans nécessairement prendre en compte ce qu'en dit la personne « troublée ». Dans notre domaine, l'école prescrit, faisant par exemple du langage un moyen et non une expression fondamentale de l'être permettant d'abord son insertion et son bien-être parmi les siens.

Ici réside peut-être la principale latitude du professionnel : son positionnement par rapport à la culture. Il peut l'appréhender comme une contrainte, s'y conformer sans la questionner, et cela pour le bien de l'enfant : pour lui éviter des souffrances futures dans un environnement scolaire où une certaine efficience est cardinale. Il peut aussi se considérer comme un passeur nécessaire de culture, dans une perspective émancipatrice. Y. de La Monneraye explique alors que dans « cette culture, on y invite l'enfant plutôt qu'on ne le force, que donc il y viendra à sa manière à lui, à son rythme à lui, et qu'on est là pour l'y aider et non pour l'y contraindre. Il y a bien une nécessité, et par conséquent une contrainte, à entrer dans une culture, mais elle est d'un autre ordre : c'est celle qui oblige tout être humain à passer par la Loi pour échapper à l'instinct, à l'animalité. La contrainte en est la face négative en quelque sorte, mais elle n'est pas la seule, comme le croit l'enfant en échec ; il y a la face positive, qui est celle de la liberté que permet ce décollage de l'instinct. »⁵⁸ Une telle approche, que nous pouvons qualifier de *positive* offre une contrepartie : entrer en culture, c'est se soumettre, mais aussi s'enrichir, pour finalement accéder à une certaine liberté. Et par dessus tout, elle place la rééducation au service de l'enfant et non à celui de la société vue comme fin. Autrement dit, l'enfant n'est plus le jouet d'une conspiration qui le dépasse mais le cœur agissant du travail entrepris.

Si la dimension universelle de l'acculturation est indéniable, la guérison apparaît également comme culturellement dépendante. Penser sa culture, ne pas y adhérer sans la questionner, représente la meilleure incitation à ce libre choix d'entrer en culture.

⁵⁷ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Ed. P.U.F. 1966, p. 43

⁵⁸ Y. De La Monneraye, op.cit., p. 39

CE QU'IMPLIQUE LE SYMPTÔME

Avoir une vision au moins partiellement symptomatique des troubles de l'enfant implique d'emblée un respect de ceux-ci.

D'abord parce qu'il s'agit d'un équilibre singulier auquel nous sommes confrontés. Il y a eu élaboration d'un compromis engendrant une certaine satisfaction du sujet. Il faudrait alors le priver d'un bénéfice qu'il pouvait en tirer, pour un mieux final. De plus, cet équilibre résulte d'une interdépendance entre les symptômes. Tenter de le modifier revient alors à toucher au cœur de l'être, « Kern unseres Wesen » comme l'écrit S. Freud. Une telle approche met au jour une responsabilité significative chez le thérapeute.

Par ailleurs, l'une des conséquences de cette interdépendance, c'est qu'il n'est pas sans risque de vouloir interférer et ce d'autant plus que l'action est entreprise sans tenir compte de cette « tectonique » des symptômes. Charcot avait affirmé « qu'il existe des symptômes qu'il est dangereux de guérir »⁵⁹. Le compromis futur s'avérera-t-il aussi satisfaisant que l'actuel ?

Si nous considérons le trouble comme un symptôme, il semble légitime de questionner le désir de guérison lui-même. Nunberg le voit également comme un symptôme ; il l'envisageait même comme une « demande régressive ». Que fuyons-nous en voulant « aller mieux » ? Quel retour à l'état d'avant est espéré ? En ce qui concerne les enfants, la demande de guérison ne vient pas souvent du sujet lui-même. Éthiquement, nous revenons alors à la problématique du consentement et dans le même temps, un travail tourné vers les parents s'impose pour saisir au mieux l'attente qu'ils développent à l'endroit de leur enfant.

Un cas relaté par une orthophoniste illustre ce dilemme. Un couple vient avec un adolescent (en quatrième, avec un bon niveau scolaire) parce que son écriture a changé : elle est maintenant en script et ils pensent que c'est un problème lié au graphisme qui nécessite une rééducation. Ils exposent leur motivation sans ambiguïté : cela doit être corrigé. Ce constat n'est pas partagé par l'adolescent. Après une demi-heure d'entretien où la mère parlait au nom du couple, le père explique à son tour, comme une révélation importante et difficile à avouer, qu'il a eu « lui aussi » des difficultés avec l'écrit lorsqu'il était jeune. Il apparaît clairement qu'à leur yeux, il y a eu transmission, par une sorte d'atavisme. Ils craignent les difficultés scolaires pouvant en

⁵⁹ J.M. Charcot, *Thèse*, 1857

découler. L'examen de l'écriture de l'adolescent ne confirme qu'un choix la concernant, même si la graphie n'est pas très fluide.

Ici, le questionnement est multiple. Sur le plan strict du pathologique, rien n'apparaît. De plus, le sujet n'a aucune demande et son âge rend ce point crucial. Enfin, il semble que se cristallisent des craintes autour de ce fait de l'écriture qui dépassent largement la raison de la consultation. Que faut-il alors entreprendre avec l'adolescent et avec quelle finalité ? Quel discours tenir aux parents ? Pouvons-nous considérer la demande comme une intrusion dans les choix de leur enfant ?

Le symptôme annonce aussi la question du sens : celui du trouble, de la souffrance. Le respect qu'il impose est à relier au risque de « meurtre du sens » par une tentative d'éradication du symptôme. Ce point sera réabordé plus loin dans le mémoire lorsque nous étudierons la façon dont l'orthophoniste peut appréhender le symptôme. Nous pouvons toutefois souligner ici qu'il est l'expression d'une souffrance sous une forme parfois très masquée. Pour certains enfants, il tient lieu d'étendard, de revendication à être.

Complétant le cas exposé ci-avant, une éthique de la guérison doit envisager le symptôme transgénérationnel présenté précédemment. L'enfant concentrant sur lui l'expression d'un dire qui le dépasse en partie, toucher au symptôme pourra entraîner une réponse familiale contre la prise en charge ou un déséquilibre familial. Le symptôme revêt alors parfois la fonction d'écran, de masque à la problématique familiale. Que peut signifier une prise en charge qui risque de rendre l'enfant bouc émissaire d'un trouble collectif ? Être au service de l'enfant avant tout, implique de prendre en compte ces enjeux et peut aider à anticiper les conséquences d'un travail.

RECHERCHE DE GRATIFICATION

L'un des risques de notre métier consiste en la recherche de gratification et de réassurance. Pourtant, il est légitime de rechercher ce type de satisfaction dans son activité professionnelle. C'est aussi le garant d'une forte implication. Alors qu'est-ce que ce risque de recherche de gratification ? Pour nous, cela peut résider dans une attente personnalisée, focalisée sur un patient en particulier. C'est justement notre devoir de professionnel d'éviter ce type de relation avec le patient. Cela nous protège, mais surtout, cela ne l'emprisonne pas dans un lien qui ne serait que concurrent de l'amour parental. Cela consiste donc en un premier pas de côté

que de pouvoir souhaiter l'aider tout en pouvant se passer d'être aimé ou admiré. Pour l'enfant, c'est une surprise et une étape vers la prise de conscience qu'un autre rapport au monde est possible et l'attend.

Lors d'une séance avec un patient, j'ai eu par exemple l'impression que je ne maîtrisais pas ce qui se passait, que ce que je pouvais souhaiter pour l'enfant – mais aussi pour moi en réalité – semblait absent de la séance. Peut-être la séance n'a-t-elle pas été « productive » comme je l'espérais ? Mais en discutant de ce qui s'était passé avec deux orthophonistes, j'ai compris que ce que je désirais en premier lieu, c'était une séance confortable où l'enfant serait « compliant », c'est-à-dire conforme et accommodant, où tout ce que j'avais pu imaginer se déroulerait naturellement, sans effort, c'est-à-dire avec un enfant qui semblerait « de mon côté ». D'une part, il est normal qu'un certain nombre de séances ne se déroulent pas ainsi. Une maîtrise absolue ne serait possible que par un savoir absolu sur l'autre. Sa liberté est aussi celle de me perturber. D'autre part, cette absence de sérénité de mon côté ne signe pas nécessairement l'absence d'un travail ou d'un « mouvement » chez l'enfant. À ma grande surprise, la semaine suivante, ce qui avait été catégoriquement refusé a été proposé par lui, sans incitation. À l'inverse, il ne faudrait pas non plus en conclure qu'un cap a été franchi et que l'évolution est nécessairement positive, mais cela montre qu'un jugement concernant une séance ne peut s'appuyer sur le confort ou la facilité du thérapeute.

ÉTHIQUE DE L'AUTONOMIE

Sous ce titre, nous voulons envisager ce que peut souhaiter l'orthophoniste pour son patient. D.W. Winnicott donne une première approche de cette question : « Le but de toute thérapie étant de parvenir au stade où la relation professionnelle prend fin parce qu'elle est relayée par la vie du patient et que le thérapeute passe au malade suivant. »⁶⁰ Il s'agit pour nous de la nécessité d'avoir une position éthique pour fonder une stratégie de rééducation en se situant dans une perspective d'autonomie du sujet. Traitons-nous un trouble, un malade ou pouvons-nous désirer son émancipation progressive ? Il faut se prononcer personnellement sur cette question et intégrer cet objectif, car tout le travail rééducatif en découle, jusque dans l'utilisation de la technique et notre attitude. Il s'agit ici d'une latitude importante pour le thérapeute, qui ne vient qu'avec la conscience de l'enjeu de la prise en charge.

⁶⁰ D. W. Winnicott, op.cit., p. 158

Dans un premier temps, juste en amont de cette réflexion, vient la manière dont nous pourrions parvenir à considérer l'enfant comme une fin en soi. Pour reprendre E. Kant : « agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen. »⁶¹ Car l'écueil est bien là. Pris dans la demande parentale, sociale et notre propre ambition d'une part et par les objectifs partiels que nous nous fixons au fur et à mesure de la prise en charge d'autre part, il semble aisé d'oublier de considérer la finalité de ce que nous entreprenons. Y. de La Monneraye exprime ainsi les conséquences d'un positionnement clair sur ce point : « L'enfant ainsi (en lui annonçant ce que l'on recherche) peut de lui-même accepter d'être provisoirement objet d'investigation en toute sécurité, parce qu'il est sujet qui s'associe aux propositions de son rééducateur, et qu'il sait que ce rééducateur ne cherche pas à le nier. »⁶²

UNE EXIGENCE PROFESSIONNELLE

« Si la rééducation est une pratique humaine intéressante, c'est parce que le rééducateur accepte d'être désarmé et de courir à chaque fois le risque d'une aventure singulière avec un enfant. »⁶³ écrit encore Y. de La Monneraye. Dans cet espace orthophonique, le professionnel accueille et s'ouvre à celui qu'il reçoit. Contrairement à ce qui peut exister dans la vie privée où nous évitons parfois d'entendre certaines paroles, certains thèmes qui nous déplaisent, ici il ne peut s'agir de censure. Il faudrait être suffisamment fort pour recevoir ce qui vient de l'autre sans se mettre en danger pour autant.

Cette capacité appelle logiquement une autre exigence professionnelle : celle de ne pas juger, du moins sur un plan moral. S. Freud avait rapidement compris que cet impératif serait difficile à comprendre pour nombre de ses contemporains, mais l'enjeu est double : permettre une libre parole du côté du patient (aspect essentiel pour la cure psychanalytique) et devenir capable, cette fois pour le thérapeute, de percevoir la « causalité » à l'œuvre dans l'inconscient. Replacés dans notre contexte, ces deux points restent valables car le jugement filtre nécessairement ce qui peut être émis par le patient et ce que nous pouvons en comprendre. Comme nous l'imaginons et le constatons souvent, l'enfant ne peut d'emblée nous faire confiance sur ce point. Il le découvre au fur et à mesure de la relation qui se crée, à

⁶¹ E. Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Ed. Gallimard (Pléiade, Oeuvres philosophiques tome 2), 1985, p. 295

⁶² Y. De La Monneraye, op.cit., p. 60

⁶³ Y. De La Monneraye, op.cit., p. 243

la condition que le thérapeute soit honnête, sincère dans sa position de non-jugement, de non-culpabilisation.

C'est alors une nouvelle exigence qui se fait jour : celle de vérité. À l'instar du psychotique qui pense qu'il ne peut mentir car l'autre le saurait, le thérapeute doit chercher en lui la justesse des mots et celle de son attitude. Toute incohérence, anomalie, sera saisie comme une défense par le patient et dégradera le lien thérapeutique. C'est un véritable travail. Une prise de conscience ne peut que préparer à une pratique qui, patiemment modelée par ces différentes exigences, peut lentement induire l'inflexion souhaitée de l'être thérapeute.

Une vignette clinique d'une situation de stage illustre cette idée. Un garçon de cinq ans, Mario, jouait avec des voitures devant moi sur la table. Je glosais ou j'intervenais parfois dans son jeu. L'une de ses actions m'a fait pensé à ce qu'il avait fait plusieurs semaines auparavant. C'était probablement un souvenir agréable car j'ai souri. Mais surtout, je n'étais plus présent à ce qu'il faisait. Cela n'a duré que quelques secondes, mais lui qui semblait si captivé par son jeu m'a interpellé en me demandant pourquoi je souriais. Dans l'instant, il m'a paru très surprenant qu'il détecte mon « absence ». Au delà de la sincérité de chaque instant exigé par Mario, j'ai pu me rendre compte de sa vigilance et de son attention portée à l'autre, même lorsqu'il semblait absorbé par son activité.

Une autre perspective pour aborder le non-jugement, peut-être moins ambitieuse en apparence, est celle de la tolérance du praticien pour son patient. Claude Chassagny la pense plus difficile dans notre domaine en raison d'une ambiguïté : « Leur métier [celui des orthophonistes, des rééducateurs] est ambigu ; ils sont engagés pour réduire un certain type de symptômes et leurs conséquences, c'est-à-dire dans un champ proche du pédagogique, et comme personnalité engagée dans une relation d'aide, placés devant la nécessité de tolérer la personne qui leur fait confiance, y compris tolérer la présence des anomalies du langage écrit. »⁶⁴ Il s'agit d'un entre-deux où nous devons tolérer ce que nous devons réduire. D. W. Winnicott en parle également, de façon plus imagée : « Un analyste doit faire preuve de la patience, de la tolérance et de la constance d'une mère dévouée à son petit enfant »⁶⁵. Cette tolérance n'est alors pas un compromis et encore moins une faiblesse mais l'acceptation de l'autre tel qu'il nous arrive, tel qu'il a « besoin d'être » à ce stade de son parcours.

⁶⁴ C. Chassagny, *Pédagogie relationnelle du langage*, Ed. IPERS, 1985, p. 14

⁶⁵ D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, 1969, p. 57

L'exigence concerne aussi un point apparemment trivial, l'optimisme du thérapeute. Il fait appel à notre croyance qu'un mouvement est toujours possible, que rien n'est figé. Il est nécessaire, en plus de ce qu'il nous permet d'entreprendre, car c'est ce que l'enfant lira dans nos yeux. C'est donc un respect de sa capacité à évoluer, à trouver une nouvelle façon de s'adapter devant ses difficultés. Autrement dit, cet optimisme évite d'enfermer le patient dans une sorte de déterminisme thérapeutique. Nous touchons ici à un risque de la pensée conceptuelle : le signifiant, le diagnostic en l'occurrence, peut induire une moindre souplesse d'esprit face à ce que nous montre l'enfant. Nous y reviendrons plus loin.

L'optimisme peut aussi être une conséquence de l'utilisation du concept de *zone proximale de développement* de Lev Vygotsky. Toujours tenter d'occuper la juste place, réaliste, face à l'enfant. Mais oser se placer un peu plus loin, à sa portée, en envisageant ce qu'il pourrait réussir.

D. W. Winnicott a lui souligné l'importance qu'il donne à l'exigence professionnelle : « L'individu [le patient] qui protège toute une part de lui-même par des défenses ne peut pas connaître la dépendance qui est nécessaire au processus. Le pendant de cette dépendance, c'est chez le thérapeute, la fiabilité professionnelle »⁶⁶. Cette fiabilité équilibre selon lui la dépendance que le patient doit accepter en diminuant ses résistances à la thérapie. Voici comment il la décrit : « Le thérapeute est comme les autres professionnels en ceci que son comportement dans le travail se situe à un niveau plus élevé que dans sa vie privée. Il est ponctuel, il s'adapte aux besoins de son patient, il ne fait pas passer ses frustrations dans son contact à lui. »⁶⁷ Il écrit même qu'il faut « réserver nos pulsions sadiques pour la vie privée. »⁶⁸ Nous y reviendrons dans une réflexion sur le contre transfert. Si D. W. Winnicott défend l'idée d'une réserve dans l'expression de nos frustrations, Y. de La Monneraye élargit cette attitude à toute émotion : « il est au rééducateur de se laisser aller à ses émotions, « interdit », ne voulant pas dire qu'il doive s'empêcher d'éprouver des émotions. »⁶⁹ C'est-à-dire être à l'écoute de ce que l'enfant déclenche en nous sans réagir comme nous le ferions en situation non professionnelle. Cette manière d'être apparaît difficile à intérioriser et

⁶⁶ D. W. Winnicott, *Conversations ordinaires*, Ed. Gallimard 1988, p. 148

⁶⁷ Ibid., p. 158

⁶⁸ Ibid., p. 169

⁶⁹ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 56

représente un travail en soi pour l'orthophoniste. Pouvons-nous parler de la construction d'un *moi professionnel* ?

Enfin, résumant en quelque sorte tous les points abordés ici, C. Chassagny insistait sur l'importance, pour les thérapeutes, de pouvoir accueillir l'enfant en évitant de « l'inscrire dans l'actualité de leurs propres projections, en lui refusant une fois de plus le choix »⁷⁰. « Le rééducateur propose ainsi à celui qui lui fait une demande d'aide, l'état et la *mémoire* des différentes expériences qu'il a pu faire. Le rééducateur doit réaliser que l'enfant qui vient à lui n'est pas la traduction de son dernier fantasme. Il n'est pas un enfant imaginaire. Il faut reconnaître qui est devant soi et être disponible à ce qui lui est nécessaire, et surtout être attentif à sa demande. »⁷¹ Il complète en exprimant son point de vue sur la *neutralité* professionnelle nécessaire : « Je voudrais exprimer qu'être disponible pour un praticien c'est oublier son désir, occulter même l'expression de ses idées pour ne considérer que l'enfant. »⁷² Certes nos influences théoriques nous ont construits, mais l'accueil complet de l'enfant nécessite une forme d'*oubli volontaire*. C. Chassagny l'exprime ainsi : « Le prosélytisme peut nuire en devenant l'expression partisane d'une idée dont l'enfant ne devrait pas être considéré comme l'enjeu. »⁷³ En effet, le respecter consiste à ne « pas l'engager dans une perception de lui-même, de son monde, de son milieu qu'il ne saurait avoir. »⁷⁴ En définitive, ce point demande lui aussi le travail d'un *moi professionnel*.

⁷⁰ C. Chassagny, op. cit., p. 11

⁷¹ Ibid., pp.10 et 11

⁷² Ibid., p. 11

⁷³ Ibid., p. 11

⁷⁴ Ibid., p. 13

1.1.6. LE POSITIONNEMENT PAR RAPPORT À LA CROYANCE

UNE INCONTOURNABLE CROYANCE

Jacques Ellul a écrit : « Nous croyons tout et tout repose sur la croyance. Les vérités scientifiques ? Mais je suis obligé de croire car je suis incapable de prouver par moi-même ce qui a été démontré. Et dans les relations de la vie quotidienne, la croyance joue constamment un rôle premier. Il n'y a pas de communication possible, pas la moindre conversation, si je ne crois pas ce que l'autre est en train de me dire. Même le désaccord, la discussion reposent sur la croyance que l'autre a dit quelque chose qui mérite d'être discuté : si je ne crois rien, je hausse les épaules et je m'en vais. »⁷⁵ Il s'agit pour nous ici de reconnaître cette dimension centrale de la croyance dans le rapport à l'autre. Est-il vraiment nécessaire de croire que ce que quelqu'un a dit doit avoir une réponse pour commencer à discuter ? Peut-être pas. Mais il faut croire au moins que quelqu'un écoute – même si c'est nous-même. Il faut croire que nous avons une raison de nous exprimer, qu'une certaine altérité l'impose. L'orthophoniste tient ce rôle de rappeler à l'enfant qu'un dialogue avec l'autre a du sens et que le langage le permet.

J. Ellul explique aussi dans ces lignes que ce qui nous semble rationnel ne nous est pas accessible strictement par la raison et que c'est par la croyance que nous l'acceptons. Le savoir suppose cette croyance première, ce pas dans le vide. Cet assentiment, c'est exactement ce que nous attendons de l'enfant. Nous lui demandons de se mettre en chemin, d'oser quitter sa position. À ce titre, l'orthophoniste endosse l'habit d'un prêcheur. Lui aussi aimerait dire « n'aie pas peur ».

PENSÉES AUTOUR DE J. LACAN

Nous repartons de ce qui a été exposé dans « La fonction de la parole » précédemment, en y mêlant d'avantage la croyance. Il y était fait mention de la phrase de J. Lacan : « Une parole n'est parole que dans la mesure exacte où quelqu'un y croit »⁷⁶. Pour cela, celui qui émet une parole doit d'abord croire en l'autre. Et il en accepte une relative dépendance. Cela suppose aussi, d'une certaine manière, la trahison de la figure maternelle : la quitter, puis croire en d'autres gens.

Le langage, manifestation de l'Autre, représente pour l'enfant l'altérité, ce qui lui vient de l'extérieur, ce qui s'impose à lui, ce qui le dérange dans son statut d'enfant qui sort

⁷⁵ Jacques Ellul, *Islam et judéo-Christianisme*, rééd P.U.F, 2004, p. 266

⁷⁶ Lacan, *Les écrits techniques de Freud*, op. cit., p. 264

progressivement d'une vision d'un monde centré sur lui. Accepter le langage, c'est forcément croire : en l'autre, en l'Autre de J. Lacan, en des vérités invérifiables. C'est aussi dé-croire en autre chose, se désillusionner. Nous nous risquons à penser que la soumission du sujet au signifiant, castration symbolique pour J. Lacan, représente une conséquence de la nécessité de croire. Ainsi, la position de l'orthophoniste, c'est représenter l'Autre, être passeur, vecteur de croyances et comprendre que nous demandons la confiance de l'enfant tout en étant une figure de cette loi symbolique qu'est le langage.

Nous pouvons aussi penser le désir en terme de croyance. L'*objet a* serait cette croyance ultime, sans réponse, sans possibilité de jamais pouvoir lever le doute. Lien au désir impossible à apaiser donc, jusque dans ses « actualisations partielles », repoussant toujours plus loin l'objet cru. De même que le savoir ne recouvre pas la réalité, « la foi est la forme irréductible au savoir, et sans commune mesure avec lui, d'une prise de position de l'homme à l'égard de l'ensemble de la réalité »⁷⁷ expliquait le cardinal Ratzinger. Cette « prise de position » pourrait alors prendre la forme d'un renoncement intériorisé à avoir un jour le *phallus*. J. Lacan parle d'*Assomption*, d'un désir mature. Selon nous, il irait de pair avec une croyance mature, non pathologique, une croyance choisie, un manque assumé, une croyance que personne ne peut invalider et qui perdure après toutes les autres.

Cette réflexion sur la croyance et le désir nous montre que l'orthophoniste et l'enfant partagent ensemble ce chemin vers une acceptation lucide – acte de liberté – de ce que nous sommes, de ce que nous désirons, de ce qui nous manque.

DIMENSION SACRIFICIELLE DE LA CROYANCE

Nous la décrivions en terme de castration, mais la croyance réclame aussi son sacrifice. Pouvons-nous également le rapprocher de la symbolique du paiement en psychanalyse ? Pour donner de la valeur à la croyance, pour la rendre effective finalement, il faut lui donner quelque chose, un contre-don. Ce en quoi nous croyons vaut par ce que nous sommes prêts à lui sacrifier. Que cela peut-il signifier en orthophonie ? L'enfant voit le paiement de ses parents. Il en a une plus ou moins grande conscience. Ce paiement est plus ou moins investi par les parents eux-mêmes. Comment considèrent-ils le remboursement de cet acte paramédical ? Y-a-t'il encore pour eux le sentiment d'une perte ? Peut-être pas ; et dans ce cas, l'enfant reste parfois témoin des efforts que font ses parents pour qu'il puisse assister à ses séances. Il faut aussi se demander comment l'enfant perçoit ce paiement de ses parents. Se

⁷⁷ Joseph Ratzinger, *Foi chrétienne aujourd'hui*, Mame, 1969, p. 31-32

sent-il partie prenante, solidaire ? Ou au contraire considère-t-il avec plaisir cette « offrande supplémentaire » que lui font ses parents ? L'investissement qui sera le sien au cours de la rééducation en dépend probablement.

Mais il donne aussi « de lui » directement : par le temps passé, par ses efforts, par ce qu'il veut bien dire de lui en séance, par ce qu'il veut bien mettre en mouvement dans son organisation psychique. Notre rôle est alors de lui rappeler que ce qu'il fait ici a un but, lié au langage, aux apprentissages... Et d'abord, il nous faut lui expliquer, selon son âge, que le chemin pour améliorer sa situation est d'abord fait par lui-même. De façon moins directe, nous pouvons donner de la valeur à ses actes, d'implication ou de résistance, pour qu'il sache que ce qui vient de lui, ses efforts ou son non-engagement, sont déterminants. Nous avons justement pu observer les orthophonistes, en séance, replacer l'enfant au juste niveau de ses responsabilités : l'exonérant de ce qui ne vient pas de lui et le responsabilisant sur ses actes. Il est surprenant de constater que la frontière n'est pas claire pour de nombreux patients.

Dit autrement, la croyance est une condition de l'effet placebo. Or les expériences montrent que plus le coût du placebo est élevé pour le patient, plus l'effet placebo est important. Ce coût dans notre pratique revient souvent au sentiment d'implication du patient. Par ailleurs, l'effet placebo doit aussi être relié à la façon dont le patient « reçoit » son traitement. Il s'agit ici de la conviction du praticien. Mais en dernière analyse, c'est la façon dont l'enfant percevra cette conviction qui importe, ce qui nous ramène au transfert établi par ce dernier. Nous devons aussi préciser qu'ici, à la différence du milieu médical, il n'y a pas ou peu de somatisation ; il s'agirait plutôt de « cognitivisation ». C'est la dimension cognitive de l'individu qui se trouve améliorée dans le processus.

LE CADRE ORTHOPHONIQUE COMME UNE LITURGIE

Puisque nous pouvons considérer, dans certaines conditions, qu'il est utile à l'enfant de croire, nous pouvons observer le cadre orthophonique comme une liturgie servant ce dessein. La salle d'attente, le manteau à enlever, la similitude des premiers mots de chaque séance, la carte vitale, peuvent en être des éléments, dont certains ne répondent pas directement à une nécessité. Le mot *rituel*, justement lié à la croyance, revient beaucoup en orthophonie. Spécifique à un enfant ou s'appliquant à presque tout le monde, son utilité psychologique se situe à plusieurs niveaux.

Les gestes et les mots répétés ou reçus donnent du poids au « croire ». Ils agissent en « sacralisant » la séance. Ils représentent aussi une phase d'acclimatation en début et en fin de séance, une transition où ce qui importe est de se mettre en disponibilité pour ce qui vient. Avec la répétition vient une disposition d'esprit, une attitude. Daniel Pennac décrit dans *Chagrin d'école* la métaphore de l'enfant-oignon qui doit ôter toutes ses couches avant d'être disponible pour apprendre et travailler.

Les rituels protègent et rassurent également. En encadrant l'inconnu de la séance et de la rencontre toujours renouvelé par des actes répétitifs, l'enfant circonscrit le risque, le compense.

Enfin, dans leur dimension spécifique à chaque orthophoniste, avec leur part d'arbitraire, les rituels symbolisent l'externalité du langage, ce qui vient de l'Autre. La foi nécessaire pour l'accepter, le fait de respecter cette liturgie, sont en eux-mêmes une décision prise librement par l'enfant et à ce titre, une indication pour le thérapeute. Par exemple, le manteau qu'il n'enlève pas tel jour en particulier est un dire que nous pouvons choisir de ne pas interroger, mais qu'il nous faut remarquer. La liturgie, le cadre, c'est l'accompagnement de la décision de croire, qui aide à son déclenchement, qui l'entretient.

Cristiano, onze ans, un garçon dont je me suis occupé pendant plusieurs mois, avait son propre rituel en entrant et en repartant du bureau. Il se roulait par terre mais terminait très vite à l'arrêt, en position fœtale, le sourire au lèvres et me demandant assistance, comme s'il allait mourir. D'ailleurs, il y avait toujours un embryon de scénario qui justifiait sa position au sol : il se battait et perdait ou tombait directement comme s'il s'était pris une balle d'arme à feu alors qu'il était sur sa chaise. Je pouvais penser qu'il s'agissait d'une façon de ne pas entrer en séance, de résister à ce qu'il considérait comme une obligation, mais c'était sans doute plus complexe car la même scène se reproduisait au moment où je lui annonçais que la séance était terminée. Était-ce une façon de s'assurer qu'il avait mon attention pleine et entière, que l'autre pouvait le supporter ? Ou voulait-il simplement être "soigné" dans son jeu ? J'ai finalement émis l'hypothèse, en le voyant aussi s'agiter à chaque nouvelle proposition de ma part, qu'il supportait la transition vers quelque chose d'inconnu et les ruptures en général par ce type de « décharge régressive ». L'orthophoniste du cabinet m'a expliqué qu'il avait fait cela au début de la prise en charge, il y a plus d'un an. Cela occupait même toute la séance les premières fois. Un nouveau visage de thérapeute avait redéclenché chez lui ce comportement, dont il avait besoin rituellement. Après

quatre ou cinq séances, il cessa de lui-même. Que s'était-il passé ? Rien de particulier à mes yeux. Mais de façon progressive, j'ai le sentiment qu'un lien de confiance autour de notre travail s'est instauré, notamment autour d'une pièce de théâtre que nous lisons ensemble, assez longue, et dont j'imprime les feuilles au fur et à mesure des séances. Il m'en parle dès le début de la séance, même s'il veut commencer par jouer.

CROIRE EN SOI

Exister, pour le sujet pris dans son humanité, c'est croire en soi. C'est un acte de foi minimal, existentiel. Je crois que je suis, que je ne fais qu'un, que j'ai cette raison suffisante de vivre et de grandir. C'est donc se fier à soi comme nous pouvons nous fier à autrui.

Cette croyance en soi tente de combler un manque lié à l'ignorance et à ses propres insuffisances. Elle tente alors de donner du sens, de se donner du sens, malgré le « vide impénétrable » (expression de J. Lacan) d'une croyance éthique autour duquel nous ne finissons pas de tourner. Cornélius Castoriadis l'a quant à lui pensée ainsi : « La foi est un pont jeté sur l'abîme du monde. » Pour nous, c'est bien à aider l'enfant à dompter sa peur du vide que notre position peut contribuer ; aider à lancer, construire ce pont sur l'abîme. Cette croyance nécessaire aux apprentissages, c'est celle qu'il faut défendre devant l'enfant. Cela revient à l'aider à prendre conscience du vide et de la nécessité à avancer quand même.

UNE CROYANCE POUR AFFRONTER LE SAVOIR

La croyance et les savoirs semblent s'opposer. L'enfant, pour recouvrir le réel et son ignorance relative, use de croyances. Ensuite, sa progression sur le plan du savoir supposera une remise en cause, un questionnement, une mise en doute. Elle pourra donc légitimement impliquer des résistances car il s'agira de se déprendre du système de représentations personnelles, voire familiales. Claude Lévi-Strauss décrit bien l'enjeu de la connaissance, qui est aussi celui de l'enfant, dans *La Pensée sauvage* : « Dans la vie pratique et pour la satisfaction de ses besoins intellectuels, l'homme doit être convaincu qu'il peut connaître quelque chose du monde. Mais en même temps, il ne doit pas lui échapper que chaque progrès de son savoir élargit dans des proportions beaucoup plus grandes le champ de son ignorance, de sorte qu'il ne sait même pas si ce savoir en est un. »⁷⁸

⁷⁸ C. Lévi-Strauss, 1963-2003 : *l'anthropologue face à la philosophie*, entretien avec Marcel Hénaff, *Esprit*, janvier 2004, p. 88

Tout d'abord, « être convaincu qu'il peut connaître quelque chose du monde ». La tâche de l'orthophoniste commence souvent ici : permettre à l'enfant de se penser « à la mesure de toute chose ». Cela suppose justement une confiance en soi suffisante. Mais elle ne se décrète pas. Elle viendra aussi en lui montrant que sa compréhension du monde augmente et qu'elle n'est qu'une promesse de ce dont il sera capable plus tard.

Ensuite, il faudra l'accompagner dans la perte, car « chaque progrès de son savoir élargit dans des proportions beaucoup plus grandes le champ de son ignorance », puis défendre l'idée qu'un savoir est relatif, qu'il pourra toujours être complété par d'autres. Au delà de la désillusion engendrée par un savoir qui semble ne plus en être un, il s'agit aussi de rassurer devant cet élargissement concomitant de son ignorance, chaque effort n'étant récompensé que par une perspective toujours plus vaste de travail à accomplir. Dit autrement, à mesure que l'enfant gagne en puissance de pensée, il perd en toute puissance.

Une orthophoniste observée en stage face à un enfant qui semblait découragé devant l'infinité apparente des mots, lui rappelait la finitude palpable de l'alphabet. Croire que le monde est à sa mesure semble une illusion salutaire dont l'adulte ne peut jamais se départir complètement.

Puisque croire ne pourra être entendu que comme l'expression du libre arbitre de l'enfant, ne pas croire est ce qui rend ce choix consistant. Lui montrer qu'il peut se positionner contre, avec les outils dont il dispose, avec ce qu'il sait du monde à ce moment là, représente aussi à ses propres yeux la reconnaissance de son jugement, de sa subjectivité. Parce que nous pourrions dire aussi devant lui « je crois que ce n'est pas ça » ou simplement « je ne crois pas à ça », il se sentira invité à prendre position, à trancher, dans un rapport dialectique au monde. L'intérêt est également d'élaguer le chemin des croyances, des doutes et des certitudes. « Je ne sais pas encore vraiment, mais j'en sais plus qu'avant, car des éléments m'incitent à croire que cela existe et qu'en revanche, ceci n'existe pas. »

LA CROYANCE COMME CERTITUDE

Pour tempérer ce qui vient d'être écrit et appuyer l'effet placebo évoqué plus haut, il convient aussi de questionner une position relevant du doute, tant chez l'orthophoniste que chez l'enfant. Un risque de nihilisme existerait, à reconnaître nos croyances comme telles. Celles, nécessaires pour le rééducateur, comme « être celui qui sait, qui peut aider l'enfant »,

doivent, jusqu'à un certain point, revêtir l'apparence de certitudes, car c'est à cette condition qu'elles seront effectives, sur nous-mêmes, l'enfant et ses parents. Jean-Toussaint Desanti parlait de la « puissance persuasive de la confiance ». Jouons-nous sur les mots en affirmant qu'avoir la certitude de croire telle chose n'est alors pas, antilogie, croire en la certitude d'une chose ?

La position de doute excessif ou permanent existe d'autant plus que le moi est divisé (strates juxtaposées, contradictions imbriquées). Or justement, une croyance effective, qui relève pour cela de la conviction, a pour but d'unifier la conscience, but jamais achevé. La position, difficile pour l'orthophoniste, est de se tenir garant d'un équilibre entre trop et pas assez de croyance.

LA CROYANCE MIMÉTIQUE

La croyance forge aussi notre système de représentations. Elle fonde ainsi notre appartenance à un groupe, qui n'existe lui-même qu'à titre de croyance. Avoir le sentiment d'appartenir à un groupe permet d'habiter sa culture, de s'y sentir chez soi, d'exister à partir de ce lieu imaginaire. La langue et à travers elle, le langage, en est l'un des signes tangibles, proposé à l'enfant, imposé par le groupe comme un « donné », non négociable a priori. C'est une condition nécessaire d'appartenance. Nul besoin de chercher où l'on pénètre la spirale : appartenance au groupe (dépendance à l'Autre) / croyance au groupe / parlêtre. Mais la croyance en fait partie et elle est liée à la contagion mimétique. C'est la réciprocité imitative, circulaire. Pour Jean-Claude Guillebaud, nous sommes « pris dans le vertige commun »⁷⁹. Et pour nous orthophonistes, c'est la conscience que notre position face à la croyance, tous ces présupposés que nous tenons pour vérités et en vertu desquels nous habitons notre humanité collective, cette position donc, quelle qu'elle soit, doit être sincère pour qu'un mimétisme constructif pour l'enfant soit possible. Une méta-position constante : celle liée à la conscience d'être exemplaire. En nous, à travers nous, il devra pouvoir comprendre que croire et espérer sont permis pour se projeter dans l'avenir et qu'une croyance effective doit revêtir les habits de la certitude. Pourtant, sans perte invalidante, une croyance plus ancienne aura à céder la place à une autre ou à la simple prise en compte des faits.

⁷⁹ J-C. Guillebaud, *La force de conviction - à quoi pouvons-nous croire ?*, Seuil, Paris, 2006, p. 279

1.1.7. LE POSITIONNEMENT PAR RAPPORT AU SAVOIR

Dans cette partie, nous allons interroger les liens qui existent entre le savoir et le soin. En quoi notre position par rapport au savoir définit-elle notre pratique de soin ? En quoi fait-elle soin ? Nous proposerons donc pour répondre à ces questions quelques considérations autour du savoir du patient, conscient et inconscient ainsi que celui du thérapeute.

UN SAVOIR EMPÊCHÉ

Étant au carrefour de nombreuses disciplines, l'orthophonie rassemble des savoirs divers, et divergents par exemple au niveau des étiologies. Les difficultés rencontrées dans la construction et l'acquisition stable de savoirs peuvent être appréhendées, nous l'avons vu, comme la conséquence de troubles instrumentaux, ces derniers étant indépendants du développement psycho-affectifs de l'enfant. Bien que n'excluant pas cette approche, nous proposerons ici de considérer plutôt les troubles sous l'angle d'un *savoir empêché*.

Parmi les enfants qui viennent en séance d'orthophonie, nombreux sont ceux chez qui le savoir semble être en effet bloqué, suspendu. Cet empêchement, le plus généralement, sera considéré comme la résultante, non d'un fait unique, mais davantage comme un faisceau de raisons interdépendantes, interagissantes.

Par quoi ce savoir peut-il être empêché ? Nous pensons que le savoir lui-même peut être mis en cause. Pour introduire notre réflexion, il convient tout d'abord de considérer savoir conscient et savoir inconscient. À un certain niveau, il n'existe pas d'indépendance entre ces derniers. Ils sont un seul et même ensemble au sein duquel il y a des liens permanents. Il n'y a pas entre eux de différence de nature. Dans tout savoir, il y a du conscient et de l'inconscient. Quand un nouveau savoir est traité, il l'est aussi bien de manière consciente qu'inconsciente. Mais paradoxalement, le savoir inconscient ne suppose aucune connaissance. Et, comme l'a souligné M. Mannoni dans son livre, le savoir inconscient est *un savoir qui ne se sait pas*. Il agit cependant. Il oriente vers certains domaines de savoirs. Il peut aussi empêcher qu'un autre savoir soit intégré. Autrement dit, l'inconscient a un impact sur la construction du savoir de l'être humain.

Nous considérons donc que la capacité d'apprentissage de l'enfant peut être entravée par un savoir inconscient. Ce n'est donc pas le thérapeute qui porte le savoir de ce qui entrave l'enfant dans ces apprentissages – l'acquisition de savoir –, mais le patient lui-même.

Comme nous l'avons dit précédemment, cet empêchement peut être lié à un ensemble de facteurs. Nous allons ici proposer quelques réflexions sur les enjeux autour des apprentissages.

L'enfant peut répondre aux premières demandes parentales (nourriture, propreté, etc.) tout en restant partiellement objet de l'Autre, mais cela se complique quand la demande est d'apprendre, de réussir car « répondre à cet impératif suppose que le sujet auquel il s'adresse soit lui-même en position *active*.[...] Apprendre n'est pas écouter, mais élaborer le savoir qui vous est proposé, la passivité n'est plus de mise.[...] Apprendre implique un désir, un projet, une perspective, ce n'est pas seulement comprendre. »⁸⁰ C'est ce que nous pouvons entendre, notamment chez les enseignants, par le terme de « position d'élève », position que certains enfants n'arrivent pas à occuper.

La capacité d'apprendre, de savoir, de construire son propre monde n'est pas à considérer disjointe de celle de l'enfant à se séparer de sa mère, de son univers familial. Pour apprendre, il doit pouvoir aller à l'école, comme c'est le cas dans notre société, et se confronter à la loi du groupe, à la loi sociale. Mais, comme l'écrit Anny Cordié, « la séparation implique un travail de deuil, un douloureux travail psychique de réaménagements des positions subjectives. Au lieu d'être l'objet qui satisfait l'Autre, l'enfant doit devenir un sujet à part entière : du statut d'objet comblant pour l'Autre, il doit passer au statut d'objet désirant. »⁸¹ Ce travail de séparation, d'individuation, de castration, s'il peut être vécu douloureusement par l'enfant, peut l'être d'autant plus si la mère elle-même le vit difficilement. Il peut exister des formes d'interdiction de se positionner hors du giron maternel, maintenant alors des relations de dépendance totale entre la mère et l'enfant. Or, pour que l'enfant apprenne, il doit pouvoir être suffisamment sûr dans son individualité, mais, nous venons de le voir, cette sécurité ne dépend pas que de lui.

Par ailleurs, quand l'enfant arrive en classe préparatoire, les apprentissages ne procurent plus les mêmes satisfactions. La satisfaction n'est plus immédiate comme elle a pu l'être avant, elle doit donc pouvoir être différée. Pour cela, il faut pouvoir supporter la frustration, qui est en lien avec la capacité de se projeter dans l'avenir. Mais cette projection n'est pas sans difficulté pour certains enfants. Le savoir, qui par ailleurs participera au narcissisme de l'enfant, doit donc pouvoir devenir un objet sublimé.

⁸⁰ A. Cordié, *Les cancrs n'existent pas*, Seuil, 1993, p. 33

⁸¹ Ibid., p. 34

Parfois, un enfant ne vient à présenter des difficultés qu'à un moment particulier dans les apprentissages, alors même que son désir d'apprendre semblait libre. Pourtant, « il va s'interdire l'accès à la connaissance quand il va rencontrer un point de danger, un élément qu'il se doit d'ignorer. L'inhibition va se fixer sur ce point et contaminer tout le système ; par envahissement progressif, le mécanisme inhibiteur entraîne l'arrêt de tout investissement intellectuel, et de ce fait, la débilité. »⁸² Il y a donc dans le savoir, quelque chose qui peut mettre à mal le sujet et le rendre indisponible à tous les apprentissages. A. Cordié s'inscrit donc en faux vis à vis des courants « actuels » notamment neuropsychologiques qui ne reconnaissent aucun engagement du sujet dans ces difficultés.

Il y a une forme d'injonction à ne pas savoir à laquelle l'enfant peut répondre inconsciemment par soumission. Les inhibitions qui « paralysent » le sujet peuvent être liées à de nombreux facteurs. Il peut y avoir conflit entre les différents modes d'identification du sujet. Des idéaux contradictoires en effet, peuvent être à l'origine d'un désinvestissement de l'enfant pour le savoir de l'école. Ainsi, des parents, frustrés ou honteux par exemple de ne pas avoir pu accéder à des études supérieures peuvent valoriser démesurément les apprentissages scolaires de leur enfant qui est susceptible de répondre alors à leur idéal du moi « intellectuel ». Mais, par ailleurs, ces mêmes parents dans leur vie, peuvent avoir des modèles imaginaires dans leur moi idéal très différents de l'idéal du moi intellectuel. Ainsi, l'enfant peut avoir à prendre en compte un idéal du moi auquel les parents n'accordent une valeur que par fascination.

Outre, cet aspect des idéaux, il existe un grand nombre de causes qui peuvent provoquer l'arrêt de la pensée : avec l'arrivée d'un nouvel enfant dans une famille par exemple, ou quand il y a un questionnement sur les origines, quand il y a des secrets de famille... Ou encore comme l'écrit A. Cordié « quand le savoir devient synonyme de réussite, et que la réussite signifie devenir adulte et réveille la rivalité œdipienne pour la possession de la mère. Le surmoi interdit au garçon de dépasser leur père, et certaines jeunes filles brillantes jusque-là, ne peuvent plus assumer leurs réalisations phalliques, du fait d'une trop grande rivalité avec le père ou la mère, ou d'une trop grande satisfaction donnée au père, satisfaction qui prend le sens d'une réalisation incestueuse. »⁸³ Le désir de connaissance peut s'en trouver alors annulé. Le savoir est donc la source d'enjeux très forts entre parents et enfant.

⁸² A. Cordié, op. cit., p. 217

⁸³ Ibid., p. 218

SAVOIR POUR AIDER ?

Au fur et à mesure des séances, le thérapeute va pouvoir esquisser des ébauches de compréhension sur les raisons de la souffrance du patient. Il s'agit d'apprendre, de comprendre quelque chose qui lui est propre, qui est donc de l'ordre d'un savoir particulier, non généralisable. Le thérapeute reconnaît donc son ignorance face au sujet particulier, à la manière de Socrate pourrions-nous dire, qui sait qu'il ne sait pas.

Le thérapeute va s'adresser essentiellement au sujet et non à son entourage pour apprendre quelque chose de la manière dont il n'apprend pas. C'est en effet parce que le patient pourra en dire quelque chose qu'un changement adviendra, plus que par les différents discours et savoirs récoltés sur celui-ci. Acquérir un savoir anamnétique sur le patient n'a pas d'effet thérapeutique sur ce dernier. Comme l'écrit Y. de La Monneraye, « la compréhension que nous pouvons avoir de l'enfant ne lui sert à rien ; ce que nous visons est que lui-même arrive à se comprendre. Il s'agit donc de permettre à l'enfant de retrouver à la fois sa présence au monde et sa compréhension de lui-même. »⁸⁴

Par ailleurs, le sens que mettra le thérapeute ne sera que celui qu'il fantasme, imagine. Cependant le thérapeute, se sentant « riche » de la compréhension qu'il a sur son patient, peut vouloir partager son savoir avec celui-ci et ainsi avoir l'impression de le « révéler » à lui-même. Le thérapeute aura à questionner le pourquoi de ses interventions. Quelle place a son savoir dans la relation avec son patient ? Comment en use-t-il, voire en abuse-t-il ? Pour D. W. Winnicott, cité par Y. de La Monneraye, « ce qui importe, ce n'est pas tant le savoir du thérapeute que le fait qu'il puisse cacher son savoir et se retenir de proclamer ce qu'il sait... Je suis désolé quand je pense aux changements profonds que j'ai empêchés... par mon trop grand besoin d'interpréter. »⁸⁵ À travers cette citation de D. W. Winnicott, nous mesurons à quel point pour le thérapeute, il s'agit d'un véritable travail sur lui-même pour garder ce qu'il sait. Quel est donc ce besoin, qui paraît si irrépressible, de dire ce que nous savons du patient, dire à un autre ce que nous comprenons de lui ? Est-ce simplement parce que le thérapeute trouve là un moyen de se valoriser ? Est-ce motivé par l'idée selon laquelle le savoir amène la guérison ? Mais ce désir de comprendre peut être vécu comme une intrusion par le patient. Le thérapeute pourra récolter alors réticence et résistance de celui-ci, qui peut ne pas vouloir être dévoilé complètement. Cependant, certains psychanalystes, comme Edward Glover, ont aussi réfléchi aux effets thérapeutiques de l'interprétation inexacte.

⁸⁴ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 200

⁸⁵ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 211 extrait de *Jeu et Réalité* de D.W. Winnicott

Le thérapeute doit nécessairement s'interroger face à son propre rapport au savoir, face à ce désir-là. Quelle jouissance est éprouvée ? Quels fantasmes sont à l'œuvre ? Quelles angoisses sous-jacentes ? Qu'est-ce qui peut être alors soulagé ? N'est-ce pas, pour une part, cette quête de savoir qui mène vers les métiers du soin ? Comme l'écrit G. Dubois, « c'est toujours passionnant d'être confronté au mystère. »⁸⁶ De manière générale, nous nous intéressons à ce que nous ne comprenons pas, à ce qui est énigmatique, là où il manque quelque chose.

Quel objet de curiosité alors, objet de savoir, *objet a* du thérapeute peut devenir le patient ? Chaque thérapeute devrait être en mesure d'approcher la question de son désir de savoir, de dire, car cela n'est pas sans effet sur le travail avec le patient. Un des risques à ne pas analyser son propre rapport au savoir est que nous soyons avec l'enfant dans une quête de sens sur « son histoire » qui ne serait, par projection, qu'une quête de notre propre histoire.

J. Lacan propose cette réflexion autour du désir de savoir : « Le désir de l'homme s'est tout simplement réfugié dans la passion la plus subtile, et aussi la plus aveugle, comme le montre l'histoire d'Œdipe, la passion du savoir. »⁸⁷ Et A. Cordié de continuer : « Cette passion peut en venir à oblitérer tout ce qui a trait à l'inconscient, car, aux yeux du savant, une science qui touche au réel serait susceptible de dire le vrai sur le vrai ; elle devient alors désubjectivée, désincarnée, et tend à annuler la division du sujet. J. Lacan compare ce rejet de l'inconscient à la forclusion psychotique. Quelque chose d'un fantasme de toute puissance qui ferai fi de la castration est perceptible jusque dans les sciences qui traitent de l'homme... Quelle que soit l'organisation où il se cache, l'objet « a » est toujours là, avec sa charge de jouissance et de souffrance, de plaisir et de déplaisir. »⁸⁸

Le désir de savoir est-il une tentative de faire quelque chose de cet Autre qui nous échappe et que nous voudrions peut-être réduire en levant le voile de l'inconscient ? Est-ce un désir de transparence ? Si ce questionnement du thérapeute sur son désir de savoir ne fait pas directement soin, il permet néanmoins pour le thérapeute de s'essayer à comprendre ce qui l'anime et ainsi de ne pas envahir le patient par son propre désir.

Par ailleurs, notre subjectivité, nos ressentis, ou autrement dit notre contre-transfert, peuvent être vu comme le moyen de comprendre quelque chose du patient. Pour J. Lacan, le thérapeute doit se méfier, doit douter de ce qu'il comprend concernant son patient, justement parce que cette compréhension serait plus de son ressort à lui, comme sujet, que de celui de

⁸⁶ G. Dubois, op.cit., p. 13

⁸⁷ J. Lacan, Séminaire *L'éthique de la psychanalyse*

⁸⁸ A. Cordié, op.cit., p. 215

son patient, dans lequel il y aura beaucoup d'imaginaire. Il écrit : « Commencez par ne pas croire ce que vous comprenez. Partez de l'idée du malentendu fondamental. C'est là une disposition première, faute de quoi il n'y a véritablement aucune raison pour que vous ne compreniez pas tout et n'importe quoi. »⁸⁹

NOTRE RAPPORT AU SAVOIR RENVOYÉ AU PATIENT

Le thérapeute n'est pas « un superman au Moi fort »⁹⁰, quelqu'un qui saurait tout. Le patient doit pouvoir percevoir en nous, d'une part, notre non-toute-puissance face au savoir et d'autre part, la relativité de tout savoir, la possibilité de remettre en cause tout savoir.

Nous aussi, comme lui, sommes au travail, nous continuons d'apprendre, d'explorer, de nous poser des questions. Nous ne sommes pas omniscients. Nous ne sommes pas arrivés à un bout de course du savoir. Et dans notre désir de « faisant-soin », ne cherche-t-on pas à ce que l'enfant prenne lui aussi le chemin que nous faisons nous-mêmes ?

Notre propre attitude face au savoir est donc fondamentale. Quoi penser d'un thérapeute qui serait rigide dans ses savoirs, qui n'en supporterait pas la remise en cause ? Quelle place serait alors laissée à l'enfant pour qu'il construise ses propres savoirs ?

UN SAVOIR SUPPOSÉ

Dans cette partie consacrée au savoir, nous avons vu comment le thérapeute pouvait considérer le savoir du patient, ce qu'il pouvait faire du savoir qu'il en dégageait, nous allons à présent considérer le savoir que nous suppose le patient.

L'analyste selon J. Lacan, et nous pouvons le penser, l'orthophoniste, est mis à la place de celui qui est supposé savoir, c'est-à-dire supposé détenir un savoir sur le sujet.

Pour ce savoir, va naître un amour, « un amour qui s'adresse au savoir ». C'est l'amour de transfert. C'est le savoir que le patient aime mais son amour prend la personne de l'analyste pour cible. Dans l'amour de transfert que le sujet adresse au savoir à travers, donc, l'analyste, il vise l'objet qui comblerait son manque et effacerait sa division. Le sujet manquant vient chercher en l'Autre, l'analyste, la réponse à la question de son désir, de son existence qu'il va supposer en l'Autre. Ce savoir qui apporterait les réponses et donc comblerait le manque du

⁸⁹ J. Lacan, *Le Séminaire*, livre III, *Les psychoses*, Seuil, 1975, p. 29

⁹⁰ Y. de La Monneraye, op.cit., p. 62

sujet est ce que J. Lacan a défini comme l'*objet a* ; objet que personne ne possède, objet qui va causer et faire surgir le propre désir du sujet.

Au cours de l'analyse, le sujet découvre que l'analyste n'a pas le savoir qu'il lui supposait, mais qu'il va s'agir pour lui de découvrir ce savoir. L'analyste ne sera pas en position de pouvoir donner ce que le patient demande, car il est manquant lui-même. L'analysant demande l'amour, le psychanalyste lui offre son désir, c'est à dire son manque. C'est un lieu vide, vide de savoir, vide de réponse. C'est cette réponse, ou plutôt cette non-réponse qui va pousser le sujet à s'interroger sur son propre désir, son propre manque.

Cette asymétrie n'est pas sans rappeler celle qui existe entre parent et enfant. L'enfant suppose tout d'abord à ses parents un savoir total sur lui. Il s'adresse à eux en attendant d'eux un savoir, une fonction de savoir. Il s'aperçoit progressivement qu'il n'en est rien ; cela dit, dans certaines familles, le savoir reste essentiellement du côté des adultes. Le savoir supposé étant placé exclusivement en l'autre, nous pouvons penser qu'il sera alors plus difficile pour l'enfant de pouvoir se détacher de l'autre pour fonder son propre savoir, ce qui ne peut se faire sans créativité. Le rapport à ce savoir parental imprégnera nos relations à l'autre, à l'Autre, tout au long de notre vie.

À l'instar de l'analysant qui destituera le sujet-supposé-savoir, le patient en orthophonie fera la découverte que, si l'orthophoniste a des connaissances sur la langue, le monde, il n'en a cependant pas sur lui. Il n'a pas la bonne réponse le concernant, le sens qui conviendrait, bref la réponse ultime. Cela permettra qu'émerge une curiosité. Nous y reviendrons dans la partie consacrée à la position du thérapeute sur le transfert.

PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES

À présent, nous allons interroger les enjeux thérapeutiques au niveau de ce savoir pour le patient et son mieux être.

Notre objectif sera d'amener du savoir du côté de l'enfant. Pour cela, il faudra favoriser l'émergence d'une « théorie », comme la qualifie J.-D. Nasio, en amenant le patient à s'interroger sur lui-même, sur le pourquoi de ses souffrances. Seront questionnées par exemple les attitudes de l'enfant face aux apprentissages. Nous le laisserons cheminer pour qu'il puisse mettre en relation certains de ses comportements qui pourront être de passivité ou de prestance avec ses difficultés dans les apprentissages.

Pour le thérapeute, il s'agira alors de simplement réfléchir le savoir de l'enfant qui se manifeste dans sa parole. Le thérapeute sera attentif comme l'écrit J.-D. Nasio à « la façon dont le patient dit sa souffrance, les détails inattendus de son récit et, en particulier, ses paroles impromptues. »⁹¹ Il écoutera « la manière dont le patient relate ce qui lui arrive, les mots qu'il emploie ou les métaphores qu'il invente. Ensuite, les éventuels lapsus, erreurs ou méprises qui surgiront dans le récit de son malaise. »⁹² Le thérapeute sera dans une attitude d'écoute et pourra manifester de la surprise par rapport à ce qui est dit ou ne l'est pas.

Notre intervention se limitera donc à relever les dires du patient sous forme de propositions, toujours hypothétiques. Selon les circonstances, des suggestions de liens pourront être faites. Notre parole ne doit pas venir en lieu et place du trou occupé avant par le symptôme. Si le thérapeute reste dans une perspective d'apporter des solutions à son patient, il ne fait que reboucher le trou et le manque lié à la question du sexuel, de la mort, etc. C'est ainsi que les inhibitions pourront être levées, non en bouchant le trou, mais en le faisant apparaître. C'est le manque qui produit le questionnement, qui crée le désir de savoir. Le thérapeute ne pourra donc pas susciter le désir, mais faire apparaître une place pour qu'il émerge, pour la libération d'une curiosité fondamentale, qui était refoulée.

Il s'agira d'amener le patient à une écoute de ce qu'il dit et de l'interpeller sur la non-univocité de sa parole. Des sens différents pourront être entendus ce qui provoquera un effet de surprise pour le sujet qui pourra choisir parmi les sens dévoilés. M. Mannoni parle du degré zéro de l'interprétation : « C'est la parole de Sancho à don Quichotte : « Écoutez bien ce que vous dites. » » Notre intervention se limitera à faire simplement remarquer au sujet qu'il peut interpréter ce qu'il vient de dire, lui donner de lui-même un autre sens. Et c'est parce qu'il a cette possibilité de donner du sens, le sien et non le sens imaginé par le thérapeute, qu'il pourra y avoir soin. Il découvre ainsi cette part du savoir qui lui échappe mais qui lui appartient. De la même façon, il découvre qu'il est au coeur de cette langue qui lui appartient, bien qu'elle ne soit pas définie selon ses propres lois.

Le thérapeute accompagne le patient dans la création de son propre savoir, pour qu'il puisse se définir, se donner un nom, s'écrire. Ainsi, le travail fait en séance pourra-t-il s'exporter hors du bureau de l'orthophoniste...

Nous verrons dans la troisième partie de ce mémoire comment le travail de symbolisation ou de parole, au sein d'une relation transférentielle, permet au patient de créer un savoir sur lui

⁹¹ J.-D. Nasio, op. cit., p. 90

⁹² Ibid., p. 90

pour qu'il puisse construire un savoir sur le monde ; et en retour, un savoir sur le monde pour construire un savoir sur lui ou autrement dit, un *je* pour écrire un *tu* et un *tu* pour écrire un *je*.

1.1.8. LA TECHNIQUE

PRÉAMBULE

Nous entendons ici par « technique » des méthodes qui s'appuient sur le présupposé que le trouble de l'enfant est d'ordre cognitif et qu'en proposant les bons exercices, une réaction en chaîne aboutira à une plus grande adaptation cognitive. Contrairement à la pédagogie, il ne s'agit pas de lui apprendre la technique qu'il devra maîtriser, mais de faire appel à ses propres ressources intellectuelles pour qu'il puisse développer ses réponses personnelles.

Si cette façon d'envisager l'orthophonie représente pour nous une part significative de notre activité, elle ne peut résumer l'ensemble de notre approche, car d'une part elle méconnaîtrait toute une dimension inconsciente et donc symptomatique des troubles observés et d'autre part, il nous semble nécessaire d'interroger la technique pour ce qu'elle représente en tant qu'enjeu de la relation thérapeutique et ce qu'elle y engendre.

Ce que nous venons d'énoncer peut être nuancé sur un point. Il n'est pas si aisé de différencier une technique d'orthophoniste d'une technique de pédagogue. Des techniques certes différentes le plus souvent, mais si les deux mondes étaient réellement disjoints, nous n'entendrions pas dans des cabinets d'orthophonie des regrets sur la façon dont les enseignants présentent tel point du programme, avec souvent une proposition alternative calquée sur une technique rééducative. Ainsi, si nous admettons une parenté entre les techniques, il est possible de douter d'une approche qui les met en avant trop exclusivement. En effet, cela représente finalement « un peu plus de ce qui ne marche pas ». G. Dubois l'exprime ainsi : « Ce n'est pas en tombant, nous aussi, dans le piège de l'apprentissage que nous parviendrons à améliorer les difficultés de cette petite fille. [...] Et pourtant, je me défends difficilement d'une attitude interventionniste... Je suis là pour améliorer sa parole, cette parole si déformée, où chaque mot me heurte – où ma technique serait toute prête à répondre... et dont il me faut cependant différer l'utilisation. »⁹³ Edward Glover compare lui les méthodes non analytiques comme les thérapies cognitivo-comportementales, à des « systèmes obsessionnels de suggestion »⁹⁴, ne niant pas alors leur impact, mais relativisant la profondeur du traitement. Quant à lui, le médecin, « suggestionneur hystérique »⁹⁵, « jouerait la carte du refoulement et

⁹³ G. Dubois, op.cit., p. 6

⁹⁴ E. Glover, *L'effet thérapeutique de l'interprétation inexacte : contribution à la théorie de la suggestion*

⁹⁵ Ibid.

proposerait son propre refoulement, l'ignorance, comme modèle à imiter »⁹⁶. Sans défendre une stricte équivalence avec l'une ou l'autre de ces comparaisons avec des techniques orthophoniques, nous pensons possibles des analogies, suivant les situations.

LA TECHNIQUE ET LE SUJET

Certains thérapeutes opposent une approche du soin par la technique à une approche du soin par la relation, sous-entendu relation entre deux sujets. Dans la proposition technique, le sujet serait nié par le thérapeute. De fait, nos observations et expériences de stagiaires nous ont permis de constater que l'utilisation d'une technique tend à n'attribuer au patient qu'une place d'objet, objet d'une technique à pratiquer « sur » lui. Au minimum, il y a une difficulté supplémentaire à accueillir le sujet tel qu'il se présente à nous au début d'une séance lorsque nous avons en tête une technique qu'il s'agit d'appliquer, avec plus ou moins de diplomatie. Nous pourrions aller jusqu'à décrire la situation comme une double tâche avec injonctions contradictoires.

Résister à l'envie d'appliquer une technique demande alors souvent un effort au thérapeute. La difficulté est de laisser sa place au sujet. Mais l'effort à produire peut être interrogé et devenir un outil de révélation, d'exploration de notre résistance à recevoir l'autre. L'enjeu est de comprendre contre quoi nous luttons, ce qui fait résistance en nous lorsque nous utilisons la technique pour éviter la véritable rencontre. Car une fois cet obstacle reconnu puis (au moins en partie) dépassé, il y a la satisfaction d'avoir permis à l'autre d'être sujet. Cette satisfaction peut elle aussi faire l'objet d'une attention particulière. Que recherchons-nous avec elle ? Quel soin avons-nous besoin de dispenser pour nous soigner nous-même ? Nous reviendrons sur ce point lorsque nous réfléchirons à la réciprocité du soin.

Utiliser la technique comme un pivot de la relation thérapeutique, c'est prendre le risque de ne faire face qu'à un autre-objet. À l'inverse, si nous sommes assurés de rencontrer un autre-sujet, nous pouvons proposer une technique.

UNE DÉFENSE

Comme nous l'avons déjà indiqué, nous voyons des risques à l'usage tout puissant d'une technique. Nous avons émis l'hypothèse que l'effort à fournir pour accueillir l'autre tel qu'il est, en dépit de la technique, peut déjà nous interroger sur nos raisons d'avoir recours à cette défense. Parmi les réponses possibles vient tout d'abord le besoin d'éviter de nous interroger

⁹⁶ E. Glover, op. cit.

trop profondément sur nous-mêmes ou le patient. Que pourrions-nous découvrir alors ? À quelle vérité dérangeante serions-nous confrontés ? Quoi qu'il en soit, c'est bien à une potentielle remise en cause que nous devrions faire face, nous qui, selon Spinoza, souhaitons d'abord persévérer dans notre être. Y. de La Monneraye exprime ainsi le type d'engagement auquel nous sommes confrontés par notre implication en tant que sujet : « on a beau être expérimenté, se référer à une théorie dans laquelle on croit bien se repérer, à chaque fois, c'est une aventure nouvelle dont on ne sait pas bien si on sortira tout à fait indemne, parce qu'elle nous engage absolument dans tout notre être : on ne sait à l'avance ce qui sera touché en nous par l'enfant dans la mise en scène rééducative de sa souffrance. »⁹⁷ Mais pour lui également, « la théorie et la technique qui en découle viennent là pour nous aider à nous distancier et nous permettre de tenir notre place. La difficulté est qu'il n'y a pas seulement à écouter et à entendre l'enfant, mais aussi à s'écouter et s'entendre soi-même à travers ses réactions... Toutes ses réactions, y compris celles qui nous apparaissent comme les plus rationnelles. »⁹⁸ Ici, la théorie et la technique aident à maintenir cette exigence professionnelle sur laquelle nous avons écrit précédemment. Cette *aide*, nous pouvons penser néanmoins qu'elle opère justement à la manière d'un « système obsessionnel de suggestion ».

Il peut également s'agir, à l'aide de techniques comme supports à nos certitudes, de pouvoir continuer à préserver, à nos propres yeux d'abord, notre capacité de soin. L'objectivation intrinsèque d'une technique y contribue. L'enjeu devient alors de ne pas affronter nos limites : une technique fonctionne ou non, et cela ne dépendrait pas du thérapeute. Recherchons-nous une forme de déresponsabilisation devant ce qui est à l'œuvre dans la rencontre du soin ? En effet, l'impuissance peut se réfugier derrière la technique et ce d'autant plus qu'elle peut permettre de ne pas appréhender le patient comme un tout. À chaque « tranche thérapeutique » correspondrait une ou plusieurs techniques, masquant le sujet souffrant.

PLACEBO ET MÉDIATEUR

Nous avons déjà évoqué la dimension de placebo dans le soin orthophonique. La technique en fait partie. Au delà de son efficacité directe, elle entretient, par le rituel de sa mise en œuvre, par les théories qu'elle présuppose, un mythe de puissance propice à apaiser les craintes du thérapeute et du patient. Elle semble occulter le mystère de soi et de l'autre.

⁹⁷ Y. de La Monneraye, op.cit., p. 101

⁹⁸ Ibid., p. 101

La valeur de la technique comme placebo tient peut-être aussi à sa fonction de médiateur dans la relation transférentielle qui s'instaure. La technique tient lieu de savoir aux yeux de l'enfant et, comme nous l'avons décrit dans la partie précédente, permet, parmi d'autres causes, l'amour de transfert.

G. Dubois parle des exercices techniques comme de « médiateurs spécifiques dans une relation thérapeutique »⁹⁹. Il s'agit alors de *médiation orthophonique*, comme elle est qualifiée dans certains Centres Médico-Psychologiques (C.M.P.), où la technique instrumentale fait office de médiateur. Le rééducateur qui travaille dans cette perspective ne se méprend pas sur les enjeux des techniques : c'est parce qu'il les porte et en raison de la relation transférentielle qu'elles auront un effet thérapeutique.

CRÉATION

Enfin, la technique peut aussi se concevoir comme une création à deux. Des variantes sont toujours possibles autour de l'exercice prototypique. Ce sont elles en particulier, par l'improvisation qu'elles réclament des deux participants, qui portent la plus grande valeur thérapeutique. Du côté du thérapeute, la créativité montre à l'enfant dans leur dimension exemplaire, l'appropriation de la technique par l'orthophoniste, sa liberté fondamentale et son investissement dans la séance avec cet enfant en particulier. Du côté de l'enfant, la créativité exprimée, même parfois sous la forme d'une remise en cause de la technique, signe son implication dans le processus thérapeutique et son statut de sujet face aux propositions qui lui sont faites.

⁹⁹ G. Dubois, op.cit., p. 30

1.2. LE CADRE DE LA RENCONTRE, PARTIE INTÉGRANTE DU SOIN

1.2.1. LE CADRE MATÉRIEL

Nous abordons ici certains aspects matériels du cabinet d'orthophonie. Nous ne tenterons pas d'envisager tous les éléments ayant une utilité dans l'optique rééducative, mais, en lien avec notre réflexion sur le positionnement de l'orthophoniste, nous pensons que l'environnement matériel représente un prolongement, aux yeux du patient et de ses parents, de ce que le professionnel incarne, humainement et professionnellement.

Tout d'abord, malgré le fait que nous ne pouvons penser une prise en charge avec un enfant sans intégrer la présence constante des parents – réelle ou le plus souvent imaginaire, voire symbolique avec la transmission de la carte vitale par exemple – il convient de penser la confidentialité nécessaire entre le bureau et la salle d'attente. L'alliance thérapeutique ne repose pas sur une « transparence » de ce qui se passe entre l'enfant et l'orthophoniste. Au contraire, l'alliance ne peut reposer que sur la confiance entre les partenaires et l'effectivité de la délégation. Nous y reviendrons un peu plus loin.

La salle d'attente n'a pas simplement cette fonction d'accueil, elle opère la transition entre l'extérieur et le bureau. À ce titre, elle sera le théâtre de conversations importantes dont l'impact sur la rééducation sera décisif. Nous avons pu observer en stage cette « fuite dans l'informel » que représentent, à cet endroit, les confessions, les agressions, les confidences... les « passages à l'acte » de façon générale. Ces « phrases entre deux portes », peu importe que l'orthophoniste ait une station systématique en salle d'attente ou non, elles y auront lieu. Si le professionnel ne peut souhaiter que s'y déroulent des échanges sensibles, la maîtrise complète de ce qui peut s'y produire serait une illusion. En effet, du côté des patients, nous pouvons supposer qu'est ressentie une atténuation de l'asymétrie entre eux et l'orthophoniste. Nous avons alors ici un élément à interroger. Que révèle ce comportement ? Permettons-nous une expression suffisamment libre dans notre bureau ? Notre fonction y est-elle plus impressionnante ? En tant qu'espace de transition, la salle d'attente n'est pourtant pas neutre ; elle annonce chez qui l'on rentre, par les obligations légales d'affichage, par la décoration éventuelle sur les murs (tableaux, posters...), la lumière, la musique parfois et par les magazines. Et tout cela doit nous correspondre car nous ne sommes pas dans un local

commercial qui n'aurait pour vocation que de plaire aux clients. Cela dit quelque chose de nous. Il faut penser ce que le patient, et ses parents, peuvent recevoir de cet environnement, qui n'est nécessairement qu'une « antichambre » à leurs yeux, de notre bureau, dans lequel les adultes imagineront leur enfant. Pour nous, il s'agit également d'une transition, où nous devenons professionnels, où nous endossons les habits de notre fonction, où nous reprenons conscience des exigences supplémentaires que nous assumons. Cette pièce nous le rappelle et nous prépare, lorsque nous y entrons, à cette tâche d'accueil des patients.

Quant au bureau lui-même, le thérapeute doit s'y sentir bien pour assumer la partie de lui-même qui s'y investit professionnellement. Toute personnalisation doit être pensée en terme d'impact sur son psychisme. Risque-t-elle par exemple de transformer le bureau en une extension de son salon, avec un risque de transposition affective ? En ce qui concerne le psychisme des patients, la connotation de certains objets peut apparaître équivoque ou simplement induire des projections trop fortes envers l'autre. Ce lieu représente l'enveloppe, superficielle certes, de l'accueil réservé à l'enfant.

Cet espace peut être présenté par le thérapeute à l'enfant lors des premiers rendez-vous. Après avoir parlé de sa raison d'être ici, il peut expliquer ce qu'il pourra faire en séance, en montrant les livres, les jeux, etc. Cette présentation peut d'ailleurs être relativement succincte afin de laisser la curiosité s'exprimer et de susciter des appétits d'exploration.

Le confort du bureau, ses couleurs même, peuvent avoir une incidence sur la perception de l'orthophonie par l'enfant. D. W. Winnicott a ainsi écrit : « Pour le névrosé, le divan, la chaleur et le confort peuvent être symbole de l'amour maternel ; pour le psychotique il serait plus exact de dire que ces choses sont l'expression physique de l'amour de l'analyste. »¹⁰⁰ Il s'agit pour nous d'être conscient de ce qu'entraîne ce rapport à l'espace chez le patient, même si très vite, le comportement de l'orthophoniste confirmera ou non ces impressions, les enrichira fortement.

Il serait trop long d'exposer tous les points d'intérêt liés à l'agencement du bureau, mais nous en relèverons deux qui nous paraissent intéressants à mentionner.

Schématiquement, nous pouvons décrire deux façons de se positionner, physiquement, avec les patients. Nous pouvons être en face d'eux, le plus souvent derrière le bureau. Cette situation souligne l'interlocution, s'opposant à une position de type maternel où il y a bien

¹⁰⁰ D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, 1969, p. 53

souvent contact et où, côte à côte, la mère et l'enfant regardent le même objet. La distance de la relation thérapeutique peut ainsi s'incarner dans l'espace imposé par la table entre les deux personnes. Avec les plus jeunes, un travail côte à côte semble souvent utile : une petite chaise à l'écart du bureau, avec une autre adaptée pour nous également, devant une petite table éventuellement. Ici, il s'agit de s'adapter au stade de maturation affective de l'enfant, le temps nécessaire.

La pièce où nous travaillons devrait représenter un espace de liberté pour l'enfant, ou pour préciser notre pensée, un espace d'autonomie. Il doit pouvoir aller chercher un livre lui-même, des jouets, des feuilles vierges pour dessiner... Cette autonomie naissante, s'il elle n'est pas directement induite par l'agencement de la pièce, peut être freinée par celle-ci. L'espace n'a pas vocation, a priori, à contrôler ses mouvements. Par exemple, si tous les jeux et livres sont derrière l'orthophoniste, donc derrière le bureau également, cela revient presque systématiquement à une permission à accorder avant toute tentative de choix par l'enfant. Or dans le monde du symbolique où nous voulons avancer avec lui, c'est bien par le langage que nous tenterons de construire un monde commun, avec ses règles et ses compromis, et non par les objets qui contraignent de facto les mouvements par leur implicite aliénant. Ces mêmes objets ne doivent pas non plus nous éviter d'avoir à dire ce que nous estimons souhaitable. Par exemple, si un enfant s'approche librement d'une pile de jeux et demande s'il peut en prendre un, nous pouvons lui expliquer que si le jeu choisi ne nous paraît pas intéressant pour lui (nous pouvons ou non décider de lui dire pourquoi), nous lui demanderons de faire un autre choix.

1.2.2. RÉPONSE À LA PRESCRIPTION

LA PRESCRIPTION

Notre travail commence par la réponse à une prescription médicale. Le premier positionnement de l'orthophoniste, qui aura une incidence importante sur la prise en charge, parfois son existence elle-même, consiste à évaluer la demande de soin, accepter de la repenser. Elle provient le plus souvent de non-spécialistes du langage et des apprentissages dans leur dimension pathologique (école, médecin généraliste, pédiatre), ce qui doit nous imposer un réexamen du patient, dans sa globalité, en prenant en compte son environnement, la situation des parents et ce qu'ils en disent. Même au sein de la profession, il n'existe pas d'unanimité sur de nombreuses questions : la nosographie, l'étiologie, la prise en charge de tel trouble. Il faut ainsi reconnaître puis accepter de pénétrer dans un espace de soin où une latitude importante existe, mais où les pressions (du système de soin, de la famille, de l'école) peuvent être fortes également.

Ainsi, nous sommes d'abord confrontés à la tâche de différencier la prescription du diagnostic. Or la première contient parfois ce dernier. Il ne convient pas seulement de mener à bien cette distinction parce que nous serions les seuls à comprendre le trouble de l'enfant, ce qui n'est bien sûr pas le cas, mais aussi parce que le « dispenseur » de soins doit construire, puis s'approprier, une vision plus personnelle de ce qu'il estime pathologique. La nécessaire conviction évoquée à propos de la croyance en dépend, ainsi que la cohérence de l'approche thérapeutique choisie.

Un autre écueil serait de ne pas distinguer le diagnostic des résultats obtenus à certains tests passés lors du bilan. Nous questionnons ici la notion même de diagnostic dans sa dimension univoque, réduite à un ou deux mots. Comme nous l'esquissions dans la partie précédente, le risque de « poser » un diagnostic est de ne plus oser le « soulever » à nouveau. Nous pourrions le considérer comme l'aboutissement d'une réflexion alors qu'il ne fait parfois que décrire un état, sans hypothèse sur ses causes, et donc sans nous éclairer sur une démarche appropriée à mettre en œuvre, aveuglant la pensée en quelque sorte.

Avec ou sans diagnostic indiscutable, la question demeure de déterminer la meilleure prise en charge pour l'enfant. C. Chassagny pose le problème ainsi : « L'indication est-elle un jeu de hasard ? Il convient d'introduire par là un débat qui n'a, à mon sens, jamais reçu de réponse

satisfaisante : à qui doit être proposée une rééducation plutôt qu'une psychothérapie ? »¹⁰¹ Aujourd'hui, cette question demeure brûlante dans de nombreux cabinets d'orthophonie. C. Chassagny prolonge cet appel au débat par un questionnement permettant de rendre plus concrets les critères de décision : « D'abord : cet enfant dont on nous dit qu'il est en difficulté souffre-t-il ? Puis : pouvons-nous l'aider ?, c'est-à-dire lui proposer quelque chose ; enfin, veut-il de cette aide ? »¹⁰² Ce type d'interrogation peut nous conduire finalement à prendre un certain recul par rapport à la déclinaison pratique de notre champ professionnel. Autrement dit, être mandaté pour prendre en charge des troubles du langage ou des apprentissages ne préjuge pas de la méthode que nous jugerons bon d'employer. Par exemple, une difficulté concernant la manipulation des nombres n'impose pas de ne travailler que dans ce domaine précisément.

LIENS AUX INSTITUTIONS

La réponse à la prescription impose aussi un positionnement par rapport aux institutions. En parallèle du questionnement sur la teneur de la prescription elle-même, une coopération nécessaire avec l'institution scolaire « signe le pari institutionnel de la rééducation : si la rééducation est pour l'enfant un espace et un temps de reconnaissance personnelle que l'on met à sa disposition, c'est en raison d'un choix collectif qui implique une responsabilité commune. »¹⁰³ En ce sens, la prescription est elle-même symbolique. Pour Y. de La Monneraye, il existe « une question à soutenir sans danger ; s'interroger sur son désir et sur ses difficultés à être élève. La condition majeure est qu'il puisse découvrir qu'un monde lui préexiste, monde où à la fois il est attendu et où il lui appartient de tenir sa place. L'institution rééducative entre les adultes est d'abord symbolique : elle est acceptation par chacun de sa fonction de parent, d'enseignant, de rééducateur auprès de l'enfant et reconnaissance mutuelle de la fonction des autres. »¹⁰⁴ Nous reviendrons un peu plus loin sur le thème de la délégation, qui découle des notions de rôle et de fonction. L'alliance thérapeutique, si elle n'exclut pas des divergences sur les réponses à apporter, signifie au moins la reconnaissance mutuelle des acteurs qui entourent l'enfant, chacun reconnaissant à l'autre un champ de compétence différent. Il nous faut éventuellement faire comprendre à l'enseignant que, s'il se situe au niveau de la rationalité du discours, nous intervenons justement lorsque cette logique est

¹⁰¹ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 156

¹⁰² Ibid., p. 156

¹⁰³ Ibid., p. 72

¹⁰⁴ Ibid., p. 269

irrecevable pour l'élève qui lui répond sur un autre plan. Et puisqu'il ne peut se faire entendre lui non plus d'où il lui parle, il le fait maladroitement, désespérément parfois. Ce sera le sens de notre intervention que de « décaler notre écoute » pour recevoir les dires de l'enfant dans leur propre « dimension ».

Il en va ainsi de la cohérence des différents discours tenus aux parents et à l'enfant, pour qui il peut exister la tentation de faire des choix entre les différentes propositions thérapeutiques et scolaires. C. Chassagny décrit ainsi les formes de clivage auxquelles nous pouvons avoir à faire face : « Il y a la famille qui investit le rééducateur d'un certain pouvoir, d'un certain savoir qui l'incline à avoir confiance ; celui qui a confiance confie à l'autre ses soucis. L'investissement que les parents font sur leurs enfants et le sentiment blessant qu'ils ressentent quand ils sont déçus les conduisent à deux attitudes. La première tend à surinvestir l'école et à tout mettre en œuvre pour que leurs enfants s'y adaptent. La seconde tend à se dégager de leur responsabilité sur le rééducateur auquel ils délèguent leurs pouvoirs et même partiellement ceux de l'école. Ces deux attitudes et la logique directe — j'allais écrire primitive — qui donne au rééducateur le masque sorcier du sauveur permettent aux parents de bloquer le sens du symptôme à son seul aspect, et de supposer que des rites pédagogiques particuliers vont permettre à l'insertion souhaitée de devenir possible. »¹⁰⁵ Nous avons déjà écrit sur le symptôme et nous y reviendrons dans les parties suivantes. Il convient pour nous cependant de déceler des positions « déséquilibrées » de la part des parents pour aider à un réinvestissement de l'institution dépréciée. À nous de « tenir cette place de tiers, c'est-à-dire cette place qui nous tient à distance de l'autre, pour que chacun soit autonome dans ses dires et dans ses actes, tout en garantissant entre chacun des interlocuteurs une relation symbolique, parce qu'instituée. »¹⁰⁶

UNE RÉPONSE À LA DEMANDE DES PARENTS ET DE L'ENFANT

Répondre à une prescription amorce la prise en charge, même réduite à un bilan. À ce titre, elle doit avant tout s'inscrire dans la construction d'un dialogue avec la famille. Il s'agit d'ailleurs d'une obligation légale d'explication concernant nos observations et nos conclusions de bilan. Malgré, parfois, la complexité de ce que nous avons à restituer, mais aussi en raison du caractère sensible de nos propos, l'enjeu réside dans notre capacité à décrire, en nous mettant à la portée de la famille, ce que nous comprenons de l'enfant par rapport à la demande de prise en charge orthophonique. L'inconfort potentiel de la situation pour le thérapeute peut

¹⁰⁵ C. Chassagny, op. cit., p. 15

¹⁰⁶ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 115

conduire à user d'une stratégie de défense, parfois inconsciente, consistant à faire montre d'un savoir technique qui n'a pas pour vocation d'être compris, mais de « prouver » sa compétence à la famille. Il nous semble important d'être prévenus contre cette attitude.

Rapidement, nous devons aussi répondre aux attentes des parents quant à l'espoir qu'ils placent en nous. Que peuvent-ils espérer et à quel terme ? C. Chassagny nous donne quelques phrases consacrées à ce sujet : « — Je vous le confie... — Vous êtes notre dernier espoir. — Il a envie de venir vous voir. — Il est ennuyé de ne pas réussir. — S'il n'y avait pas l'école, tout irait bien... — Pour combien de temps y en aura-t-il ? — Sommes-nous responsables de ce qui arrive ? — Conseillez-nous. (Ceci est la demande piège.) Etc. Les expressions sont tantôt directes, tantôt prêtées à l'enfant qui la plupart du temps exprime le reflet du désir de ses parents. »¹⁰⁷ Notre discours devra veiller à ne pas permettre l'élargissement d'un éventuel fossé entre leurs attentes et notre vision de la situation : prendre soin de ne pas prédire tout en préservant les espoirs légitimes que peuvent nourrir les parents ; décrire ce que nous comprenons de leur enfant avec ce que cela implique de progrès et de difficultés ; montrer nos limites tout en assumant notre légitimité professionnelle. Nous le voyons ici, la position de « maître » peut aussi se décliner face aux parents. Leur demande de conseil, notamment, nous incite à l'investir. Il nous faut alors interroger ce que nous envisagions de leur dire avant cette demande, ainsi que nos raisons de vouloir y répondre. Quoi que nous décidions, nous ne devons pas nous imaginer que le ou les parents reçoivent exactement ce que nous avons voulu expliquer. Ce qu'ils pourront ou voudront entendre nous échappera, au moins partiellement. Nous devons quand même veiller à ce que toute tentative d'influence ou d'induction soit suffisamment concrète, accessible.

À l'enfant en particulier, nous avons aussi à dire pourquoi nous sommes là et à la demande de qui. Y. de La Monneraye écrit à ce sujet : « Comment nous allons faire passer cet élève du statut d'objet d'une demande à celui de sujet désirant ou ne désirant pas ? Il n'y a qu'une manière, délicate : elle consiste à dire à l'enfant de quel discours il est l'objet. Il y a à lui parler tout de suite de la situation dans laquelle on est, de ce pourquoi il est avec nous, donc de ce que le maître nous a dit de lui et de ses difficultés. Tel est notre premier acte qui concrètement signe notre intention de nous adresser à un interlocuteur sujet : lui parler directement de ce qui est réellement important et non l'observer ou le tester. »¹⁰⁸ Ici nous comprenons que ce discours est en lui-même un acte thérapeutique, socle du travail futur et qu'il représente la

¹⁰⁷ C. Chassagny, op. cit., p. 16

¹⁰⁸ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 134

première pierre du contrat passé avec l'enfant. Nous y reviendrons un peu plus loin dans ce chapitre.

1.2.3. LES RENCONTRES AVEC LES PARENTS ET L'ENFANT

L'ACCUEIL D'UN GROUPE

Lors de la rencontre avec l'enfant et le ou les parents, nous avons d'abord affaire à un groupe, constitué de l'enfant, sujet ou objet de la démarche, et de ses parents, demandeurs. Nous évoquions précédemment qu'au titre de tuteurs, les parents venaient avec un souhait concernant la rééducation orthophonique, dépendant principalement du niveau scolaire de leur enfant ou des observations provenant du milieu éducatif. Nous avons à questionner cette demande et, le cas échéant, à élargir la discussion à d'autres sphères de la vie de l'enfant ; peut-être même à dépasser l'idée que tout ne se joue qu'avec l'enfant. Nous travaillons alors à la prise de conscience que le travail à engager peut impliquer tout le monde et que, de toute façon, il faut éviter que la rééducation ne lui soit proposée que comme une contrainte de plus. Ce n'est pas un travail scolaire de plus, ne s'adressant qu'à l'enfant. Si l'on y parvient, il a une nouvelle chance de ressentir le désir de ses parents à son endroit ; mais un désir d'un nouveau type, bienfaisant ou parfois aussi problématique, qui montrera autrement ce qu'ils attendent de lui. Eux-mêmes pourront simplement prendre conscience de ce qu'ils souhaitent pour lui et le lui dire, cheminant peut-être à travers leurs désirs contradictoires. Ils ressentiront ce qui les implique dans ce changement. Un infléchissement de leur propre comportement, qui ne pourra venir que d'eux en dernier ressort, peut en découler. Commenant dès la première rencontre, c'est l'alliance thérapeutique qui se construit ici, permise par un orthophoniste capable d'accompagner le « groupe » qu'il rencontre, sans simplement relayer la demande parentale vers l'enfant-objet.

Lors du recueil de l'anamnèse, de nombreux parents ne comprendront pas l'abord de leur problématique personnelle. Ou du moins, ils sembleront ne pas comprendre. Si pour certains ces questions ne feront pas sens, nous ne devons pas mésestimer leur culpabilité ou leur blessure narcissique, car s'ils peuvent apparemment nier tout rapprochement entre les difficultés de leur enfant et leur propre histoire, cela peut n'être qu'une façon de se préserver, de faire face à des questions qu'ils se sont déjà posées eux-mêmes. En tous les cas, si nous nous réservons le droit, plus avant dans la prise en charge et lorsque nous l'estimerons nécessaire, d'élargir le périmètre de notre action, par de la guidance par exemple, nous devons aussi respecter ce que nous pouvons aussi considérer comme une défense. Nous travaillerons avec l'enfant sans les obliger à affronter d'emblée un symptôme porteur de sens.

PRÉSENTATION À L'ENFANT

Lorsque l'enfant nous rencontre, nous n'apparaissions pas à ses yeux de façon neutre. Nous entrons dans sa vie en ayant déjà une place dans son imaginaire. Nous sommes en quelque sorte connotés. Il peut nous attribuer un rôle, des qualités, etc. Sommes-nous pour lui celui qui excusera ses difficultés ou qui au contraire les sanctionnera d'avantage ? Peut-être nous appréhende-t-il nimbé d'incertitudes inquiétantes ? Le rôle qui est le nôtre, nous devons donc le définir très vite, dès les premières séances. Comme l'exprime Y. de La Monneraye, « qu'il soit angoissé, c'est probable, c'est cela qui nous angoisse et c'est à notre propre angoisse que nous réagissons. »¹⁰⁹ Une réaction possible que nous pouvons avoir dans ce cas consiste à nous comporter « maternellement », c'est-à-dire en prenant part à la difficulté de l'enfant pour tenter d'apaiser son mal-être. Cela semble très humain et naturel, mais nous devrions plutôt nous poser la question de ce qui lui convient car, est-ce respectueux du sujet ? L'exigence de vérité mentionnée précédemment peut nous conduire à mettre en scène « la question de l'altérité plutôt que celle de l'identité. Car enfin, qu'a-t-il de commun avec nous, cet enfant ? Il est en difficulté ; nous, en principe, non. C'est un enfant, nous sommes adultes. De plus, nous lui sommes étrangers sur le plan familial et, pour l'essentiel, aussi sur le plan scolaire. Alors, pourquoi ne pas reconnaître tout cela et ne pas partir de là dans la relation que nous allons établir avec lui. »¹¹⁰ Cette approche consiste à partager ce sur quoi nous sommes d'accord, la vérité de la situation, comme premier jalon d'un parcours commun : notre différence. Cela ne nous empêche d'ailleurs pas d'être chaleureux et accueillant.

Puis nous avons à expliquer ce que nous allons faire ensemble, dire notre fonction. Pour partir de ce qui est familier à l'enfant, nous pouvons préciser que notre travail rééducatif sera différent du travail scolaire, qu'il ne va pas apprendre de nouvelles choses ici, qu'il ne va pas compléter les exercices de l'école par les nôtres. Puis, pour que la différenciation soit claire, nous devons décrire ce qu'il pourra faire ici et de quelle manière nous interviendrons, rappelant que tout peut être dit. Pour poursuivre notre objectif de le rendre pleinement sujet, nous lui disons aussi tout ce qui le concerne et les raisons qui l'amènent ici. Par contre, ce que d'autres ont dit de lui, enseignants, équipe soignante, parents, et qui relève de sentiments, de réactions affectives, nous pouvons le taire. Le discours de l'entourage doit en effet être appréhendé avec distance. Il n'est pas le réel. C'est un discours, une narration, qui parle d'eux. D'une part, ce qu'il comprend de réel appartient peut-être à un autre temps et un autre lieu.

¹⁰⁹ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 131

¹¹⁰ Ibid.

D'autre part, les mots appartiennent au locuteur. Y. de La Monneraye l'exprime ainsi : « Si une mère dit de son enfant qu'il est bête et qu'on le prend pour une réalité en lui renvoyant les mêmes termes, elle risque de très mal le prendre. Sa parole n'est pas vraie, c'est une parole qui nous est adressée. Vous devez permettre que s'articule la réalité telle que chacun la vit de son côté et la scène symbolique de la rééducation, sans que jamais les deux ne se confondent. »¹¹¹

CONSTRUCTION D'UNE RELATION THÉRAPEUTIQUE

La rencontre représente également le début d'un travail dont la fin, à ce stade, n'est pas réellement envisageable. L'investissement personnel, si minime soit-il de part et d'autre, se produit sans perspective claire, au moins du côté de l'enfant. Il est donc sa propre fin en quelque sorte. L'apprivoisement réciproque occupe l'espace de la relation, chacun étant à la fois petit prince et renard. Mais à ce stade, l'enfant peut simplement refuser ces deux rôles, désirer l'indifférence. L'altérité de l'adulte étranger l'inquiète ou simplement ne prend pas sens dans son système psychique. Il conviendra pour nous de le détecter, de nous centrer sur son point de vue et lui témoigner que nous l'entendons, même s'il ne nous répond « rien ». Nous pouvons reconnaître son mutisme comme langage, avant de tenter de l'ouvrir à une langue commune. « Nous nous trouvons là au cœur de la communication humaine, qui n'est pas d'abord communication avec l'autre mais reconnaissance de l'autre. »¹¹² Saurons-nous accepter cette réponse et le reconnaître dans sa non-réponse ? Se demande-t-il si nous allons parler à sa place, tenir un discours déjà entendu ailleurs, l'obliger à parler ? La première question à laquelle il pourra répondre, c'est de savoir si nous sommes capables de l'accueillir tel qu'il nous arrive. Ce sont nos actes, nos réactions à ses gestes, mots et silences, qui lui confirmeront progressivement la confiance qu'il place en nous. Il saura alors s'il peut en dire plus sans danger. Chez le thérapeute, la difficulté sera de réussir à adopter cette attitude paradoxale lors de la rencontre, présentée ici très schématiquement : ni agir, ni faire.

¹¹¹ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 184

¹¹² Ibid., p. 141

1.2.4. LE TRAVAIL COMME DÉLÉGATION

Notre travail avec les parents se justifie par ce qu'il faut mettre en place pour permettre une prise en charge de l'enfant. Faire soin nécessite une délégation de leur part, du fait de sa non-responsabilité fondamentale. Il n'a pas l'autonomie suffisante pour décider seul de s'impliquer dans sa rééducation. Cela ne signifie pas, bien au contraire, qu'on ne puisse donner aucune responsabilité à l'enfant, selon son âge. Mais en dernière analyse, ce sont bien les adultes qui sont responsables, pour lui. Sur ce sujet, nous devons d'ailleurs différencier nettement l'enfant de l'adolescent. Ce dernier, concernant les aspects évoqués ci-dessus, se situe plutôt du côté de l'adulte, même s'il faut mesurer ce que représente une transition, entre autres sur la problématique identificatoire. Nous nous intéresserons donc plus spécifiquement ici à l'enfant, lui dont nous devons comprendre que ce qu'il entreprend, il ne le fait pas pour son propre compte, mais pour celui d'un parent, d'un maître, d'un orthophoniste. Du point de vue du désir, l'enfant fonctionne comme un adulte, mais on ne peut lui demander d'assumer sa parole.

L'enjeu de la délégation est que les parents autorisent l'enfant à entreprendre un travail avec nous. C'est entre autres cela que nous recherchons lors de nos échanges avec eux. Sinon, l'enfant ne peut supporter le conflit de loyauté qui surgirait. La trahison serait inévitable s'il nous faisait confiance malgré la position de ses parents. Il est littéralement inscrit dans leur histoire et même lorsque nous sommes seuls avec lui, c'est aussi à eux que nous nous adressons. Ils représentent un repère identificatoire incontournable pour lui à ce stade de maturité.

Pour l'orthophoniste, la délégation s'inscrit dans le cadre culturel « normal » de la division sociale du travail. C'est ce qui justifie notre action, rémunérée par le corps social, supervisée par les autorités de tutelle et contrôlée par la sécurité sociale, qui veille au respect de règles encadrant notre exercice. Il en découle droits et devoirs pour le professionnel. Il possède des compétences, a le droit de se les faire reconnaître. Mais il a aussi des comptes à rendre aux parents, en vertu du pouvoir qu'ils lui accordent, plus ou moins explicitement ; par exemple leur dire ce qu'il en est de l'avancée du travail. Une responsabilité particulière nous échoit ici, car nous sommes juges de notre pratique, dans laquelle nous sommes également impliqués en tant qu'être humain. Nous portons en quelque sorte « une double casquette ». Par ailleurs, la délégation est limitée à notre champ de compétence et pour un temps précis.

Du côté des parents, la difficulté est d'autoriser, donc de déléguer, d'autant plus que, comme nous l'écrivions, la responsabilité du professionnel n'occulte pas la leur, qui recouvre toutes les autres. C'est lors des premières rencontres avec les parents que ce « système thérapeutique » se met en place. Ils devront comprendre la nécessité de ne pas être trop intrusifs, que ce qu'ils sont en droit d'attendre de l'orthophoniste n'inclut pas la connaissance complète ou la maîtrise de ce qui a lieu en séance. La délégation signifie qu'il pourra faire éventuellement autrement qu'ils ne le feraient. Mais en pratique, ce point n'est pas nécessairement admis et peut provoquer des conflits, car ce qui est dur à admettre pour les parents, c'est de ne pas être les seuls à savoir ce qu'il faut faire pour leur enfant. Autrement dit, cette « transmission de pouvoirs », certes limitée, implique qu'un professionnel s'approprie des compétences à leur détriment. « Il va faire là où je ne sais pas faire ». Tout cela n'est pas forcément conscientisé par les parties, mais représente peu ou prou ce qui est en jeu dans cette relation. C'est même l'une des conditions de son efficacité. Tout cela intervient dans un contexte où le trouble de l'enfant est une atteinte narcissique pour les parents et où la culpabilité peut aussi être à l'œuvre. Freud expliquait, dans un article sur le narcissisme, que c'est à partir de l'enfant en nous, adultes, que l'on reçoit l'enfant. Donc, en plus des sentiments ayant trait à la filiation, il y a peut-être pour les parents la honte qu'ils auraient ressenti à la place de l'enfant, à son âge.

Cependant, cette demande d'autorisation les renforce paradoxalement, après ce que nous avons écrit, car elle leur permet d'exercer leur fonction de parent et c'est nous qui la leur reconnaissons. Ils se sentent ainsi reconnus dans leur rôle en nous donnant l'autorisation d'entreprendre une rééducation avec leur enfant et en donnant leur accord à leur enfant pour qu'il fasse ce travail pour lui-même, ce qui, selon Y. de La Monneraye, est « un accord symbolique pour une certaine autonomie »¹¹³. Ce qui compte alors n'est pas qu'ils l'accompagnent dans son travail car cette demande n'en est pas une d'adhésion. Leur hésitation éventuelle montre qu'ils mesurent leur engagement dans cette relation triangulaire. Nous leur laisserons alors du temps, comme à l'enfant, pour que chacun décide s'il veut poursuivre. Sans cette autorisation parentale – la délégation – le risque est que notre action ressemble de facto à une usurpation du rôle de parent aux yeux de l'enfant et qu'il nous prenne pour son parent réel. De plus, cette autorisation « signifie qu'il ne peut décider seul, c'est une décision autorisée, mais [...] aussi qu'on ne peut décider à sa place : même ses parents ne décident pas pour lui, ils l'autorisent à décider de quelque chose pour lui-même. »¹¹⁴

¹¹³ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 170

¹¹⁴ Ibid., p. 181

Il faut ainsi veiller à permettre aux parents d'inscrire leur enfant dans leur histoire. Par comparaison, nous qui avons un regard déformé par notre spécialité, nous travaillerons à partir d'une distance, celle du tiers.

Une vignette clinique montre bien les enjeux d'un tel dispositif. Il s'agit d'une petite fille de six ans, Ortensia, qui raconte à l'orthophoniste que c'est son père qui viendra l'amener dorénavant car « sa mère n'est pas contente que l'orthophoniste ne lui dise pas bonjour. » En effet, elle arrive souvent seule dans le bureau, le parent restant en salle d'attente. Elle le quitte sans que l'orthophoniste aille toujours jusqu'en salle d'attente pour parler au parent. En fin de séance, le même dispositif a lieu. Cette absence de salutation, cette absence de discours, c'est en soi un discours de vérité. Cette attitude donne un rôle à l'enfant, lui confère une place, ainsi qu'aux parents. Elle montre aussi que la délégation est effective et qu'un quitus n'est pas nécessaire à chaque séance. Et justement, ce message adressé au parent en salle d'attente, pourrait aussi être compris comme « je suis là pour l'enfant. Pas pour vous. » ou bien « j'assume pleinement la délégation que vous m'avez donnée et maintenant, c'est, jusqu'à un certain point, entre lui et moi. Je donne à l'enfant une place où vous n'êtes pas nécessaire (voire gênant). C'est à l'enfant de franchir le vide qui me sépare de vous. » Nous pouvons facilement imaginer à quel point ce message peut être perturbateur pour les parents, mais aussi salutaire ou curatif. C'est donc, parallèlement, leur mise au travail.

1.2.5. LE CONTRAT PASSÉ AVEC LE PATIENT

Le contrat, c'est la mise en place d'une rencontre symbolique entre deux sujets. Par contrat, nous entendons ici ce qui suit la délégation, même s'il est vrai que la délégation elle-même en est un. À la suite de notre présentation à l'enfant, cela représente l'élément fondateur de la prise en charge : partager avec lui ses enjeux à partir de ce que nous savons et de ce qu'il souhaite pour lui-même, présenter le cadre orthophonique et ce qu'il implique, lui demander enfin s'il l'accepte. Cela signifie pour nous d'être totalement respectueux du désir de l'enfant, c'est-à-dire le reconnaître, de ne pas l'éluder sans le recevoir, mais le parler éventuellement. Au départ, l'enfant est le centre d'un faisceau de pressions qui s'exercent sur lui et qui limite la valeur de son adhésion à notre démarche, mais avec le temps, il découvrira que nous lui proposons une aide qu'il peut refuser. Le contrat prendra alors sens dans un contexte de confiance.

Nous souhaitons éviter que la démarche rééducative ne se transforme en une intervention de pouvoir sur lui. Poser la question de son autonomie au regard de la nôtre permet de dépasser son statut d'élève et notre statut d'orthophoniste et signe la rencontre de deux êtres humains. Nous ne cherchons pas à travailler sur le Moi de l'enfant, lui proposant une identification à un Moi, nous-mêmes, que nous voudrions fort. Nous sommes divisés, comme l'enfant, et nous n'avons pas de raison de le cacher. Nous voulons au contraire nous centrer sur la question du sujet en l'invitant à travailler sa propre division.

Une difficulté est que cette mise en place du contrat intervient avec un enfant devant qui nous devons adapter notre discours pour le rendre accessible. Nous évoquons la nécessaire délégation concernant un sujet qui ne peut assumer sa parole. Il s'agit malgré tout de l'entraîner sur le chemin de cette prise de conscience que sa parole compte, qu'elle a des conséquences, même si elle n'est pas toute puissante. Nous pouvons alors proposer un contrat minimal en lui rappelant pourquoi il vient (l'autorisation parentale, le contexte scolaire), lui demander s'il est d'accord avec ce constat que d'autres ont fait, puis lui expliquer, par exemple, que la règle ici est de ne pas faire mal ni casser. En lui expliquant avec des termes simples, il pourra en parler avec ses parents et ses copains. Cela revient aussi à cadrer notre disponibilité totale pour lui, dans le temps et l'espace. Lui ayant rappelé ses raisons d'être ici, nous affirmons aussi une certaine indépendance par rapport à l'extérieur en lui expliquant que nous ne tiendrons compte que de ce qu'il fait et dit ici dans le bureau. Comme pour la délégation, la réponse n'a de valeur que si l'autre a la possibilité, la capacité de dire non. Cela

implique de donner à l'enfant un temps de réflexion ou de lui annoncer par exemple qu'après quelques séances – le bilan schématiquement – il aura la possibilité de dire s'il souhaite les prolonger.

L'un des aspects importants de la relation thérapeutique qui commence est le secret. D'autant plus que dans l'esprit de l'enfant, et même dans celui des parents, il ne va pas de soi. Il y a pourrait-on dire, deux niveaux de secret. Le secret professionnel, qui s'applique à toute profession, et celui, plus spécifique à notre métier, qui consiste à garder secrètes les séances elles-mêmes, les paroles et les actions, devant les parents, les enseignants, etc.

Ce secret a de nombreuses conséquences sur notre position de thérapeute. Tout d'abord, il permet une complicité entre l'adulte et l'enfant. Une complicité d'un autre type que celle qu'il a pu développer avec ses parents ou ses amis. Il y a là une forme d'égalité de droit : sa parole étant protégée par un adulte, elle est digne d'être respectée et a donc la même valeur que celle de son interlocuteur. Le secret autorise aussi la confiance. Nous devenons réceptacle de confiance si nous sommes capables d'entendre et de garder pour nous ce qui est dit en séance. Cela protège l'enfant qui, avec nous et en ce lieu, peut se permettre d'essayer autre-chose de lui-même sans peur d'un retour trop immédiat du réel. Mais par ailleurs, ce secret le responsabilise. Le respect dû à sa parole le renvoie à sa propre importance, à son statut de sujet. Ce secret agit comme un miroir qui renvoie les mots à son émetteur. Nous renvoyons au sujet la narration qu'il produit sur lui-même. S'il peut toujours raconter à sa mère ce qui s'est passé en séance, le secret inaugure une distance nouvelle avec elle, car ce qui sortira de la pièce devra le faire par son intermédiaire. Il devient auteur de sa narration, de son histoire. Il ne pourra pas compter sur l'adulte pour relayer ses dires. Ainsi, l'orthophoniste devient réellement tiers, car il ne servira pas de porte-voix et ne sera pas manipulable. L'enfant devra pourtant sentir qu'il trouvera un appui chez le thérapeute lorsqu'un élément qui le concerne se doit d'être expliqué à ses parents. Enfin, le secret est aussi le gage d'une distance thérapeutique. Une forme de dépersonnalisation intervient lorsque celui qui nous écoute est « une tombe ». Nous le voyons, le secret a de multiples effets dans la prise en charge et les comprendre permet d'en respecter l'esprit et non la lettre, ce qu'il faudra d'ailleurs pouvoir expliquer aux parents. Pour certains d'entre eux, il y a là une véritable blessure qu'on leur inflige et ils ne doivent pas développer le sentiment qu'il s'agit de notre part d'un arbitraire professionnel.

1.2.6. LA QUESTION DE LA SÉPARATION

Nous avons estimé que le cadre de la rencontre, qui littéralement la circonscrit, devait aussi comprendre une réflexion sur la séparation. La fréquence des séances, une ou deux fois par semaine implique elle-même des séparations, vécues comme telles par l'enfant. Le thérapeute, garant du cadre, les lui impose. Pour certains enfants fragilisés sur le plan affectif, ce premier travail autour de la séparation représente un élément important de la séance. De façon concomitante, la dimension temporelle occupe une grande place dans la psyché du patient car elle impose une loi incontournable, une limite qui s'impose à tous. Il s'agit d'accepter ou de supporter que son plaisir d'être là soit limité ou que sa frustration dure encore.

Nous allons insister ici sur la séparation qui intervient à la fin de la prise en charge et nous allons montrer l'utilité d'aider l'enfant à l'envisager, à la penser comme un terme, encore lointain parfois, à ce qu'il commence avec nous. Tout d'abord, dans la pensée de l'enfant, il y a une difficulté à percevoir ce à quoi il s'engage avec la prise en charge orthophonique. Ce contrat, que nous avons abordé précédemment, n'a de sens que limité dans le temps. Si nous ne lui parlons pas de date, nous pouvons par contre rappeler nos objectifs communs et annoncer qu'à tel terme, nous nous poserons la question de savoir si nous souhaitons continuer. Cela peut avoir un effet rassurant ou au contraire inquiéter celui qui pensait ne venir que quelques fois. Mais dans tous les cas, le principe de réalité est rappelé.

La séparation, lorsqu'elle est parlée, inscrit l'enfant dans une perspective de mieux-être. Elle traduit l'optimisme fondamental du thérapeute à son égard. Ainsi, pour lui, la dépendance consentie a une fin et l'émancipation est déjà envisagée comme un terme. Y. de La Monneraye donne sa définition du processus de rééducation : « c'est le parcours symbolique qui permet à un enfant de passer d'une relation duelle ou fusionnelle à une relation triangulaire ou, si vous préférez, d'une relation de dépendance et assujettissement à une relation de sujet articulé à autrui. » Envisager la séparation à ce stade, c'est en condensé la métaphore du discours parental : l'aider à grandir avec en ligne de mire la séparation avec la capacité de s'en sortir seul. Nous pouvons aussi penser qu'il s'agit d'une autre façon de jouer la castration. En effet, cette séparation à la fin de la prise en charge reflète celle de l'enfant d'avec une certaine « idée de soi », à laquelle il renonce. Quitter un monde fusionnel, son statut d'enfant-bébé, la position de celui qui ne sait pas, etc.

Penser la séparation lui permet aussi de se repérer dans son parcours, de se penser sujet puisqu'on le prévient de ce qui arrivera. Reprenant une notion abordée précédemment, il a la possibilité de construire sa propre narration de par son positionnement dans le temps et son histoire.

Nous expliquions que cette perspective était rassurante pour l'enfant, mais elle inquiète aussi. Envisager la finitude des relations alors qu'il n'a encore rien entrepris et que rien n'est encore construit, c'est une projection forcée dans un monde où l'on ne peut plus se contenter du présent comme seul horizon. De plus, nous lui signifions qu'après cette aide, il faudra se lancer seul, fort de ce qu'il aura réussi à devenir d'ici là. Pour limiter cette annonce de « saut dans le vide », les orthophonistes insistent souvent sur le fait que s'il le désire, il pourra revenir et que rien n'est définitif.

Nous le voyons, les enjeux de la séparation sont multiples, à la fois douloureux et agréables. L'importance de sa valeur curative réside dans ce que nous pouvons en dire avec l'enfant, à différentes étapes de son évolution. À propos de la fin de la cure analytique, mais qui s'applique à des degrés divers en orthophonie, D. W. Winnicott explique : « Je crois une analyse incomplète s'il n'a pas été possible à l'analyste (même vers la fin) de raconter au malade ce que lui, analyste, a fait sans le dire pour le malade alors qu'il était malade, dans les premiers temps. Tant que cette interprétation n'est pas faite, le malade est tenu dans une certaine mesure dans la position du petit enfant, de celui qui ne peut pas comprendre ce qu'il doit à sa mère. » C'est justement la position du « petit enfant » qui est en jeu dans notre spécialité et la séparation en est l'une des clefs.

1.3. LE TRAVAIL AVEC LE PATIENT, EN SÉANCE ET HORS SÉANCE

1.3.1. QUELLE APPRÉHENSION DU SUJET ET DU SYMPTÔME ?

Dans cette partie consacrée à l'appréhension du symptôme seront proposés dans un premier temps des axes de réflexions théorico-cliniques relatives aux attentes du thérapeute concernant le patient et son symptôme. Ensuite sera interrogée la place accordée au symptôme dans la pratique, qui sera mise en regard avec celle accordée au sujet du symptôme. Dans un troisième temps, le symptôme sera appréhendé sous l'angle d'une opposition : le respect ou l'attaque du symptôme.

LES ATTENTES DU THÉRAPEUTE CONCERNANT LE PATIENT ET SON SYMPTÔME

La question de ce que le thérapeute espère pour le patient, ou son symptôme, est complexe. Est convoquée ici une part du désir du thérapeute à l'endroit de l'enfant ; désir qu'il s'agira de toujours pouvoir être en mesure de questionner au cas par cas et peut-être de manière aussi plus générale. Le thérapeute est toujours désirant pour son patient, mais ce désir ne doit pas être assimilé, par l'enfant comme par le thérapeute lui-même, au désir parental ou scolaire.

Relativement au symptôme, il est possible de généraliser un certain nombre de vues cliniques et thérapeutiques qui seront alors dans une certaine mesure communes à tous les patients.

Le symptôme, nous l'avons vu, est à la fois un laisser-passer et un signe d'arrêt. Il est une construction « typique » pour l'individu en proie à un conflit psychique. Mais les conflits inconscients, nous le savons, sont inhérents à la condition humaine. Le thérapeute doit pouvoir supporter le conflit chez autrui sans vouloir le réduire à tout prix.

Le thérapeute souhaite, comme principe minimum, que le patient aille suffisamment bien, avec son symptôme. Il souhaite que le patient ait les moyens, notamment symboliques, pour traverser ces zones répétées de turbulence qui sont caractéristiques d'une vie d'homme. Le

souhait peut ainsi être résumé : le symptôme, bien qu'il relève d'une nécessité psychique, ne doit pas être une masse écrasante, informe et immobile sous laquelle le patient n'est plus en mesure que de jouir – de ce symptôme –, dans une « satisfaction » se traduisant bien souvent en terme de déplaisir. Car, sous cette masse symptomatique, le désir est en partie annihilé. Pour le thérapeute, l'enjeu est de rendre cette masse plus malléable par le sujet lui-même, qu'elle lui devienne moins étrangère. Dans cette prise de conscience, certes partielle – toute prise de conscience si forte soit-elle, rencontre l'impensable –, dans ce processus d'élaboration, le sujet devient « sculpteur ».

Dans ce cheminement vers la conscience que le thérapeute va accompagner, le sculpteur en travaillant la masse ouvre un espace – symbolique – en lui pour la réflexion, dans la quête d'un savoir sur lui-même. Le bénéfice d'un savoir apporté n'est pas évident car savoir ne suffit pas pour aller mieux. Mais s'il n'est certes pas la panacée, il est un coup porté malgré tout au déplaisir et à la souffrance symptomatique. Le patient s'essaiera au modelage, en commençant là où la parole s'était arrêtée, là où le symbolique avait failli, là où jouissance il y avait. Pour le thérapeute il s'agira d'aider l'enfant à atténuer cette contrainte de jouissance.

Cependant, la découverte par le patient d'un savoir sur lui-même s'accompagnera d'une autre découverte ou redécouverte : celle d'un savoir sur lui-même mais également sur autrui qui lui échappera toujours, inexorablement. C'est l'espace de l'Autre, du manque, du vide qui pourra apparaître. En somme, l'espace nécessaire au désir. C'est un souhait, pour le thérapeute, que le patient arrive à tirer parti de ce qui le détermine, qu'il puisse faire quelque chose de cette condition d'homme divisé, manquant, désirant. C'est le souhait qu'il « parle » à sa manière, d'une place qu'il se trouverait et qu'il lui serait supportable de tenir. C'est, dit J. Lacan, « savoir y faire » avec ce symptôme qui signe le destin de chacun.

Ce travail de sculpteur, c'est donc le travail de l'individu pour devenir sujet, dans ce va-et-vient entre des formes d'aliénation à l'Autre et de séparation, dans la capacité du sujet à vivre frustration et castration. Le thérapeute choisit d'accompagner l'enfant dans ce processus de subjectivation, d'individuation. C'est l'aider à ne plus jouir de sa position d'enfant-objet. Mais on ne peut par définition rendre l'enfant sujet. C'est en soi une contradiction. Seul le patient pourra être à l'origine de ce cheminement.

Le thérapeute porte donc l'espoir que le patient puisse trouver les moyens d'un apaisement des conflits à l'œuvre qui ne se trouveraient pas ainsi inscrits à jamais dans un monolithe symptomatique.

La question – nous pourrions dire le conflit – sous-jacente, insoutenable pour le sujet est fixée par le symptôme qui la recouvre, ne permettant pas ainsi de la traiter réellement même si, nous l'avons dit, il permet de l'exprimer. Il convient donc d'aider le sujet pour qu'il entreprenne ce chemin de découverte. Comme nous l'avons écrit dans notre introduction au symptôme, ce dernier doit pouvoir avoir une certaine plasticité, c'est-à-dire une mobilité de manière à ne pas emprunter toujours la même voie en réponse à l'angoisse, à la pulsion. Le symptôme pourra se transformer. Il est à souhaiter que le symptôme, un T.O.C (trouble obsessionnel compulsif) par exemple, ne vienne pas recouvrir tout le champ expressif de l'individu et que ce dernier puisse s'exprimer aussi par la sublimation artistique par exemple.

Grâce au travail engagé, le symptôme pourra venir « se rejouer » mais sur un autre mode, peut-être plus satisfaisant pour le sujet ; par exemple, en n'ayant plus à s'inscrire dans le corps. Le déplacement du symptôme n'est donc pas a priori une seconde prison, à la condition que ce ne soit qu'un passage. Dans la sublimation, la question du conflit est traitée : elle est une expression, une projection... On pourrait dire que la sublimation est une forme positive bien qu'ayant aussi sa part d'enkystement, d'enfermement d'une pulsion dans son devenir symptomatique. Il est donc souhaitable de tenter de trouver des réponses aux énigmes restées sans sens car sans cela, elles continuent d'errer « tels les fantômes qui viennent hanter le présent tant qu'ils n'ont pas pu trouver de digne sépulture, continuent d'avoir des effets « posthumes » »¹¹⁵, comme l'écrit R. Roussillon.

Outre ces considérations générales sur le patient et son symptôme, le thérapeute a à l'esprit une sorte de « devenir idéal » pour chacun des patients en rapport à la problématique de ces derniers. Nous l'avons dit, le symptôme est propre à chacun. Et, au fur et à mesure que le travail s'engage, le thérapeute avance dans la compréhension qu'il a de son patient et de son symptôme. Que vient dire pour cet enfant son échec scolaire ? Pour un autre, son trouble du langage ou son mutisme, ou encore son bégaiement ? Quelles sont les « grandes » questions sous-jacentes ? Qu'est-ce qui fait partie du domaine de l'impossible, de l'interdit ? Qu'est-ce qui fait blocage ? Que l'enfant tente-t-il de résoudre par son symptôme ? Au regard de ces questions et des réponses auxquelles s'essaie le thérapeute, celui-ci élabore un certain dessein particulier pour chacun des patients. Chaque sujet effectue avec le thérapeute son propre travail, travail sur lequel nous reviendrons entre autres, dans la partie qui sera consacrée à la symbolisation. Nous verrons alors par exemple comment le thérapeute peut aider le patient à

¹¹⁵ R. Roussillon, op. cit., p. 21

utiliser le registre du langage d'une manière plus satisfaisante, pour lui-même et pour les autres.

PLUS QU'UNE ÉCOUTE DU SYMPTÔME, UNE ÉCOUTE DU SUJET

Pour écouter un sujet, il faut pouvoir prendre en compte le symptôme qu'il porte et supposer un sens à celui-ci, une raison d'être. Ainsi, l'attention du thérapeute est portée sur ce symptôme qui peut être concrétisé dans une dyslexie, un bégaiement, etc. Mais si une écoute du symptôme est certes nécessaire – la rencontre entre le thérapeute et le patient se fait par ailleurs à ce titre – le thérapeute, néanmoins, ne focalisera pas toute son écoute sur le symptôme apparent. Il cherchera au contraire à entendre ce qu'il y a derrière ou autour de ce symptôme. Il va à la rencontre du sujet du symptôme. Cela pourra s'actualiser dans la simple manière que le thérapeute aura de s'intéresser à l'enfant, en étant curieux de toute sa personne, en ne l'interrogeant pas seulement par exemple sur les difficultés qu'il a pu avoir dans sa semaine lors d'exercices de lecture. Par ailleurs, mais nous y reviendrons, interroger l'enfant aura comme finalité que l'enfant s'interroge lui-même.

Prendre en considération le symptôme, c'est alors laisser de la place au sujet qui le porte. C'est le sujet du symptôme qui est au centre et non le symptôme en tant que tel qui sera relégué au second plan. Une place est accordée à ce dernier, mais il n'occupe pas toute la place car à n'écouter que le symptôme, on réduit le sujet à celui-ci. Cependant, il est nécessaire que le thérapeute puisse analyser la place que le symptôme occupe pour le sujet : quel objet de discours est-il ? Quel intérêt lui est porté, etc. ? Cette interrogation est valable pour tout symptôme.

Le sujet doit pouvoir être détaché, décollé de son symptôme pour être entendu dans sa parole, dans sa souffrance. Cependant, comme l'a écrit Y. de La Monneraye, « le rééducateur ne se situe pas comme soignant une souffrance à faire disparaître, mais comme interlocuteur d'un sujet qui est muet parce que son échec le parle. »¹¹⁶ Il insiste aussi sur le danger d'oublier le sujet, « c'est-à-dire le sujet parlant chez l'être qui souffre, car la souffrance le possède, comme on dit, en fait un objet à traiter. La souffrance souvent rend muet, parce qu'elle est parole en quelque sorte inscrite dans le sujet, inscrite et cachée au point même qu'elle ne se reconnaît parfois même pas comme telle. »¹¹⁷

¹¹⁶ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 48

¹¹⁷ Ibid., p. 49

Un symptôme, c'est une partie émergée d'un iceberg, massive peut-être, imposante à l'œil, à l'oreille, faite d'« incorrections » d'usage, mais qui ne doit néanmoins pas masquer la présence d'une partie immergée, socle de la parole du patient. Une parole dans laquelle transparaît ce qui pose question à un niveau inconscient. Un enfant par exemple, en séance interroge le féminin et le masculin, qu'il confond dans la langue. À travers cette confusion, on peut entendre sa « difficulté actuelle » qui peut être de l'ordre de la différenciation sexuelle. L'aspect formel de la langue révèle ainsi une part du sujet. Elle est en ce sens symptomatique. Le symptôme vient dire qu'il y a un autre dire qui a à se dire. Se centrer sur ce premier dire – le masculin / féminin dans la langue – c'est réduire au silence le reste, c'est-à-dire le sujet ; le symptôme par ailleurs n'aura de sens que parce qu'il y est relié. Seul, il ne dit rien. Dans le regard clinique du thérapeute, il n'y a pas de clivage entre le symptôme et son sujet, entre le psychisme et le langage. Il y a des liens, des intrications, des intersections entre langage et structure du sujet.

La question de l'écoute du sujet et de son symptôme nous conduit alors à adopter une démarche clinique qui peut apparaître comme paradoxale : c'est parce que l'on reconnaît le symptôme – sa valeur signifiante, son existence – que le thérapeute peut choisir de ne pas l'entendre primordialement et ce, afin d'entendre l'enfant. En s'attachant ainsi plus à l'enfant et à son psychisme qu'à sa langue défaillante, l'idée d'une normalisation devient aberrante. Quel sens y'aurait-il à vouloir normaliser un psychisme ? Il s'agira alors de créer un espace d'écoute, sans toutefois nier le symptôme.

Comme nous l'avons vu, le symptôme tout en étant un lieu d'expression du sujet, nie une part de celui-ci en ne lui permettant de ne s'exprimer qu'à travers lui. Le thérapeute va donc chercher à se décaler de cet axe où le symptôme masque le sujet.

En adoptant cette position, il semble normal, au regard des conceptions énoncées du symptôme, que le thérapeute puisse avoir alors à affronter une résistance de la part du sujet. Cela, pour plusieurs raisons. Le symptôme n'apparaît plus comme un masque efficace. Le sujet est convoqué, lui qui peut tendre à disparaître derrière son symptôme, à se réduire à cette « peau de chagrin ». Il faut rappeler qu'à l'instar de la psychose qui peut être vue comme une attaque de la pensée, le symptôme peut aussi avoir arrêté la « machine » à penser. Le patient cherche alors à attirer le thérapeute uniquement vers son symptôme visible. Cela peut aussi être lié par exemple à une recherche de bénéfices secondaires elle-même liée à l'objectivation du trouble langagier. Le patient revendique dans une certaine mesure qu'on s'occupe de son trouble du langage car il a fait sienne la demande parentale. La réaction du patient face à cette

non prise en compte de son symptôme est à analyser. Le décalage entre le regard du thérapeute et celui des parents, ce « pas de côté » du thérapeute peut déclencher une certaine violence. Violence par le simple fait que l'enfant, dans cette conception, y est pour quelque chose dans son symptôme. Violence aussi parce que le patient peut « souhaiter » conserver une position d'objet de l'autre, objet de traitement par exemple. Comme l'écrit D. W. Winnicott, « le patient appréhende ou, au contraire, espère secrètement le traitement physique (parfois, les deux à la fois) de sorte que le problème réel du patient échappe sans cesse au psychothérapeute. »¹¹⁸ Le patient demande qu'on lui fasse céder son symptôme à tout prix. Il y a donc à interroger les différentes positions du sujet relatives à son symptôme .

Par ailleurs, il est à noter qu'il y a toujours une variabilité dans les propositions thérapeutiques. L'orthophonie est une clinique et en ce sens elle dépend et du clinicien et du « chevet » à côté duquel celui-ci s'assoit. Il n'y a pas de systématisme dans les positions, les propositions. Le thérapeute selon les cas, les circonstances, tient compte ou non de ce qu'il croit entendre du désir du patient et répond alors à sa demande positivement ou non. Le thérapeute s'adapte au patient, se laisse embarquer par lui en ayant conscience et va dans son sens, s'il sent que cela est nécessaire. Il s'agit pour le thérapeute de pouvoir considérer le patient dans ses demandes et désirs et de ne pas être fixé dans ses propres positions. La position du thérapeute est donc une question à interroger continuellement.

ATTAQUE ET RESPECT DU SYMPTÔME : QUELLE CONTRADICTION ?

Nous avons vu que le symptôme est une formation « normale » de l'inconscient que le sujet humain met en place « pour maintenir quelque chose de son désir dans sa relation »¹¹⁹. Nous avons vu également dans la partie précédente, que le symptôme, s'il est considéré par le thérapeute, l'est d'abord pour le sujet qui l'a construit et qui le porte. À présent, nous allons interroger l'appréhension du symptôme en analysant deux termes apparemment contradictoires : respect et attaque du symptôme. Quels sens recouvrent ces termes ? Quelle réalité ont-ils dans la clinique ?

Partons d'une idée simple largement diffusée dans le domaine de l'orthophonie : on n'attaque pas le symptôme. On ne touche pas au symptôme. Il s'agit donc de le respecter. Que cela signifie-t-il ? Le respect peut-il être véritable ?

¹¹⁸ D.W. Winnicott, *Conversations ordinaires*, Ed. Gallimard 1988, p. 146

¹¹⁹ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 21

Souvent, le symptôme est considéré comme respecté parce qu'il n'est pas attaqué d'emblée. S'agit-il d'un véritable respect ou s'agit-il de différer dans le temps une attaque du symptôme ? Ce temps de non-attaque transitoire servirait alors pour faire connaissance avec l'enfant. Il est considéré également comme respecté quand il n'est pas attaqué frontalement par des exercices par exemple d'articulation, de répétition, etc. Mais est-ce là un véritable respect du symptôme dans son essence ou une tentative pour trouver le moyen de le contourner ? La question est à poser. Pour illustrer cette difficile question, nous pouvons ici citer G. Dubois. Elle écrit : « à travers lui, j'ai compris que j'avais un vrai cheminement à faire entre : une technique de respect apparent de symptôme qui n'était en fait qu'un moyen de séduction un peu élaboré, et une reconnaissance véritable de cet enfant, qui le respectait, lui, en totalité et de manière authentique. »¹²⁰

Il semble qu'à l'instar de la question plus large du respect de l'enfant par le thérapeute, la question du respect du symptôme est directement à relier au désir du thérapeute. À quoi lui renvoie l'enfant et son symptôme ?

En premier lieu, le thérapeute doit pouvoir accorder foncièrement un droit d'existence au symptôme, qui a donc le droit de cité. Le respect du symptôme passera également par une reconnaissance de sa valeur signifiante. Le symptôme sera respecté dans le sens où il est entendu, ou a minima, par la reconnaissance qu'il y a quelque chose à entendre. Respecter le symptôme, c'est donc l'entendre comme un dire, celui d'un sujet qui est adressé à un autre.

Respecter le symptôme, c'est aussi pouvoir l'entendre comme « objet d'amour » pour le patient, comme l'a écrit S. Freud. Le patient est attaché à son symptôme dont il ne veut par conséquent pas se séparer.

Il pourra donc se développer ce que nous pouvons appeler des formes de résistance du symptôme. Ces résistances, ces obstacles témoigneront d'une manière plus grande de la résistance du sujet lui-même. Ces « refus » inconscients seront à prendre en compte et à respecter. Il faudra par ailleurs, pour le thérapeute, interroger ses propres réactions face à l'amour du sujet pour son symptôme. Peut-être, pour le thérapeute, « aimer » le symptôme du patient autant que celui-ci l'aime ?

Pour que le symptôme puisse être respecté, il apparaît comme condition nécessaire que ce dernier ne fragilise pas démesurément le thérapeute. En réponse à une trop grande fragilisation, le thérapeute pourrait mettre en place des défenses « néfastes » pour la qualité du

¹²⁰ G. Dubois, op. cit., p. 43

soin. Le langage doit pouvoir être entendu, comme l'écrit G. Dubois « tel qu'il est, avec ses failles, ses manques et ses redites, par un rééducateur capable d'en parler sereinement, sans être atteint, blessé en lui-même, par les défaillances du discours de l'autre. »¹²¹ Par ailleurs, le thérapeute doit pouvoir être en mesure de se décaler des pressions diverses, des exigences de l'entourage de l'enfant et faire un pas de côté. Comme l'écrit à nouveau G. Dubois, « l'important, pour le rééducateur, est de ne pas se sentir agressé par le trouble du langage de l'enfant. Son premier effort est un effort d'acceptation, de respect. Rôle essentiel, difficile, quand par ailleurs on sait bien que, par choix, par délégation de pouvoir des parents, de la société, on a pour fonction de réparer et de normaliser. Il y faut une certaine capacité de dépassement de l'impact que peuvent avoir sur nous les difficultés de l'enfant. »¹²²

Concernant la demande d'aide de l'enfant, si elle existe, elle sera souvent chargée d'ambivalence, relativement à l'ambivalence même du symptôme. En conséquence, respecter le symptôme sera donc respecter la liberté de l'enfant dans sa démarche de mise au travail ou non de son propre symptôme. Il s'agira de respecter également son mode relationnel.

Ainsi, en séance, la liberté laissée à l'enfant peut être un droit au silence. Le silence de l'enfant est respecté non comme un manque, mais comme un objet de discours. On ne peut parler de respect du symptôme que si l'enfant, de lui-même, accède à une forme de travail sur celui-ci, c'est-à-dire quand il le questionnera, l'articulera, etc. Quand on va s'intéresser au symptôme sur la langue écrite par exemple, c'est sur proposition de l'enfant, quand il en éprouvera le besoin.

Pour illustrer ce lien entre liberté et respect du symptôme, nous pouvons citer en exemple le cas d'un enfant, Yannick, pour qui la proximité avec l'autre n'est supportable que dans la mesure où il peut s'en éloigner régulièrement. Nous pourrions considérer alors comme respectueux du symptôme le fait de le laisser venir à nous quand il le peut, sans l'y contraindre.

Il y a différents axes qui nous amènent à construire une définition de ce que peut être le respect du symptôme, mais idéalement, son respect « absolu » serait de ne rien faire, de ne pas y toucher. On comprend dès lors que le dit respect est mis à mal par le fait même d'une rééducation. En effet, la séance d'orthophonie peut être considérée comme une attaque, même si elle n'est pas « frontale », car elle est un lieu de parole et d'écoute qui oblige à une certaine

¹²¹ G. Dubois, op. cit., p. 57

¹²² Ibid. p. 45

mise à distance. En ce sens le thérapeute est un « empêqueur de jouir » ; jouir de la souffrance du symptôme par exemple. La parole, par essence, rabote cette jouissance. L'écoute n'est pas forcément une non-attaque. Inviter l'enfant à s'interroger, à se questionner, non seulement sur son symptôme, mais au delà, sur lui-même et sur le monde, – autrement dit à élargir le champ du symbolique – peut constituer une véritable violence et être à la source même de son symptôme. Accompagner le patient dans une certaine prise de conscience du symptôme, pouvoir le penser, le parler, dans une interaction avec le thérapeute, tous ces actes peuvent être considérés comme autant d'attaques du symptôme, et l'interaction même, comme une violence. En amenant par exemple l'enfant à se rendre compte que son symptôme s'entend, ou en lui manifestant qu'on ne comprend pas sa parole – sa langue typiquement maternelle –, le thérapeute dans son rôle symbolique, bien que sans animosité, représente une forme de violence.

Par conséquent, il y a un double mouvement paradoxal à effectuer : reconnecter le sujet avec son symptôme (la question de sa responsabilité dans la formation du symptôme, ses éprouvés, etc.), et l'en « désolidariser », c'est-à-dire l'aider entre autres à accéder à d'autres représentations sur lui-même. Le sujet pourra ainsi s'identifier à autre chose qu'à son échec scolaire. Mais le simple fait de considérer le symptôme comme porteur de sens pourra être violent, car rappelons-le le sujet bien souvent est présenté comme objet de son symptôme, par lui-même mais également par son entourage. Y. de La Monneraye écrit à ce sujet : « Un enfant en échec en lecture, par exemple, sera considéré comme un "objet" dont il faut rééduquer la dyslexie. »¹²³ Et de continuer : « La tentation est toujours grande, lorsque l'on veut aider quelqu'un, d'essayer de faire disparaître son symptôme : on ne se rend pas compte que dans la foulée, on fait disparaître le sujet lui-même. »¹²⁴ En effet, à vouloir supprimer le symptôme, c'est une part de la construction du sujet pour vivre qui est niée, annulée. La seule limitation ou réduction de la place accordée au symptôme au profit du sujet peut aussi être violence pour celui-ci. C'est le risque également que l'enfant ne se sente pas reconnu dans son symptôme, dans sa dyslexie, voire aimé dans sa dyslexie. Ne pas vouloir travailler sur son symptôme pourra donc être interprété de différentes manières par les patients.

Revenons plus en détail sur la question de la suppression du symptôme, qui est attaque suprême, mais inavouée, tue, et cependant, selon J. Durandeaux, toujours à l'œuvre. Il écrit : « Vouloir ôter les symptômes, ou plus modestement qu'il s'efface, quitte à ne pas être trop

¹²³ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 21

¹²⁴ Ibid.

regardant sur ce qu'il devient, est le projet constant qui naît de la conspiration implicite qui s'organise entre l'entourage du sujet et le thérapeute (ou l'analyste). C'est en somme ça que tout le monde veut – sauf le sujet quoi qu'il en dise – et c'est à partir de cette demande-là qu'on juge l'entreprise.»¹²⁵ Malgré le droit accordé au symptôme d'exister, le thérapeute semble rester aux prises d'un désir plus fort, son désir d'effacement, d'éradication du symptôme. Les raisons peuvent être nombreuses : le thérapeute peut vouloir le bien d'autrui, agir pour cet autre qui est en souffrance dans les apprentissages, dans ses relations. Le désir du thérapeute est toujours à l'oeuvre avec ses idéaux.

Dans le cas où le trouble du langage n'est pas symptôme, mais plutôt dysfonction, la question paraît plus simple à résoudre car le trouble n'ayant pas lieu d'être, la tentative de suppression s'en trouve justifiée. Ce qui reste complexe à déterminer en revanche, ce sont justement ces cas. Existe-t-il une « dysfonction pure » ? Et peut-on la reconnaître ? Dans l'autre cas où le trouble a valeur de symptôme, le thérapeute peut-il se défaire de ce désir ? Comment peut-il aller à contre-courant de ce désir de suppression ? Tout travail mené avec l'enfant a-t-il réellement comme visée la suppression du symptôme ? Nous pensons que sans vouloir le supprimer, le thérapeute peut être dans une quête de transformation du symptôme, avec une recherche d'assouplissement de celui-ci dans une forme de libération de quelque chose de retenu. Le thérapeute va essayer que l'enfant amène « ça » ailleurs, sur le terrain symbolique, terrain sur lequel il sera *re-présenté*.

On peut supposer, à moins que le patient ne colle au désir du thérapeute et qu'il prenne position d'objet, que plus le désir de suppression sera fort, plus les résistances seront massives. À l'inverse, le sujet, en découvrant la liberté qu'il peut prendre, en découvrant qu'il ne sera pas contraint de travailler sur son symptôme, aura alors moins besoin de se protéger, d'une part, – car sera assuré d'être considéré comme sujet et ne risquera pas l'écrasement – et d'autre part, pourra probablement de manière plus intéressante entreprendre un chemin vers la compréhension.

En résumé à ce qui vient d'être traité, on peut conclure que l'attaque du symptôme n'est pas « réservée » à ceux qui n'accorde pas de valeur de sens au symptôme. Nous avons vu qu'il serait réducteur de le penser. Il existe un rapport de force inévitable dans la relation mais aussi au sein même des psychés de chacun. Il faut pour le thérapeute en être conscient et supporter d'incarner une forme de violence et ce, malgré une posture fondamentalement respectueuse. À

¹²⁵ J. Durandeaux, « *Poétique analytique* » - Des langues et des discours dans la psychanalyse -, Seuil, p. 127

lui de trouver une position qui lui convienne dans cet espace mince, fait de contradictions où il pourra lui-même incarner une forme d'ambivalence. Nous nous apercevons que les notions de respect et d'attaque entrent dans une véritable dialectique complexe où les termes ne sont que partiellement contradictoires. Le symptôme peut ainsi être attaqué tout en étant respecté. Le soin n'est pas dégagé de toute violence et la vérité clinique, complexe, est faite d'ambivalence.

Il est question d'une liberté à acquérir, à toujours conquérir, aussi bien pour le patient que pour le soignant. Mais cette liberté sera elle-même nuancée par les phénomènes de transfert et de contre-transfert qui seront à l'œuvre dans la relation.

1.3.2. TRAVAIL DE SYMBOLISATION : POSITIONS ET PROPOSITIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous allons présenter ici ce que peut être un travail de symbolisation, que nous pourrions aussi appeler travail de parole, de représentation. Les objectifs d'un tel travail seront décrits ainsi que les différentes positions de l'orthophoniste ;

FAIRE ADVENIR UNE PAROLE

Comme il a déjà été écrit, le symptôme peut être considéré comme un manque de dire, de paroles, d'élaboration. Face à ce manque, il va être proposé au patient un espace de symbolisation au sein duquel pourra s'entamer un dialogue entre lui et le thérapeute. Il pourra venir déposer là sa « problématique ». C'est la construction de son symptôme que le patient va élaborer dans sa parole, dans une relation à autrui.

Il s'agit d'une vraie politique d'accueil de la parole. Le thérapeute se positionne comme une aide à la symbolisation, à la construction des représentations de l'enfant. C'est une invitation qu'il propose, à mettre des mots sur les différentes expériences que l'enfant vit, qu'elles soient liées au corps comme à la psyché. C'est donc un passage par le symbolique qui est souhaité afin que ces expériences entrent dans l'ordre du dire ; ordre qui instaurera une distanciation du sujet avec ses expériences. C'est l'accompagner dans cette traduction, dans cette mise en sens de son vécu personnel, de ce qui le questionne, etc. L'orthophoniste soutiendra donc la « re-présentation », au sens large.

Comme l'écrit G. Dubois, « l'orthophoniste travaille à la jonction de deux codes, fantasmatique et linguistique »¹²⁶. Ainsi, dans la parole de l'enfant, des signifiants apparaissent. Ils sont articulés à d'autres, mis en opposition les uns aux autres. En proposant à l'enfant de parler, il s'agira alors de pouvoir entendre les relations entre les signifiants de façon à ce que le patient puisse « reprendre la chaîne du discours qui s'était interrompu sur un signifiant qui ne pouvait plus que se répéter faute de pouvoir être compris par l'entourage. »¹²⁷ Pour ce faire, il faudra comme l'écrit Jean Tardieu, « aller jusqu'au bout du non-sens. Faire bouger les mots, les allumer, les éteindre, les forcer à produire des étincelles jamais vues. »¹²⁸ Ainsi, un maillage cohérent pourra apparaître.

¹²⁶ G. Dubois, op. cit., p. 85

¹²⁷ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 55

¹²⁸ J. Tardieu, *Margeries*, Ed. Gallimard

Le travail de symbolisation n'a pas pour dessein une conscientisation de la problématique du sujet dans sa totalité, car ce dernier ne peut jamais dire la vérité toute de son symptôme : le réel de son symptôme – ce qui n'a pas pris de sens, qui reste hors signification – demeure. Dans le travail, il va s'agir de coloniser par le sens un bout de ce réel qui pourra devenir alors « réalité » pour le sujet. Ce réel qu'il habitera, qu'il fera sien. Il s'agit alors pour le thérapeute d'accompagner l'enfant pour qu'il se crée des fictions, des théories, des histoires ; ce à quoi l'enfant est confronté sans pour autant avoir les clés pour bien comprendre, doit cependant pouvoir être « tricoté ». L'enfant doit pouvoir en faire quelque chose.

La position de l'orthophoniste est donc éminemment symbolique. Rappelons ici, qu'initialement, le symbole, *symbolon*, est un objet cassé ou coupé en deux, qui permet à deux personnes qui se sont séparées de se reconnaître le jour venu des retrouvailles. Le symbole est donc la représentation d'un lien entre deux choses qui sont rassemblées, d'une correspondance, et plus, d'une complémentarité entre celles-ci. Mais s'il y a la possibilité d'un lien, c'est parce que la séparation elle-même est possible. Ainsi on peut dire que la symbolisation est soumise à une possibilité d'absence. Elle permettra de penser - et panser - l'absence.

Dans le travail, le patient, avec l'orthophoniste, va faire des liens entre des objets au sens large – actes, évènements, etc. – et des mots. Des liens se tissent, la réalité du patient devient structure. De cet objet, il pourra en dire, en faire quelque chose, le nommer, se le représenter. Il pourra partager avec l'autre ce symbole qui lui permettra de le reconnaître et d'être reconnu. Travailler sur les symbolisations, les représentations, nous le comprenons, n'est donc pas réductible à un travail d'étiquetage du monde. Plus que le développement du lexique, il s'agit d'aider le patient à incarner sa parole, que celle-ci devienne « symbolique », c'est-à-dire capable de représenter son monde, de le mettre en sens.

Le travail en séance avec Samuel, un patient de dix ans, illustre ce cheminement vers une parole « personnelle » faite de désir, de manque, d'interrogation. Ce patient semble avoir compris qu'il est là, avec l'orthophoniste pour parler. Alors, il accepte de parler. Dans les échanges, il donne à comprendre que rien ne semble l'atteindre. Perdre ou gagner à un jeu par exemple est équivalent pour lui. Sa parole témoigne d'une certaine neutralité face aux évènements. Il a donc peu de choses à raconter puisque peu de choses le concernent. L'orthophoniste montre sa surprise face à son apparente indifférence, à ce « ché pas » très généralisé. Elle l'interroge sur son désir de savoir. Est-il curieux de savoir ? Un espace est ouvert ici pour la réflexion, mais celle-ci est bridée car la curiosité étouffée. En apparence, pour lui, il n'y a pas de problème. Ce qui

l'affecte ne peut être dit, la parole se voyant conférer un pouvoir certain. Les mots et leurs relations sont chargés fantasmatiquement. La parole est donc la plupart du temps neutralisée, réduite à ce qui est visible, cantonnée à exprimer les faits qui n'engagent pas trop le sujet, qui peut se tenir alors à distance. Mais quand il se trouve engagé dans sa parole, quand celle-ci se fait plus « désirante », il bégaye ou oublie le mot, la pensée qu'il avait à l'esprit, et ce, de manière très récurrente. Il s'agira alors dans le travail de pouvoir faire advenir une parole « vraie » autrement que par la voie du bégaiement ou de l'oubli.

De manière ambivalente, bien que n'ayant aucun problème, Samuel amène en séance, certaines situations très « parlantes » de sa vie tout en niant les affects qui y sont liés. L'orthophoniste propose des articulations, des liens entre ces différentes situations qui auraient pu ou qui pourraient l'affecter d'une manière ou d'une autre. Elle l'interroge. Ici, l'exemple d'un catalogue de jouets que sa mère lui donne à voir, à désirer, tout en lui disant quelques jours plus tard qu'elle ne lui achètera rien de ce catalogue. L'orthophoniste rappelle à ce patient son droit « existentiel » au désir, au refus, à la colère, à la frustration, à la peur, etc. Elle travaille pour qu'émerge le manque et que celui-ci puisse être signifié dans la parole. Pour cela, il faut que puisse émerger la notion de différence, que tout ne soit pas recouvert d'un même voile.

Dans un premier temps, c'est l'orthophoniste qui dira ce que l'enfant ne peut pas dire, en ouvrant les voies d'une réflexion. Le patient va pouvoir s'appuyer sur l'autre pour que celui-ci dise pour lui. Ici, par exemple, dire que sa mère le laisse espérer, désirer et vient couper ce désir. Le thérapeute, c'est d'abord, pour certains patients, celui qui peut dire pour eux avant d'être celui à qui ils vont pouvoir dire, avec qui ils vont s'essayer à une parole vraie.

Un travail sur le savoir s'engage avec l'orthophoniste qui permet à l'enfant de prendre conscience de ce qu'il ne sait pas, de le dire ; il en va par exemple ainsi des membres de sa famille qu'il ne connaît pas, qu'il n'a même jamais vus en photo. Progressivement, avec le soutien de l'orthophoniste, il va s'autoriser timidement à questionner ce qu'il ne comprend pas et qui ne sera plus, dès lors, un simple état de fait non discutable. Le patient se positionnera comme sujet duquel pourra émerger une demande. Quand sa parole se « remplira », il demandera à ce que je n'assiste plus aux séances.

SOULAGER QUELQUE CHOSE DE SON DÉSIR DANS LA PAROLE

Dans ce travail de parole, le patient va pouvoir venir dire quelque chose de son désir, et soulager ce « quelque chose » de son désir dans la parole. Mais la parole, comme nous l'avons vu, est toujours adressée à un autre. Elle n'existe que dans une dimension relationnelle. Bien que ne traitant pas directement dans cette partie du transfert, nous n'oublions pas que le travail qui s'effectue avec l'enfant se fait toujours sous cette tonalité transférentielle. La parole de l'enfant comme celle du thérapeute est entendue avec transfert, avec toutes les conséquences que cela peut entraîner dans le travail de parole. Si le travail de symbolisation est important donc, il ne peut être clivé de cet aspect transférentiel.

Pour illustrer notre propos, nous pouvons présenter ici le cas de Clémentine, une patiente qui, dans son discours et ses productions, donne à voir l'omniprésence de sa sœur aînée et la fascination que celle-ci exerce sur elle : c'est d'elle dont elle parle, dont elle écrit le prénom, qu'elle dessine, etc. L'orthophoniste souligne cette omniprésence dans l'esprit de l'enfant, l'invite à en parler et à dire quelque chose d'elle dans sa relation à sa sœur. L'orthophoniste oriente ainsi sa curiosité sur elle-même, sur son désir. Pendant une séance, Clémentine en vient à se dessiner aux côtés de sa sœur et se représente légèrement plus grande qu'elle. L'enfant dit à cette occasion : « Je me suis faite un peu plus grande. » L'orthophoniste reprend ses dires en la questionnant : « Ah oui, tu aimerais bien la dépasser ? ». Dans un grand soulagement, l'enfant acquiesce. Elle peut venir dire ici quelque chose de son désir. Le thérapeute va chercher à ce que l'enfant puisse accéder à cette fonction libératrice de la parole. La parole permet d'approcher la vérité de son désir. Un dialogue s'instaure alors, l'enfant se sent reconnu dans son désir. L'orthophoniste néanmoins lui signifie l'impossibilité de changer de place dans la famille. Elle ne sera donc jamais plus vieille que sa sœur. C'est un chemin qui est entrepris vers une forme d'acceptation, de castration pouvons-nous dire, afin que Clémentine puisse se définir et se situer dans sa place, en étant suffisamment sûre dans son individualité.

LES MÉDIATIONS

Dans la séance, le thérapeute par son écoute va manifester à l'enfant l'importance de sa parole. Sa parole, au sens large car comme l'écrit Y. de La Monneraye, « tout ce que présente l'enfant, tout ce qu'il fait, agit, joue, montre, doit être entendu comme un dit. »¹²⁹

¹²⁹ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 55

En fonction de ses patients, l'orthophoniste est amené à proposer des médiations qui seront autant de possibilités d'expression : dessins, jeux symboliques ou de règles, etc. Le jeu sera donc un support symbolique éminemment intéressant dans le travail avec le patient. C'est ce sur quoi nous allons focaliser notre attention dans cette partie en dégagant un certain nombre d'intérêts que le jeu peut revêtir, notamment parce qu'il est support de parole. Notre objectif sera toujours de pouvoir dialoguer avec l'enfant. Plus que la réalisation d'objet, c'est-à-dire une production en tant que telle, c'est la parole qui motive la rencontre.

Comme l'écrit Y. de La Monneraye, « si on accepte d'autres modes de communication que la parole, c'est parce que l'enfant ne peut pas encore parler, parce qu'il n'est pas ou ne peut pas être sur ce registre. Cela ne justifie pas que le rééducateur, quant à lui, quitte ce registre. »¹³⁰

Nous verrons donc comme premier intérêt du jeu, celui de créer un espace pour se parler, un espace qui sera de l'ordre du faire semblant. Le thérapeute et l'enfant vont créer un monde commun, un lieu commun, symbolique. La construction de ce monde à partager pourra être l'objet même du travail. Le patient, dans l'espace créé, va pouvoir alors jouer ses conflits.

Ainsi, par exemple, Yannick que nous avons évoqué précédemment. C'est un enfant qui montre beaucoup de difficultés, d'angoisse, dans sa vie réelle en présence de l'autre. Sur la scène de jeu, difficultés et angoisses se rejoueront mais l'espace, parce qu'il est fictif, constitué de personnages (par exemple des Playmobils) sera incontestablement moins source de dangers pour lui. Les échanges seront plus aisés. L'enfant pourra mettre en scène toute sa problématique, mais l'angoisse sera portée par un autre, son personnage. Il le fera naviguer dans un va-et-vient continu, à l'image de ses propres déplacements habituels. Il donnera des ailes à son personnage, lui permettant ainsi de s'envoler dès que nécessaire. Grâce au personnage, il pourra tenter des rapprochements vers un autre, ce qui lui est particulièrement difficile dans la réalité. L'angoisse est donc représentée, exprimée et traitée d'une certaine manière. Le patient commente certains de ses déplacements, lorsque son personnage chute par exemple, ou va se cacher. Ses actes sont aussi réfléchis dans la parole sereine de l'orthophoniste qui traduit les mouvements, les actes de son personnage, peut tenter d'y mettre du sens. Le jeu va lui permettre, par la représentation, d'expérimenter un certain nombre de comportements. Il pourra jouer à avoir peur, à faire peur. Un détachement avec le réel est donc possible, ce qui ouvre la voie à la créativité.

¹³⁰ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 250

Son symptôme est donc reconnu. Ce qui est inaudible pour l'enfant dans un contexte hors jeu est alors ici supportable à entendre. L'autre qui s'adresse à lui, par le biais de son propre personnage, est autorisé à parler. Plus que fui, cet autre peut être observé, écouté. Tout un travail sur l'altérité peut donc être envisagé dans le jeu. L'enfant met son thérapeute dans son espace symbolique. Au thérapeute d'y entrer...

Comme nous l'avons vu, le support des personnages permet de ne pas s'adresser directement à l'enfant. Il s'agit plus d'un dialogue entre personnages, ce qui est alors vécu comme moins intrusif. Par ailleurs, l'enfant par le moyen de son personnage peut s'autoriser à poser des questions qui sont « normalement » interdites. Ainsi, nous pouvons dire que le jeu aide à la construction d'un savoir.

L'enfant sur ce terrain du jeu vient exposer ce qui lui pose problème. Des vérités viennent se dire parce qu'il y a un assouplissement des défenses dans le jeu. On peut observer cependant aussi un renforcement des défenses. Dans tous les cas, les conflits de l'enfant apparaissent plus nettement, plus crûment, ce qui permet entre autres au thérapeute une meilleure compréhension du patient.

Il est intéressant de pouvoir créer des groupes d'enfants autour d'une médiation. Quelle que soit la médiation, ce qui sera à considérer, comme l'écrit G. Dubois, « c'est la décharge émotionnelle qui s'opère et qui libère l'enfant sur un mode virtuel, dans cet espace d'illusion qui lui permettra de se reconstruire au plan de la réalité.»¹³¹

Nous pouvons présenter ici un exemple d'un petit groupe constitué de trois enfants accueillis en hôpital de jour. La médiation choisie est celle de la pâte à modeler. Dans l'exemple ici exposé, il est proposé aux enfants de créer à chaque séance hebdomadaire un nouveau personnage ainsi que sa maison. L'enfant définit son personnage, le nomme.

Chacun des participants peut mettre en scène sa problématique, représenter des scènes qui l'ont choqué. Là encore, il ne s'agit pas de réalité, mais de représentation. Ainsi seront mis des mots là où il n'y en avait pas. Il est à noter que dans cet atelier, les enfants verbalisent beaucoup ce qu'ils font.

Le groupe permet que se créent des interactions diverses et variées. Dans ces interactions apparaissent angoisse, désir, pulsion. Le patient se confronte à l'autre, à

¹³¹ G. Dubois, op. cit., p. 111

son étrangeté. Il a alors à supporter les angoisses des autres, à les vivre de manière non-traumatique. Il pourra être constaté la ressource formidable d'apaisement qu'est le langage par la mécanique de mise en sens qu'il permet de déployer. L'enfant joue et il lui est possible de mettre du sens sur ce qu'il joue.

Un des enfants, Nicolas, vit toute demande de l'autre, de manière très intrusive. Dans le jeu, dans les premiers mois, il n'aura de cesse à chaque sollicitation des autres participants, de demander à ce qu'on le laisse tranquille, chez lui. Il ne supportera pas de sortir de sa maison ou que quelqu'un veuille y entrer. Sa maison sera des plus restreintes à tel point qu'il ne pourra lui-même s'y mouvoir. Elle le contiendra au maximum. Des mots sont posés sur le refus de sortir du personnage sous forme d'hypothèse. Pendant le jeu, des demandes peuvent être faites au personnage ; demandes qui ne seraient jamais formulées de manière aussi franche à l'enfant dans sa vie quotidienne.

Progressivement, après plusieurs mois de cloître, de franc refus de sortir, de demande de paix, le personnage osera s'aventurer au dehors de sa maison et partager des temps avec les autres. On voit bien avec ce patient à quel point faire jouer un personnage, c'est se faire jouer soi-même, mais avec néanmoins un certain décalage qui est autorisé par ce faire-semblant. Cette possibilité de faire jouer son personnage permet d'aller vérifier une action, un comportement sur la scène qui serait difficilement réalisable dans la réalité. Cet espace peut donc être vu comme un tremplin.

Pour Cynthia, l'espace proposé est support pour l'expression de plaintes somatiques diverses qui seront toujours mises en avant par elle. Elle « étale » son corps et demande à l'autre, de mettre des mots sur son corps, son ressenti, ses sentiments. Elle met en scène aussi la confusion des âges, des rôles, avec des personnages qui changent d'âge. Cette confusion, cette non-différenciation entre les âges, se retrouve constamment dans ses contacts avec les adultes, avec les enfants, hors du temps consacré de l'atelier. Elle oblige le thérapeute à poser des interdictions car dans sa relation à deux, elle est dans la toute puissance. Le thérapeute l'aidera à mettre en parole sa vie émotionnelle.

Yoan, quant à lui, met en avant des angoisses très fortes de dévoration, d'anéantissement. Il peut sur cette scène soulager certaines de ses pulsions, qui sont encadrées, et qui ne sont pas rejouées dans la réalité. Par la médiation de la demande, il

peut ainsi trouver une issue à ses pulsions. Il montre un besoin très fort d'identification à l'autre, de collage à celui-ci. Il lui sera demandé constamment de faire son propre personnage, sa propre maison, qu'il voudrait pourtant être reproduction à l'identique d'un personnage d'un autre enfant. Il est donc accompagné dans ce lent travail d'individuation.

Au terme de l'atelier, un petit temps de reprise est proposé aux enfants où il pourra être évoqué le caractère des personnages par exemple, les situations qui ont été vécues, etc. Quelques fois, des liens pourront être faits avec la réalité.

Cet atelier permet donc d'agir à différents niveaux. Les aspects spatiaux-temporels, le cadre, seront aussi des éléments travaillés.

Tout jeu, à partir du moment où l'enfant peut amener et engager quelque chose de lui, et où les mots de chacun peuvent circuler, sera intéressant car il permettra à l'enfant de se structurer psychiquement.

VERS UNE MISE EN ORDRE...

Pour commencer cette partie, citons Groddeck. Il écrit : « La maladie dit à l'homme : mets de l'ordre dans ta vie. »¹³² Il convient alors pour ordonner, de tout mettre à plat, puis trier, classer selon des codes, des lois. Il faut pouvoir mettre ensemble, séparer.

Bien que n'étant pas malade, c'est ce qu'Aurélien va s'engager à faire : mettre de l'ordre grâce au symbolique. La langue va lui permettre d'organiser son monde. Aurélien est un enfant qui se présente mutique. Il montre cependant toujours une grande détermination dans ses choix d'activité. Aurélien et l'orthophoniste vont engager ensemble un travail de « correspondance ».

L'orthophoniste au lieu et rythme de l'enfant, peut « verbaliser », mettre des mots sur des actes d'Aurélien. Son faire est repris en dire signifiant. Lors d'une séance, Aurélien manifestera alors par des signes de tête univoques la justesse ou non des propositions signifiantes de l'orthophoniste. Le travail peut s'engager car l'enfant a été entendu.

Revenons alors à la question de la mise en ordre : l'enfant va s'organiser symboliquement. Il va structurer symboliquement son savoir par des système

¹³² Groddeck, cité par Y. de La Monneraye, op. cit., p. 48

d'oppositions ou de ressemblances. Dans la construction de ce savoir, il va s'agir alors de suivre l'enfant plutôt que de le précéder, de le laisser mettre de l'ordre lui-même dans ses idées. Ainsi, il posera la question de l'individuation, de l'identité, de la filiation, etc. Il utilisera donc les outils symboliques : du dessin, il ira vers l'écriture, pour se représenter lui, sa famille, se positionner au sein de celle-ci. Il s'engagera dans les différents codes de représentation, tous régis par des lois qui permettent de séparer, différencier. En somme, il intègre les lois symboliques.

Avec la découverte de ce qu'il est, de ce qu'il n'est pas, il pourra alors au fil du temps s'affirmer dans sa parole. Il a pris place, une autre place que celle de simple objet parental. Dans la création de ces structures, persisteront cependant des énigmes. Celle d'un « Papi » par exemple qui posait déjà problème dans le dessin et qui continue de ne pouvoir s'écrire.

Avec les patients, en plus de favoriser l'expression d'une parole, l'orthophoniste aura à certains moments à rappeler les impératifs du code auquel il est soumis lui-même. Il fera référence à un tiers commun, le langage. Il reformulera alors en langage correct les formulations de son patient, en lui proposant un feedback linguistique. Il est question donc ici de la normalisation du langage mais comme l'écrit G. Dubois, « quand l'enfant a pu se libérer en actes ou par la parole il demande le plus souvent, ou accepte, des exercices de langage, car il sait bien pourquoi il vient chez son rééducateur... L'étape de normalisation du langage apparaît le plus souvent, ou alors l'enfant n'en a déjà plus besoin et peut, par lui-même, résoudre son problème. »¹³³

LIMITES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE

« Derrière la déchirure ou le dysfonctionnement qu'il y a chez tout être souffrant, se masque une autre déchirure qui est celle de tout être humain parlant parce qu'il est un être de langage. C'est au niveau de cette déchirure première et essentielle parce qu'elle est constitutive de tout être humain que se situe la rééducation. »¹³⁴ Le langage ne recouvrira jamais totalement le sujet, ne lui permettra jamais d'être transparent à lui-même. Il faudra pour le sujet faire avec ce manque, cette division, cette limite. Mais une limite, c'est aussi un fondement sur lequel on peut se soutenir pour avoir un point d'appui.

¹³³ G. Dubois, op. cit., p. 44

¹³⁴ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 50

Cette limite de transparence se retrouvera également au sein de la relation. Ainsi comme l'écrit G. Dubois, « il y aura toujours quelque part une incommunication entre les êtres, le secret de chacun, le secret de son symptôme, le secret de sa différence – une limite à la communication qu'il est nécessaire de respecter car elle fait de chacun un être à part entière, porteur de son identité et de son mystère. »¹³⁵

Concernant la parole, vous voudrions à présent apporter un point de nuance à ce qui a été dit jusqu'à présent. Si la parole est certes un formidable moyen d'expression de soi, il serait réducteur de la considérer comme seul et unique moyen de soulagement ou d'expression de l'inconscient pour accéder à une vérité. Pour s'exprimer, l'être humain a recours à différents moyens dont la création artistique. L'art est une expression, sans mots, hors des mots. Il y a une porte de sortie autre que celle de la parole. C'est pourquoi S. Freud considère que l'artiste est quelqu'un qui n'a pas besoin d'analyse dans la mesure où il réussit à produire quelque chose. Il pourra produire quelque chose de ce qui l'incommode, le fait souffrir... et le donner à voir à la manière d'un symptôme qui ne se prêtera pas tout à fait à la compréhension.

¹³⁵ G. Dubois, op. cit., p. 123

1.3.3. POSITION DU THÉRAPEUTE DANS LE TRANSFERT

Le travail mené en séance est indissociable, nous semble-t-il, du lien complexe et riche qui unit patient et thérapeute. Avec chaque patient alors, il s'agira pour le thérapeute d'interroger ce lien, qui, comme nous invite à le penser la psychanalyse, est d'ordre transférentiel. Bien qu'il ne fasse pas l'étude en orthophonie d'une interprétation et d'une résolution, il est néanmoins agissant. Dans une perspective de soin, il convient donc de le prendre en compte.

Après avoir posé les bases théoriques du concept de transfert dans une première partie, nous souhaitons à présent interroger notre position par rapport à celui-ci en séance. À quelle(s) place(s) le patient peut-il nous mettre ? Que cela va-il servir ? Quelle latitude avons-nous pour y répondre ?

La difficulté pour nous ici sera de faire une présentation de nos positions sachant qu'il existe un certain nombre de points de vue relativement différents sur le concept même de transfert.

RECONNAÎTRE L'EXISTENCE DU TRANSFERT

En reconnaissant l'existence du transfert dans les relations humaines, – et a fortiori dans les relations thérapeutiques – le thérapeute confère déjà à celles-ci des traits particuliers : cela signe d'emblée qu'entre les êtres humains, des choses se vivent, se disent sans que ces derniers en aient forcément conscience, sans qu'ils puissent en avoir la maîtrise.

Ainsi, dans la rencontre entre deux individus, d'autres personnes pourtant absentes sont convoquées, et à elles, des paroles seront adressées. Avec le phénomène de transfert donc, il pourra venir se rejouer quelque chose qui pourtant s'est déroulé dans un autre temps, un autre espace, avec une autre personne. Dans la rencontre entre le thérapeute et le patient, chacun viendra avec cette capacité de « transposition ».

Les relations humaines, pour le thérapeute qui prend en compte le transfert, ont une certaine opacité. Il tentera, en essayant de repérer le transfert, de les rendre plus diaphanes.

Comprenant ainsi qu'il peut être nécessaire ou simplement inévitable pour le patient de rejouer avec lui, quelque chose du passé, quelque chose en lien avec quelqu'un d'autre, le thérapeute accepte d'être « manipulé ». Il sait qu'il peut être pris pour un autre. Il accepte d'être mis à différentes places, de ne pas avoir ainsi un positionnement établi, immuable, qu'il

pourrait maîtriser. C'est donc en quelque sorte un non-positionnement, dans le sens où les places vont être multiples. L'enfant fera jouer le thérapeute sur un terrain qui lui est inconnu.

Par ailleurs, mais nous y reviendrons, il sera utile, pour le thérapeute d'analyser son propre désir et la nature des liens qui l'unit à l'autre, pour ne pas lui-même être trop pris par son propre transfert. Cela fera partie de son travail.

RÉSISTANCE ET MISE AU TRAVAIL

À l'instar de S. Freud, nous pourrions considérer le transfert de prime abord comme un obstacle, une répétition empêchant que ne revienne à la conscience le souvenir, empêchant donc la fonction de révélation de la parole. C'est à partir de cette résistance à soi et à l'autre, de cette « défense » qu'un travail va pourtant pouvoir s'engager. C'est là tout le paradoxe du transfert. En effet, la situation transférentielle est la condition nécessaire pour que l'enfant découvre cette révélation de la parole qui le révèle à lui-même. D. W. Winnicott décrit le processus dans le travail : « L'inconscient refoulé pourra venir à la conscience. Cette évolution aura lieu lorsque le « transfert » aura mis en évidence de multiples exemples des conflits personnels du patient. Dans les cas favorables, les défenses contre l'angoisse qui surgit sous la pression des pulsions et son élaboration imaginative se font de moins en moins rigides et le patient parvient de mieux en mieux à les contrôler délibérément. »¹³⁶ Transfert et parole apparaissent donc comme les piliers de la résolution des conflits.

Cette relation particulière qui nous lie à l'enfant, dans une pratique de parole, permet à l'enfant de rejouer un certain nombre de choses et de trouver ainsi une issue à la répétition. Il ne suffit donc pas de remettre sur le devant de la scène quelque chose de son passé pour en atténuer les conséquences dans le présent, il faut qu'il y ait un tiers, un Autre à qui l'on s'adresse.

Notre position se définira donc dans la reconnaissance de la valeur psychique de résistance et de protection du transfert et comme le cadre permettant justement une mise au travail. Il s'agira pour entreprendre ce long travail, de ne rien brusquer. Par notre parole, nous viendrons souligner les dires, et / ou non-dires des patients, mais sans jamais « anticiper » sur eux, au risque d'une levée de bouclier.

¹³⁶ D. W. Winnicott, op. cit., p. 153

SYMPTÔME ET TRANSFERT

Le transfert est une porte d'entrée pour le thérapeute pour approcher le sujet et son symptôme. J.-N. Nasio, nous l'avons vu, définit ainsi les positions du thérapeute : par le phénomène du transfert, d'une position de destinataire, il devient progressivement la cause même du symptôme. Le symptôme vient donc accrocher le thérapeute qui se retrouve être pris par ce symptôme dans la relation transférentielle. Le transfert est alors un phénomène par l'intermédiaire duquel l'analyste devient lui-même un enjeu dans l'expérience au sein de laquelle il est inclus. Il s'agira donc pour le thérapeute d'écouter le patient en se disant qu'il fait partie de son symptôme. Par conséquent, est interrogé non seulement le discours du patient mais également le lieu d'adresse de ce discours. Symptôme et transfert ne sont donc pas à considérer de manière dissociée.

DE L'INÉDIT...

Parce que le patient, nous l'avons vu, va mettre en œuvre des modes de relation qui lui sont « typiques », parce qu'il va pouvoir amener des objets du passé – situation, actes, etc.–, nous pouvons formuler que ce qui se joue en séance est une certaine réplique de ce qui se joue ailleurs. Cependant, le terme de réplique n'est pas pleinement satisfaisant dans la mesure où, comme l'écrit J. Lacan, il y a quelque chose d'inédit qui ne se passe que dans *l'hic et nunc*. En effet, bien qu'il y ait répétition d'un certain nombre d'aspects, on ne peut parler de simple répétition car cela n'a jamais été joué tel quel. Il y a une nouvelle écriture liée à l'enfant et au thérapeute, dont la position et la parole ont des effets. Les symptômes, même répétés, ne sont plus alors de pures répétitions car il y a du langage mis dessus. Ainsi, ce qui se passe entre le thérapeute et le patient ne s'est jamais passé auparavant. La scène est créée plus que rejouée. Pour le patient il s'agit là d'un formidable moyen, parce qu'il peut « tirer sur les fils » des figures projetées, d'apaiser quelque chose de sa vie réelle. Une possibilité de revivre quelque chose autrement lui est donnée.

Notre attention, en tant que thérapeute portera donc, non seulement sur l'aspect « historique » mais également sur cette dimension de nouveauté.

RÔLES ET PLACES

Pour le thérapeute, il ne s'agit pas de se chercher un rôle à incarner pour aider le patient à travailler. C'est le patient lui-même qui va projeter sur lui certaines figures, certains traits ou

fragments de personnalité. Ces derniers pourront se substituer rapidement les uns aux autres au cours d'une même séance. Pour certains auteurs, comme Francès Tustin, le transfert peut être à certains moments qualifié d'adhésif. Le thérapeute est alors pour le patient une part de lui-même dont il ne peut se détacher. Le thérapeute pourra se voir alors attribuer le rôle d'une instance psychique, comme le surmoi par exemple. Il pourra y avoir successivement alternance de transferts positifs et négatifs.

Évidemment, ce qui sera projeté renverra aux processus psycho-affectifs dans lesquels l'enfant s'inscrit à ce moment-là. Ainsi, dans la relation thérapeutique, seront à l'œuvre les processus de séparation à la mère, du rapport au père, à la fratrie, etc. Au cours des séances, l'enfant en s'appuyant contre l'orthophoniste qu'il imagine solide, va pouvoir revivre avec lui ses problématiques.

Les projections, où pulsions et angoisses sont engagées, sont la résultante de différents enjeux inconscients. Ainsi, il sera permis que certaines pulsions se libèrent sans qu'il y ait trop d'angoisse associée. Cela pourra être tout à fait nécessaire, pour des enfants dont les parents sont extrêmement autoritaires et agressifs par exemple, car alors comme l'écrit Serge Tisseron : « L'enfant étouffe en lui toute idée de révolte qui le terrorise. Mais un parent fragile et déprimé peut également dissuader un enfant de manifester, et même d'éprouver, son agressivité : ce n'est plus la crainte d'être terriblement puni qui inhibe l'enfant, mais celle de blesser son parent par ses attaques dans la mesure où il lui paraît incapable de se défendre. »¹³⁷

De manière générale, les transferts ou projections participeront au processus d'intégration des différentes figures qui entourent l'enfant. Cela permettra de les construire ou de les reconstruire. Le patient pourra également jouer des affects perçus chez un autre qu'il reprendra alors à son propre compte.

La relation transférentielle pourra aider le patient à se dégager de certaines culpabilisations liées à ses désirs car ces derniers seront reconnus mais non-jugés par un tiers lui-même associé à une figure parentale. Dans le transfert, le sujet pourra avoir le moyen de trouver un substitut transitoire à une mère non-contenante. Sans se placer dans le rôle du bon parent, le thérapeute proposera une autre attitude, une autre réponse. Il est possible également, par exemple en institution, de retrouver sur chacun des membres d'une équipe qui s'occupe d'un même patient, des projections qui, une fois rassemblées, donnent un aperçu de la structure familiale du patient.

¹³⁷ S. Tisseron, *Ces désirs qui nous font honte*. Désirer, souhaiter, agir. Temps d'arrêt lecture, 2010, p. 4

Le transfert, nous le voyons, peut s'actualiser de plusieurs manières et avec différentes valeurs. Dans tous les cas, il vient dire quelque chose du sujet et il y a utilisation d'un autre pour se faire.

Par le phénomène du transfert, et par l'écoute du thérapeute qui se veut attentive, il pourra être engagé tout un processus de renarcissisation.

Mais le thérapeute en étant assimilé à certaines figures pourra aussi déclencher un certain nombre de résistances du côté de l'enfant et à plus forte raison de l'adolescent. Le travail de parole avec un adolescent pourra donc s'avérer délicat. L'adolescent pourra ne pas vouloir se dire à un autre susceptible de dévoiler avec lui les pulsions qui se font jour, et qu'il s'occupe justement de contenir. Le patient pourra ainsi vouloir se détourner de la relation avec le thérapeute, la cliver. Au thérapeute donc de veiller à ne pas être trop intrusif et de ne pas se positionner avec un quelconque savoir sur lui.

Le transfert, qu'il soit perçu comme positif ou négatif, sera toujours considéré comme une très grande attention portée à l'autre. Il constituera un point de départ dans notre travail avec le patient. Notre non-réponse à la demande d'amour par exemple, pourra être mal vécue mais cela fera partie du travail. La bonne relation, bien que plus facile, ne sera pas notre objectif premier.

Il conviendra donc, sans travailler spécifiquement le transfert, sans le manier, d'essayer de l'« atténuer » si besoin, en en comprenant les raisons et en ne se positionnant pas là où le patient croit que l'on est.

Pour faire soin, il nous semble important de ne pas oublier que ce qui est dit ne nous est pas fondamentalement destiné. Cependant, les patients nous adresseront aussi des paroles en lien à notre problématique personnelle. Le thérapeute aura à se repérer dans le transfert car sinon, comme l'écrit Y. de La Monneraye, « il ne peut qu'entrer dans le jeu du sujet, faire son jeu, c'est-à-dire devenir sans s'en rendre compte le partenaire de la structure dans laquelle il est enfermé. »¹³⁸ Pour lui, c'est le travail que fait le thérapeute sur lui-même, dans l'après-coup « sur son contre-transfert, qui lui permet d'entendre où l'enfant en est rendu dans son transfert, donc dans son cheminement rééducatif. »¹³⁹ Ici, Y. de La Monneraye s'oppose à la pensée lacanienne. En effet, pour J. Lacan, le transfert n'est pas à comprendre relativement au contre-transfert.

¹³⁸ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 209

¹³⁹ Ibid., p. 208

ORTHOPHONIE ET TRANSFERT...

La théorie du transfert est élaborée à partir du dispositif analytique. Or, par de nombreux aspects, il est différent de celui de l'orthophonie (le face à face, les interactions, la place de l'imaginaire, la demande du patient, la visée des soins, les moyens, etc.).

Par ailleurs, l'orthophoniste n'a pas à traiter le transfert qui ne fait pas partie de ses compétences. Il n'y est pas formé. Néanmoins, le transfert se manifeste malgré tout.

D'une part, dans toute relation de soin, le patient, possiblement en attente de guérison, place des espoirs dans la personne du thérapeute. Cela va le conduire à adopter une position infantile, déclenchant alors une série d'associations, de résistances, tout en constituant un moteur qui va faciliter le dénouement des symptômes.

D'autre part, nous le savons, depuis J. Lacan, dans toute relation où un savoir est supposé à l'autre, il y a transfert. Par ailleurs, comme l'écrit J.-D. Nasio : « Remarquons encore que c'est dans la mesure où le patient parle et s'explique, que l'amour de transfert s'engage et se développe. L'amour dans l'analyse est une des figures majeures du sens qui se nourrit de signes. Plus on parle en cherchant du sens et plus on aime celui à qui l'on parle. »¹⁴⁰ Un travail sur les différents aspects du langage et de la parole, comme ce qui est fait en orthophonie, favorise donc évidemment et éminemment, le transfert.

Cela dit, il convient également de rappeler que, « tout individu accède au langage grâce aux deux pôles qui le dynamisent vers son avenir existentiel et ses capacités de communication : le pôle maternel qui permet au langage de s'instaurer comme substitut de l'objet d'amour, le pôle paternel qui fait éclater la dyade et donne accès au langage socialisé, codifié. »¹⁴¹ L'orthophoniste reprendra à son compte dans une certaine mesure, par rapport au langage, ces fonctions maternelles et paternelles, ce qui n'est bien sûr pas sans effet sur le transfert.

En tant qu'orthophoniste cependant, nous ne travaillerons pas sur le transfert. Nous permettrons certes l'expression de conflits inconscients, mais il ne s'agira pas de rendre conscient le transfert. Mais dire cependant que nous ne travaillons pas du tout le transfert semble erroné dans la mesure où le simple choix par exemple de ne pas répondre de la place où l'enfant désire nous mettre, c'est déjà, nous semble-t-il, travailler un peu le transfert.

¹⁴⁰ J.-D. Nasio, op. cit., p. 95

¹⁴¹ G. Dubois, op. cit., p. 57

Notre position est donc délicate et déstabilisante car manquant de formation, nous nous retrouvons quelque peu à improviser sur une scène sur laquelle, mieux vaudrait pourtant savoir son texte.

AMOUR DE TRANSFERT, DEMANDE, POSITIONS

Comme nous l'avons vu dans notre partie consacrée au savoir, le transfert est selon J. Lacan lié à la notion de savoir, à un sujet supposé savoir auquel le patient adresse un amour, un amour de transfert. Comment se positionne-t-on alors en tant qu'orthophoniste par rapport à l'amour de transfert ? Quelle latitude avons-nous ?

Si nous ne pouvons pas répondre de la place d'un analyste, nous pouvons cependant « contrer » la relation duelle, c'est-à-dire ne pas répondre à la demande d'amour du patient. Le thérapeute ne se place pas comme pouvant répondre par un objet, et combler le vide qui fait que l'autre est désirant. Il s'agit de ne pas répondre comme un autre qui voudrait être comblé par lui, avec lui. Citons cette phrase de Jean Oury : « Être au plus proche, ce n'est pas toucher : la plus grande proximité est d'assumer le lointain de l'autre. »¹⁴² Ainsi, de façon symétrique, le travail que l'enfant mène ne doit pas combler l'orthophoniste. Il est important par exemple que les productions de l'enfant ne lui soient pas destinées, mais plus largement destinées au savoir. Autrement, nous nous retrouvons dans le cadre d'une relation que nous pouvons qualifier de relation duelle. Le patient nous sera en quelque sorte assujéti et tentera de nous séduire. Or, le patient n'a pas à faire telle ou telle chose pour nous faire plaisir. Le risque principal d'une telle relation est que le savoir ne puisse pas circuler, qu'il ne puisse pas s'exporter hors de la séance.

À l'inverse, le sujet pourra chercher à produire quelque chose pour « le plaisir » de la production. Si nous faisons référence à Lacan, il s'agira pour le patient de s'approprier la demande du Maître. Le patient adresse un amour au Maître pour le savoir qu'il lui donne. La relation au Maître est donc une relation transférentielle mais cela ne concerne pas un savoir inconscient.

Pourtant, pour certains patients que nous rencontrons, cette référence au savoir est exclue. Ils peuvent vouloir nous combler comme ils semblent combler leur mère. En effet, certains enfants occupent cette position afin de répondre au fantasme maternel. Ils seront, comme l'écrit M. Mannoni, « le bon objet dont le seul mode d'existence consiste à remplir l'existence

¹⁴² J. Oury, extrait de *La moindre des choses*, Film-documentaire de Nicolas Philibert

de l'Autre.»¹⁴³ Le patient pourra croire être le bon objet qui nous comble, supposera ce dont on manque, et nous fera tenir cette place de manière inconsciente. Au thérapeute de pouvoir être en décalage par rapport à cette place. Il s'agit donc d'interroger avec chaque patient, et tout au long du travail, la place à laquelle il nous met et le lieu de notre réponse.

L'exemple de Cynthia, une patiente de sept ans déjà évoquée, va nous permettre d'illustrer notre propos. Parce qu'elle est suivie en hôpital de jour, nous pouvons la rencontrer à différents temps de la journée, dans des temps d'activités spécifiques ou non. C'est une patiente qui semble toujours en interrogation pour savoir si ce qu'elle fait est bien conforme au désir qu'elle nous suppose. Constamment, elle semble venir vérifier qu'elle est le « bon objet » qui nous satisfait. Elle nous observe attentivement et recherche notre approbation dans tous ses actes.

En temps d'activités avec d'autres enfants, notamment en atelier de pâte à modeler quand notre attention n'est pas portée sur elle, c'est un sujet et un personnage le plus souvent effondrés alors que l'on a en face de nous, sans vie. Seul notre regard semble pouvoir témoigner de son existence. Quand elle n'est pas tout, elle n'est rien. Elle ne peut aller désirer ailleurs pour elle-même. Elle ne peut donc rien aller découvrir sur elle-même. Cependant, elle s'occupe de « prendre en charge » d'autres enfants : elle est alors avec eux ce qu'elle suppose être la fonction d'adulte. De la même manière qu'elle ne peut vivre sans notre regard, elle ne laisse aux autres enfants aucune possibilité d'existence, de liberté, de désir. Elle est tout pour eux. Il n'y a pas de référence à un tiers, si ce n'est l'adulte qu'elle cherche à travers ces actes, à contenter. Il semble qu'elle ne puisse pas se dégager de ce mode de relation « totale » à l'autre.

Le thérapeute doit donc pouvoir faire émerger un espace de réflexion, où elle pourra penser par elle-même, pour elle-même. Il s'agit de l'accompagner hors de ces relations de dépendance totale, hors de cette folle dyade, là où la référence à un tiers est possible. Ainsi, elle pourra se dégager de l'arbitraire du désir de l'autre auquel elle se montre aliénée. C'est pouvoir la sécuriser sur les liens. C'est l'accompagner vers son propre désir.

Dans le cas des enfants qui ont une structure psychotique, la difficulté pour le thérapeute sera de se distancer de cette place dans laquelle le patient cherche à le mettre, à savoir au lieu

¹⁴³ M. Mannoni, *L'enfant arriéré et sa mère*, p. 74

de l'Autre tout puissant, menaçant et persécuteur parce qu' omniscient, qui jouit de lui, de son corps proposé comme objet de jouissance.

En résumé de cette partie, il s'agira pour le thérapeute d'accepter d'être mis à certaines places transférentielles. Il cherchera à les définir afin de mieux comprendre son patient et ce qui peut entraver ses apprentissages. C'est un point de départ à la parole, de manière à ce que le patient accède à un savoir sur lui-même et à une destitution du savoir de l'autre. C'est un point de départ pour une mise au travail et, comme l'écrit M. Mannoni, « devant l'absence de désirs de l'adulte à son égard, l'enfant répondra alors en manifestant des désirs propres. »¹⁴⁴

¹⁴⁴ M. Mannoni, op. cit., p. 57

1.3.4. L'ATTENTION PORTÉE AU CONTRE-TRANSFERT

DÉFINITIONS

Nous nous intéressons ici à la part du thérapeute, à ce qu'il renvoie à son tour au patient. Mais que renvoie-t-il justement ? Nous pouvons a priori identifier plusieurs dimensions à son comportement « réactif » :

1. Il réagit au transfert du patient ; il est pris dans son transfert. Il réagit de là où il a été placé.
2. Symétriquement, le thérapeute met en place son propre transfert vers le patient, provoquant alors un contre-transfert chez lui.
3. Enfin, le thérapeute déploie son idiosyncrasie, sa personnalité, ses habitudes.

Si l'on considère plus précisément le concept de contre-transfert, plusieurs définitions s'opposent, édulcorant notre troisième dimension. Celle-ci étant présente dans toutes les situations et indifféremment avec chaque patient, nous pouvons la mettre de côté, nier sa part d'universalité, ou même la considérer comme le cœur du transfert.

Revenons au contre-transfert. Pour certains psychanalystes, il s'agit de « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci. »¹⁴⁵ Cette définition contient les deux points de vue sur le contre-transfert, « toutes les réactions inconscientes de l'analyste », c'est-à-dire, aussi son transfert et son idiosyncrasie en général. Une réaction particulière au « transfert de celui-ci » nous ramène à la dimension une. Pour Daniel Lagache, il y a symétrie dans la structure transférentielle, le patient et le thérapeute ayant chacun développé un transfert sur l'autre et un contre-transfert en réaction au transfert de l'autre. Pour Roland Chemama, le contre-transfert est un « accompagnement obligé »¹⁴⁶ du transfert, de « l'analyste pour son patient »¹⁴⁷, qui « suscite en lui des affects »¹⁴⁸. La difficulté pour lui est alors de repérer, parmi ses affects, ceux qui lui viennent de l'analysant.

Ce qui nous importe est de comprendre ce qui est à l'œuvre chez le thérapeute, par le contre-transfert, dans son acception large ou restreinte : pourquoi il se met en place, ses

¹⁴⁵ J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Ed. P.U.F., p. 103

¹⁴⁶ R. Chemama, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Ed. Larousse, p. 293

¹⁴⁷ Ibid.

¹⁴⁸ Ibid.

conséquences sur la prise en charge et ce que nous pouvons en faire. Nous pensons tout à fait justifié, sur ce point, de transposer ce qui a été décrit pour l'analyste à l'orthophoniste. Nous nous appuierons en particulier ici sur l'expérience de D. W. Winnicott dans son article de 1947, *La Haine dans le contre-transfert*.

LE CONTRE-TRANSFERT AU CŒUR DE LA RELATION DE SOIN

Le terme « contre-transfert » est souvent utilisé, dans son acception « négative » : un processus psychique à éviter, empreint de sentiments négatifs. Dans sa dimension gênante, il suit le concept de transfert, qui, nous l'avons vu, a d'abord été envisagé par S. Freud comme une résistance dont il aurait aimé se passer. Mais une fois reconnu, il est devenu un outil pour l'analyste. Pour certains d'entre eux, le concept de contre-transfert a eu la même trajectoire : comprendre son contre-transfert pour comprendre le transfert, pour faire progresser la cure. En ce qui nous concerne, c'est bien pour éviter de lutter aveuglément contre des affects que nous redoutons que nous nous intéressons au contre-transfert. Il est cependant envisageable de l'utiliser ensuite pour mieux comprendre l'enfant en passant par une meilleure connaissance de nous-mêmes.

La haine par exemple, ressentie à des degrés divers, nous voudrions la maîtriser dans notre pratique, l'éradiquer même, comme une faute professionnelle. Pourtant, selon D. W. Winnicott, elle est présente aux côtés de l'amour, chez la mère devant son enfant. Il donne une longue liste de raisons qui la motive. Citons-en quelques-unes :

« L'enfant n'est pas sa propre conception (mentale). »¹⁴⁹

« L'enfant représente une interférence dans sa vie privée [...] »¹⁵⁰

« Après une matinée épouvantable avec lui, elle sort et il sourit à un étranger qui dit : « Comme il est gentil ». »¹⁵¹

Par là, nous voulons montrer que l'ambivalence existe, même dans la relation de la mère avec son enfant. Il nous semble alors que nous réfugier derrière notre professionnalisme pour occulter une part de nous-même peut représenter une limitation de notre champ de conscience, préjudiciable au patient.

¹⁴⁹ D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, 1969, p. 56

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ Ibid.

Le contre-transfert, c'est d'abord une réaction à la parole de l'autre, qui nous assigne un rôle. Faute de ne pas avoir conscience du mécanisme à l'œuvre, nous « agissons nos affects ». Y. de La Monneraye précise qu'« il n'est pas seulement déterminé par la situation présente qu'a provoquée l'enfant, il est chez le rééducateur la répétition de ses propres manières d'être quand il est en difficulté. » Nous ne sommes pas une page blanche, ni personnellement, ni culturellement. Il nous sera toujours possible d'évaluer la part « objective » de notre réaction (nous verrons que c'est un point qui fait sens pour D. W. Winnicott), mais le fait est que l'interdépendance des psychismes se manifeste dans nos réactions émotionnelles.

Le contre-transfert existe, nous l'avons écrit, par la place que nous donne le patient dans son imaginaire. Plus particulièrement, cette place dépendra donc de ce qui le préoccupe, de sa structuration psychique, de ses craintes et désirs. D. W. Winnicott en parle ainsi :

« Le malade n'apprécie dans l'analyste rien qu'il ne soit lui-même capable de sentir.

En matière de motif : l'obsessionnel aura tendance à penser que l'analyste fait son travail d'une façon obsessionnelle et futile. Un hypomane qui est incapable d'être déprimé, sauf dans une grave oscillation d'humeur et qui n'a pas acquis fermement la position dépressive dans son développement affectif, qui ne peut pas se sentir coupable profondément, ou concerné, ou responsable, est incapable de voir le travail de l'analyste comme une tentative pour réparer, eu égard à ses sentiments de culpabilité à lui, analyste. Un névrosé a tendance à considérer l'analyste comme ambivalent à l'égard du malade et s'attendra à ce que l'analyste montre un clivage d'amour et de haine : ce malade, quand il a de la chance, reçoit l'amour, parce que quelqu'un d'autre a la haine de l'analyste. »¹⁵² Ces pensées, ces motivations qu'il nous prête, font nécessairement écho en nous.

D. W. Winnicott nous montre encore de quelle façon le contre-transfert, la haine ici, peut se dissimuler dans certains comportement anodins. Elle peut rester latente pour différentes raisons : « La haine reste inexprimée ou n'est même pas ressentie ; [...] comme analyste, j'ai des façons d'exprimer la haine. La haine s'exprime par le fait que chaque séance a une fin. »

Je suis personnellement resté interdit à la lecture de cette dernière phrase. Pourtant, un rapide examen de conscience et des observations faites en stage m'ont prouvé à quel point elle était juste selon moi. Après une séance éprouvante et désagréable, lorsqu'il s'est agi pour moi d'y mettre un terme, je ressentis un plaisir sadique à refuser sa demande de poursuivre son activité. Il était d'autant plus facile pour moi de nier cet

¹⁵² D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, 1969, p. 49

affect que je connaissais l'importance du respect du cadre avec cet enfant en particulier et que j'étais bien conscient de la douceur de mon ton et de mon sourire. D'une façon générale, j'ai observé que tout ce qui pouvait frustrer l'enfant en séance, et les occasions sont nombreuses, pouvait devenir l'occasion d'une vengeance à bas bruit.

En accord avec une vision « élargie » du contre-transfert, notre position dépend de notre vécu, de notre vie actuelle et donc de notre inconscient. Nous voulons souligner ici le continuum qui selon nous existe entre le contre-transfert (le transfert également) et l'habitude. Une expression de cette position non neutre s'incarne dans la façon dont l'orthophoniste nomme les enfants.

En tant que stagiaire, j'ai pu observer une orthophoniste appeler un enfant « mon chat » plusieurs fois. Ce fait m'a interpellé, mais étant donné l'âge de l'enfant (cinq ans avec un retard mental important), cela ne m'a pas paru inadapté. Dans une autre situation, une autre orthophoniste parle à l'enfant en utilisant l'expression « bel enfant ». Là encore, cela m'a surpris mais j'ai trouvé cela valorisant pour l'enfant car naturel et sincère.

Quant à moi, lors d'une prise en charge, j'ai appelé une jeune adolescente « miss », ce qui m'a tout de suite paru inapproprié. Stella, douze ans, n'a rien manifesté sur le moment, probablement aussi surprise que moi de ce mot. Mais à la fin de la séance, elle l'a utilisé pour s'adresser à l'orthophoniste qui était là également. J'ai eu le sentiment que ce mot a été reçu comme une forme de débordement de ma spontanéité qui mettait Stella à une autre place : pas celle d'enfant d'I.T.E.P. (Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique) vue par un professionnel du soin, mais celle d'une toute jeune fille reconnue comme telle par un adulte. Ici, la façon, dont je me suis adressé à elle ne dépendait pas d'un choix quant à ma position dans la relation thérapeutique. J'ai simplement utilisé un mot qu'elle m'a évoqué, en dépit de sa connotation familière. Est-ce une forme d'intrusion transférentielle ? Peut-être pas car Stella est aussi cela, une « miss ». Mais il y a peut-être eu télescopage des positions, des rôles, chez moi. Ce terme n'était pas forcément à éviter absolument et toute spontanéité n'est pas à exclure – cela peut même la renarcissiser en lui permettant de ne pas n'être à mes yeux qu'une patiente avec ses difficultés langagières – mais il fallait interroger la position que j'avais eue face à elle. Dépendait-elle réellement de ce qu'elle était, de ce dont elle avait besoin que je sois pour elle (selon moi) ? De façon

générale, n'apportons-nous pas avec nous un bagage que l'enfant n'a pas mérité et qu'il n'endossera pas aisément ?

J'ai agi ici comme un miroir qui renvoie au patient ce qu'il est devant le monde. Mais cette intrusion spontanée du réel n'est pas celle d'un professionnel qui ferait remarquer à Stella, de sa place de tiers et en préservant son rôle, qu'elle est une véritable jeune fille maintenant. Finalement, cet écart est à analyser sous l'angle de la pathologie de l'enfant, de sa construction psychique. Que peut provoquer cet écart chez lui ? Est-ce néfaste ? Utile ? Et à quel moment cela intervient-il ? Par exemple, en fin de prise en charge, le patient ayant d'une certaine façon besoin de penser qu'il peut affronter le monde en tant que sujet et non en tant que patient, cette incursion du réel tendrait à servir de transition et à préparer la fin d'une prise en charge.

Il est à noter, pour insister sur la dimension contre-transférentielle de la façon qu'a l'orthophoniste de nommer l'enfant, que dans ces trois cas, les mots utilisés disent quelque-chose de nous autant que quelque-chose de l'enfant.

Concernant l'effet miroir, qui sous-entend la neutralité du thérapeute, il faudrait penser plutôt à un miroir partiellement transférentiel. Par exemple, la tendresse que l'on ressent pour ses propres enfants peut transparaître dans la façon de nommer les patients. Ainsi, au-delà de la confusion des rôles, il y a confusion des destinataires et donc transfert. Il ne s'agit pas d'affirmer que c'est nécessairement délétère, mais d'insister sur la double injonction difficile à articuler pour le thérapeute : dire le vrai, c'est-à-dire, ici, ne pas censurer ce que nous ressentons devant l'enfant, avec ce que cela implique de spontané et toujours assujettir ses actes à l'idée de soin pour le patient.

C'est aussi la question du langage qui trahit autant nos habitudes langagières que le transfert à l'œuvre, les deux notions se recouvrant partiellement.

LE TRAVAIL SUR LE CONTRE-TRANSFERT, UN ENJEU

Après avoir montré que le contre-transfert était une donnée incontournable de la relation thérapeutique, nous souhaitons réfléchir à ses conséquences potentielles et aux raisons de devoir mener un travail sur cette facette du lien au patient.

Tout d'abord, parce qu'étant omniprésent, les enfants détectent notre contre-transfert, le plus souvent inconsciemment. Il peut les gêner, les perturber comme une donnée psychique supplémentaire avec laquelle ils doivent compter. Il peut aussi leur donner matière à résister au travail proposé. L'exemplarité du thérapeute, certes relative, s'en trouve amoindrie et certains enfants savent l'exploiter pour décaler l'objet de l'échange, détourner l'attention en quelque sorte. Nous avons cité D. W. Winnicott qui conseillait de « réserver nos pulsions sadiques pour la vie privée. »¹⁵³ Encore faut-il les identifier puis y parvenir.

Voici une vignette clinique illustrant la perspicacité de l'enfant sur ce sujet. Il s'agit d'Ortensia, cinq ans, qui montre une personnalité marquée et avec qui ses parents ont déjà des conflits nombreux autour de la question scolaire. Elle est une petite fille opposante, de façon passive le plus souvent. Avec l'orthophoniste, nous observons ce qu'elle parvient à déclencher chez nous en terme d'exaspération. Lors de l'un de ces moments où je m'occupais d'elle et où ma patience était mise à rude épreuve, elle dit « J'ai l'impression que vous faites ça pour m'embêter. » Je lui ai demandé si elle croyait ce qu'elle disait, persuadé dans un premier temps que le travail que je lui proposais ne répondait qu'à une préoccupation strictement orthophonique. À la fin de la séance, il m'est apparu clairement qu'elle avait raison : il y avait bien en moi une dimension sadique. Je veux dire que ma façon de travailler avec elle, même si bienveillante en apparence, pouvait, de façon schématique, être assimilée à un bras de fer. Une part de mes raisons de lui demander de faire telle ou telle chose était dictée par mon énervement, pourtant bien refoulé croyais-je.

En lui demandant sur le coup de se prononcer sincèrement sur mes motivations (l'embêter par exemple), j'ai moi-même réfléchi à ce qu'elle disait. Lorsque, pour conclure, elle me répondit « un petit peu pour m'embêter », j'ai dû reconnaître après coup que c'était parfaitement conforme à la réalité. Cela n'exclut pourtant pas une « tactique » de sa part visant à me culpabiliser ou simplement à déplacer le débat.

Ayant déjà évoqué l'importance à nos yeux d'un discours de vérité face à l'enfant, il nous semble que pour éviter de donner ce type de « prise » à l'enfant, a priori contre-productif, il convient de mener un travail sur le contre-transfert dans notre pratique.

D. W. Winnicott parle d'« objectivité » : « Une des tâches principales de l'analyste de n'importe quel malade, c'est de rester objectif à l'égard de tout ce que le malade apporte, et le

¹⁵³ D. W. Winnicott, *Conversations ordinaires*, Ed. Gallimard 1988, p. 169

besoin de l'analyste de pouvoir haïr son malade objectivement en est un cas particulier. »¹⁵⁴ Il parle ainsi de « la haine qui est justifiée ». « Justifiée » et « objectif » nous surprennent d'abord. Pour D. W. Winnicott, il est possible de distinguer ce que le patient suscite envers tout le monde, de ce qui serait subjectif, c'est-à-dire où il n'y aurait pas de raison « valable » pour le thérapeute d'éprouver de la haine, ce qui revient à dire qu'un tel sentiment, dans ce cas, trouverait en lui son origine. S'il semble bien difficile de faire ce tri dans l'origine des affects, d'autant plus qu'au delà de la dimension personnelle, il y en a d'universelles ou culturelles, un recul, une écoute de notre contre-transfert apparaissent cruciaux pour D. W. Winnicott et pour de nombreux psychanalystes. Nous comprenons là que maintenir notre position d'orthophoniste, de tiers, dans notre esprit et celui de l'enfant, dépend de notre capacité à pouvoir interroger nos affects lorsqu'ils se présentent, car sinon, nous ne serions qu'un adulte de plus exerçant son pouvoir sur lui, sans réelle légitimité.

Une autre raison de nous interroger sur notre contre-transfert réside simplement dans le souci d'une préservation de notre santé mentale. D. W. Winnicott affirme que « si l'analyste doit se voir imputer des sentiments mauvais, il vaut mieux qu'il soit prévenu et donc bien armé, car il lui est nécessaire de tolérer d'être placé dans cette position. »¹⁵⁵ Il exprime implicitement l'idée qu'une personne avertie en vaut deux et que la connaissance des mécanismes à l'œuvre nous protège déjà un peu.

Un risque à ne pas penser ce que revêt notre contre-transfert, c'est celui de l'arbitraire exercé sur le patient. Dans sa position de dépendance par rapport à nous, l'enfant en difficulté n'a pas à supporter des réactions qui ne lui seraient pas « parfaitement destinées », c'est-à-dire qui ne résulteraient pas uniquement de qu'il fait ici et maintenant. Cela est d'ailleurs vécu inconsciemment comme une incohérence, voire une injustice, entraînant une sorte de désolidarisation des psychés par rapport à l'activité en cours. En ce qui concerne la haine toujours, D. W. Winnicott écrit sur ce thème : « La haine justifiée dans le présent ; à distinguer de la haine qui ne se justifie que dans une autre situation, mais qui se déverse à partir d'une action d'un malade. »¹⁵⁶ Exprimé sans nuance, l'enfant ne serait que révélateur de nos propres conflits ne demandant qu'à se « déverser ».

L'une des conséquences de ce dernier point, c'est la qualité de l'écoute du professionnel. Or le contre-transfert l'influence. Y. de La Monneraye parle d'une « attitude radicale de respect

¹⁵⁴ D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, 1969, p. 50

¹⁵⁵ Ibid.

¹⁵⁶ Ibid. p. 54

de l'autre, d'écoute sans condition [qui] concerne tout rééducateur »¹⁵⁷. Cette attitude permet d'« accueillir le système de pensée de l'autre sans chercher à le modifier et sans non plus le faire sien. »¹⁵⁸

Une autre vignette clinique d'Ortensia montre comment notre attention envers l'enfant peut perturber sa capacité à raisonner. Lors d'une séance, elle associe des étiquettes avec un mot écrit et l'image correspondante. Parfois Ortensia semble littéralement se bloquer et ne plus pouvoir faire ce qu'elle faisait encore l'instant d'avant, ou même quelques minutes après cette difficulté. À ces moments là, elle se parle à elle-même en commentant la situation. Nous percevons nettement que ces mots nous sont adressés malgré tout. Par exemple, elle épelle chaque lettre à lire, produit le son correspondant, avant de finir par associer d'autres phonèmes que ceux prononcés juste avant. Animés par une intuition commune, l'orthophoniste et moi avons commencé à parler entre nous, doucement mais ostensiblement. Assez rapidement, Ortensia a pu réussir à nouveau sa tâche. Nous avons pu vérifier par la suite que notre attention pouvait parfois redéclencher ses blocages et nos conversations lui permettre de reprendre une réflexion « productive ».

En semblant ne plus s'occuper d'elle, c'est comme si nous lui avions ôté quelque chose. Sa raison d'être Ortensia ? De craindre quelque-chose ? d'échouer ? Que pouvons-nous penser de ce type de situation ? L'absence du poids de notre contre-transfert lui permettrait de penser à nouveau ? Mais est-ce parce qu'il la perturbe parfois ? C'est possible, mais nous pouvons aussi considérer qu'elle tente de maîtriser notre contre-transfert, notre intérêt pour elle. En échouant de façon prolongée, elle perd notre attention et souhaiterait la récupérer en réussissant à nouveau. Elle nous replacerait dans son transfert. D'ailleurs à la maison, les devoirs se passent ainsi, avec une mère qui lui accorde une longue et douloureuse attention.

Il nous a semblé que le fait d'être deux nous a peut-être facilité une prise de recul, utile pour se dégager d'un contre-transfert envahissant. Le stagiaire, en l'occurrence, introduit le tiers dans la relation thérapeutique. Nous en reparlerons avec la supervision.

¹⁵⁷ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 90

¹⁵⁸ Ibid.

On mesure ici l'intérêt de penser le contre-transfert. Cela semble nécessaire pour retrouver une latitude, pour ne pas être simplement pris dans un comportement réactionnel naturel. D. W. Winnicott le résume clairement : « Quel que soit son amour pour ses malades, il [l'analyste pour D. W. Winnicott, mais l'orthophoniste aussi selon nous] ne peut éviter de les haïr et de les craindre, et mieux il le sait, moins il laissera la haine et la crainte déterminer ce qu'il fait à ses malades. »¹⁵⁹

Mener une réflexion sur notre contre-transfert va également s'avérer utile en raison des dangers d'une relation, nous l'avons déjà écrit, dissymétrique. En particulier, la question du corps se pose. Celui de l'adulte est support de régression (chez l'enfant fusionnel) mais aussi terrain d'agression et d'exploration, donc support d'une relation érotisée. Il nous faudra y répondre, selon G. Dubois : « Cette expression de l'enfant face au corps du rééducateur rencontre évidemment la propre attitude et les capacités de réponse de celui-ci. »¹⁶⁰ Ainsi, parce que notre corps, support et lieu de nos désirs, pulsions, rencontre aussi nos défenses et interdits, il apparaît nécessaire d'interroger ce que l'enfant vient interpeler en nous à travers ce corps et la réponse que nous lui proposons. L'enfant psychotique en particulier, est souvent très intrusif et nous devons veiller à préserver notre intégrité. D'ailleurs, dans l'esprit de l'enfant, notre corps et le cabinet, contenant de la séance, ont un rapport étroit. Notre position d'adulte, professionnel, doit être rappelée pour aider à structurer l'enfant-patient, lui proposer de nouveaux éléments pour répondre à son questionnement multiple sur la question sexuelle.

Le contre-transfert doit aussi être considéré sous l'angle de ce qu'il ne permet plus s'il est trop puissant ou mal maîtrisé. Si la relation thérapeutique ne nécessite pas d'être vécue comme agréable et positive en permanence, elle doit cependant protéger suffisamment les protagonistes pour permettre des avancées en ce qui concerne la demande de l'enfant. Nous recherchons donc un certain équilibre propice au travail orthophonique.

D. W. Winnicott nous montre l'exemple extrême d'un contre-transfert qui nécessite un travail parce qu'il pourrait être dangereux, tant pour l'analyste que pour le jeune patient. Il s'agit d'un adolescent sans famille et en rupture avec toute forme d'institution que son épouse avait recueilli chez eux. La cohabitation fut très difficile et D. W. Winnicott le mettait à la porte de chez lui pendant ses crises, mais l'adolescent disposait d'une sonnette spéciale pour demander à rentrer dès qu'il le souhaitait. « Ce qui est important, c'est que chaque fois, au moment où je le mettais à la porte, je lui disais quelque chose ; je disais que ce qui était arrivé

¹⁵⁹ D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, 1969, p. 49

¹⁶⁰ G. Dubois, *L'enfant et son thérapeute du langage*, Ed. Masson, 2001, p. 41

avait suscité en moi de la haine à son égard. C'était facile parce que c'était tellement vrai. Je crois que ces paroles étaient importantes du point de vue de son progrès, mais elles étaient surtout importantes, parce que cela me permettait de tolérer la situation sans éclater, sans me mettre en colère et sans le tuer à tout moment. »¹⁶¹ La distinction opérée par D. W. Winnicott entre la haine et la colère nous semble intéressante. La haine serait la part irréductible du contre-transfert, donc pour lui de l'ordre du sentiment « objectif » - bien qu'on puisse imaginer facilement de l'« irrépressible subjectif ». La colère ne serait pour lui que la conséquence visible de la haine, par la voix et le corps. Nous pensons que cette distinction, bien qu'on puisse la considérer comme artificielle du fait de la nécessaire manifestation d'un affect aussi fort que la haine, illustre en réalité la frontière entre l'affect ressenti pleinement et le fait « de se laisser aller à ses émotions »¹⁶² comme l'écrivait Y. de La Monneraye. Pour D. W. Winnicott, un travail ou une prise de conscience peut rendre ce seuil discernable et le thérapeute a le pouvoir de s'y arrêter. Enfin, de façon explicite et pour un cas extrême, répétons-le, il précise : « L'ai-je frappé ? Non. Je ne l'ai jamais frappé. Mais j'aurais été forcé de le faire si je n'avais tout su de ma haine et si je ne la lui avais pas fait connaître aussi. »¹⁶³ Il a ainsi résisté à « l'envie de le tuer »¹⁶⁴

CONTRE-TRANSFERT : LE DÉBUT D'UN TRAVAIL

Une fois le contre-transfert identifié, quelles stratégies pouvons-nous adopter ? Voici les propositions décrites par J. Laplanche et J.-B. Pontalis :

« • Réduire le plus possible les manifestations contre-transférentielles par l'analyse personnelle, de façon à ce que la situation analytique soit, à la limite, structurée comme une surface projective, par le seul transfert du patient.

• Utiliser, tout en les contrôlant, les manifestations de contre-transfert dans le travail analytique, en poursuivant l'indication de Freud selon laquelle : « [...] Chacun possède en son propre inconscient un instrument avec lequel il peut interpréter l'inconscient chez les autres. » (S. Freud, *Die disposition zur Zwangsneurose*, 1913. G.W., VIII, 445 S.E., XII, 320 ; Fr., 441)

• Se guider, pour l'interprétation même, sur ses propres réactions contre-transférentielles, souvent assimilées, dans cette perspective, aux émotions ressenties. Une telle attitude postule

¹⁶¹ D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, 1969, p. 54

¹⁶² Y. de La Monneraye, op. cit., p. 56

¹⁶³ D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, 1969, p. 54

¹⁶⁴ Ibid.

que la résonance « d'inconscient à inconscient » constitue la seule communication authentiquement psychanalytique. »¹⁶⁵

Roland Chemama explique quant à lui que le travail « consiste pour l'analyste à repérer quels affects son patient suscitent en lui et à savoir en tenir compte dans sa façon d'interpréter le transfert de son patient. »¹⁶⁶

Pour nous qui n'avons pas à travailler le transfert du patient, il s'agit d'avantage de comprendre ce qu'il induit en nous et éventuellement ce qu'il vise par là-même. Hors séance, il sera envisageable, nous verrons plus loin comment, d'utiliser notre contre-transfert pour entendre où l'enfant en est rendu dans son transfert. Mais il reste à déterminer notre position active, si elle doit l'être, face au contre-transfert.

Nous pouvons d'abord reconnaître qu'il est d'utile dans certains cas et qu'il faut alors le laisser s'exprimer. La haine objective de D. W. Winnicott par exemple, agit peut-être comme un principe de réalité rassurant parce qu'elle authentifie la relation ; elle servirait de fondement archaïque pour sa structure psychique : « à certains stades de certaines analyses la haine de l'analyste est effectivement recherchée par le malade, et ce qui est nécessaire alors, c'est la haine qui est objective. Si le malade cherche de la haine objective ou justifiée, il faut qu'il puisse l'atteindre, sinon il n'aura pas le sentiment que l'amour objectif peut être à sa portée. »¹⁶⁷ L'enfant peut alors mesurer la vérité de la relation et l'engagement sincère du thérapeute.

Lorsque nous ressentons des affects que nous sommes tentés d'attribuer au patient, nous pouvons commencer par essayer de comprendre ce qui se passe en nous, de quelle manière nous avons été atteints par lui et pourquoi à ce moment particulier. Ensuite, il devient possible de se demander quelle attitude choisir. Pour Y. de La Monneraye, « la plupart du temps, il n'y aura pas d'intervention particulière à avoir, parce que le simple fait de se déprendre de la situation dans laquelle on était enfermé suffit pour que l'enfant soit à nouveau en mesure de poursuivre son propre cheminement. »¹⁶⁸ Ici, les conséquences d'un travail « intérieur », introspectif, peuvent avoir des effets induits, désirés, sur les protagonistes : une latitude permise chez le thérapeute et ce qui pourrait s'apparenter à de la surprise chez le patient, engendrant peut-être un réaménagement servant les intérêts de la rééducation.

¹⁶⁵ J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Ed. P.U.F., pp. 103-104

¹⁶⁶ R. Chemama, op. cit., Ed. Larousse, p. 293

¹⁶⁷ D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, 1969, p. 53

¹⁶⁸ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 57

Une autre possibilité, apparemment passive pour l'orthophoniste, consiste à accepter les affects éprouvés, sans culpabilité ni énervement surajouté. L'enjeu est double. Une meilleure lucidité de notre part, un contre-transfert plus « objectif » aurait pu dire D. W. Winnicott. Et pour l'enfant, l'exemple assumé d'un sujet divisé. Y. de La Monneraye écrit encore que « repérer notre transfert [ici, nous estimons que le contre-transfert est du même ressort] n'a pas pour but de nous faire échapper à la castration symbolique, mais de nous faire vivre avec : acceptation de ce que vous avez été, fait. »¹⁶⁹ Il précise encore que « ce n'est pas empêcher de désirer, c'est le fait de s'obliger à entendre en quoi et comment il a réagi en être désirant aux situations de désir mises en scène pas l'enfant. »¹⁷⁰ Accepter notre contre-transfert nous aide en outre à déceler plus aisément les situations répétitives, moins occupés que nous sommes à le rejeter. Y. de La Monneraye propose une explication : « Je crois que quand on est pris dans un système de répétition, on peut essayer de se demander ce qu'on n'entend pas. En effet, si l'enfant répète, ce n'est pas simplement pour le plaisir : c'est sûrement pour le plaisir aussi, le plaisir d'être bien avec vous, mais il n'y a pas que cela. Derrière cela il y a une question qu'on ne supporte pas d'entendre. Et c'est pourquoi l'enfant répète. »¹⁷¹ Ainsi, accepter d'éprouver les affects du contre-transfert conduit à entendre ces répétitions, à ne pas étouffer leur message. Cela nécessite cependant une absence de jugement, cette fois sur nous-mêmes, qui ne peut être vécue sans perturbation psychique trop forte qu'avec un recul suffisant sur ce qui est à l'œuvre dans la relation.

Y. de La Monneraye nous explique la subtilité d'une attitude possible dans cette mécanique transférentielle : donner prise, s'investir humainement, émotionnellement, pour ensuite quitter cette position induite par l'enfant. « Le transfert du rééducateur peut apparaître comme une défaillance sans aucun doute, mais c'est une défaillance indispensable qui, en donnant prise à la répétition symptomatique de l'enfant, signe le fait d'une rencontre essentielle . »¹⁷² Nous retrouvons cette impression de « défaillance » : une chute nécessaire dans le système de l'autre. D. W. Winnicott, nous l'avons déjà cité sur ce sujet, montrait de quelles qualités de mère le thérapeute devait faire preuve. Y. de La Monneraye insiste aussi sur cette position de mère dans laquelle nous nous retrouvons : « Il faut veiller à ne pas refuser cette position de mère que l'enfant veut nous faire jouer, sinon rien ne pourra se dérouler pour lui. Or accepter ce jeu, c'est nous faire courir le risque nécessaire d'être provisoirement pris dans et par ce jeu. Qu'il ne faille pas s'y refuser, car c'est une proposition symbolique que nous fait l'enfant, voilà

¹⁶⁹ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 229

¹⁷⁰ Ibid.

¹⁷¹ Ibid., p. 232

¹⁷² Ibid., p. 224

ce sur quoi je veux mettre l'accent en disant qu'il ne s'agit pas d'apprendre à maîtriser son transfert, mais d'apprendre à le reconnaître et à travailler avec. »¹⁷³ Puis, par un travail pouvant devenir instinctif avec une pratique suffisamment longue, il devient possible de nous pouvons nous décaler de la position tenue la séance précédente : « Je pourrai, lors de la séance suivante, ne plus être tout à fait là où il m'attend... qu'est ce qui est moteur, c'est l'effet de surprise provoqué par cet écart entre ce qui s'est joué à un moment donné et le fait que cela ne se répète pas pour l'enfant à la manière habituelle : il ne me trouve plus exactement où il croyait que j'étais. Or, où, où étais-je, sinon à la place qu'il m'assignait dans ses fantasmes ? L'enfant ne peut avancer dans l'expression de ses propres fantasmes, dans la découverte de son imaginaire propre que lorsqu'il a pris quelqu'un dedans. Il n'y a pas cette rééducation s'il n'y a pas cette relation. C'est cela le transfert. Mais cette prise est tout à la fois le moteur de la rééducation, et ce qui risque de l'empêcher d'évoluer. »¹⁷⁴ Ne jouer que ce rôle que l'enfant nous attribue figerait sa position et n'entraînerait pas de progrès.

Notre travail sur le contre-transfert ne doit pas occulter le fait que c'est bien l'enfant qui fait sa rééducation. Nous voulons ainsi lui permettre de la mener, avec nous et par nous. Lui ne se rend pas forcément compte qu'il nous emmène dans sa problématique. Mais pour nous, l'enjeu est bien de laisser prendre juste ce qu'il faut, nous écarter également. La difficulté, pour nous, sera d'accepter l'idée de ce « leadership » de l'enfant sur sa propre évolution, ce qui nous interroge sur nos motivations de rééducateur, sur notre désir de lui apporter une « solution », de supprimer sa souffrance.

Enfin, après ce que nous avons exposé sur le contre-transfert, il devient incontournable d'évoquer l'analyse comme l'une des solutions pour éviter les risques décrits ci-avant. D. W. Winnicott l'explique lui aussi, en particulier en ce qui concerne l'analyse des psychotiques : « Cette analyse de psychotique devient impossible si la propre haine de l'analyste n'est pas extrêmement bien dégagée et consciente. Cela revient à dire que l'analyste doit être lui-même analysé. »¹⁷⁵ Il fixe aussi l'ambition nécessaire à atteindre : « Si nous voulons devenir capable d'être analyste de psychotiques, il faut être remonté jusqu'aux choses les plus primitives en nous. »¹⁷⁶ Pour nous, l'enjeu peut consister à comprendre au moins ce qu'ont d'archaïques nos réponses au patient ; d'une part pour nous ajuster plus souplement à

¹⁷³ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 228

¹⁷⁴ Ibid., p. 224

¹⁷⁵ D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, 1969, p. 48

¹⁷⁶ Ibid., p. 50

son transfert, et d'autre part en vue de mieux penser les phases nécessaires de son évolution psychique.

Une autre démarche, la supervision, sans doute plus accessible aux orthophonistes, réintroduit le tiers dans la relation entre le thérapeute et l'enfant. En effet, le professionnel, dont la fonction est entre autres de faire tiers, peut avoir besoin d'aide pour maintenir cette position. Nous étudierons la supervision dans la deuxième partie mais constatons-en ici l'un des enjeux avec Y. de La Monneraye : « Le tout est de se mettre d'accord sur ce qui se joue entre le contrôleur et le contrôlé à propos de ce contre-transfert, que cela ne tourne pas à l'apprentissage d'une maîtrise de ce contre-transfert qui ne serait d'ailleurs qu'une illusion de maîtrise et aboutirait purement et simplement à la négation de l'inconscient. »¹⁷⁷

CONCLUSION SUR LE CONTRE-TRANSFERT

En accord avec la dernière citation, notre latitude autour du contre-transfert ne peut consister à vouloir le maîtriser parfaitement et en faire ce que l'on souhaite. Elle peut simplement permettre de le penser pour le déceler – et vice versa – pour mieux décider de notre attitude et de ne pas nous y laisser aller complètement. L'évolution du contre-transfert du thérapeute et ce qu'il pourra en dire au patient ont leur propre valeur thérapeutique en s'inscrivant dans le terme du processus engagé. Voici un témoignage de D. W. Winnicott sur le sujet : « N'y a-t-il pas de nombreuses situations dans notre travail analytique où la haine de l'analyste est justifiée ? Un de mes malades très obsessionnel m'a presque dégoûté pendant des années. Je me suis senti mal à l'aise à ce sujet jusqu'à ce que l'analyse ait franchi un tournant et que le malade soit devenu sympathique : je réalisai alors que cette impossibilité d'être aimé avait été un système actif, déterminé inconsciemment. Ce fut vraiment un jour merveilleux pour moi lorsque (bien plus tard) il me fut possible de dire au malade que moi et ses amis, nous avions eu le sentiment qu'il suscitait notre répulsion, mais qu'il avait été trop malade pour que nous puissions le lui faire savoir. Ce fut un jour important aussi pour lui, marquant un progrès immense dans son adaptation à la réalité. »¹⁷⁸ Le soulagement de D. W. Winnicott montre son investissement dans la relation et que, jusqu'à un certain point, cet engagement porte en lui une autre problématique qui ne concerne que le professionnel. Nous verrons plus loin que l'efficacité du lien repose en partie sur cette interdépendance thérapeutique.

¹⁷⁷ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 227

¹⁷⁸ D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, 1969, p. 50

LA POSITION BASSE

Nous souhaitons présenter ici l'une des réponses possibles pour accompagner le surgissement du contre-transfert. Nous avons plusieurs fois fait référence au « pas de côté », utile en rééducation orthophonique et nous pensons que la position basse peut permettre le même type de positionnement décalé. Elle est l'attitude consistant à refuser de se placer au-dessus du patient et à assumer une position humble. En effet, la position haute impose d'en faire plus que le patient, de montrer son savoir et son autorité par exemple. Si elle n'est pas forcément difficile à tenir face aux enfants, interrogeons-nous sur les conséquences d'une souplesse possible entre les deux attitudes. Risquons une analogie avec la séduction : qui a le pouvoir ? Le séduit, s'il en a conscience, qui tient pourtant la position basse.

La position basse se caractérise par un étonnement et un non-savoir sur l'autre. Elle va ainsi de pair avec la qualité de l'écoute et un effort pour le comprendre. Fondamentalement, elle rend l'autre sujet en s'appuyant sur son autonomie, sur ce qu'il sait de lui-même. Il s'agit finalement de ce que nous avons déjà bien décrit précédemment en ce qui concerne les attitudes souhaitables du thérapeute. L'écoute flottante de l'analyste, sous certains aspects, n'est pas non plus étrangère à ce concept, dans sa dimension passive – une passivité travaillée – et le respect du patient qu'elle implique.

En reflet par rapport à la position basse, le patient a l'occasion d'expérimenter la position haute, ce qui représente parfois, pour un enfant en échec scolaire, une situation inédite. Elle peut être bienfaisante dans sa dimension renarcissisante. Elle permet aussi de devoir assumer sa position de sujet.

À notre avis, au-delà des notions basses et hautes, l'intérêt réside dans les conséquences qu'entraîne le fait de prendre le contre-pied de la réaction ordinaire. Nous pourrions appeler cela contre-réagir. D. W. Winnicott avait comme exigence celle d'être meilleur que dans sa vie personnelle. C'est bien ce que nous entendons par cette « contre-réaction ». Si on la relie à nouveau au contre-transfert, nous pourrions oser le concept de « contre-contre-transfert » : être capable du recul nécessaire permettant au thérapeute de pouvoir réagir à l'opposé de ce qui serait attendu. Jusqu'à un certain point, cette réaction doit aussi être mentale, pas simplement une façade.

La question est maintenant de savoir comment cette surprise provoquée chez le patient (ou éventuellement les parents) peut agir. Selon nous, elle peut permettre de rendre conscients, chez lui, des enchaînements de pensées, des causalités, concernant les deux psychés : la

sienne et celle de l'autre. Ainsi, cette surprise l'éclaire de l'intérieur sur ses propres défenses, ses fixations psychiques et ses mécanismes « automatisés ». Il peut alors y avoir prise de conscience d'un espace de liberté possible ; rien n'est inéluctable et figé en lui et en l'autre. En d'autres termes, le patient a l'occasion de désarmer par rupture avec ses habitudes. Par exemple, s'il s'attend à un « non », dire « oui » parce que nous avons une bonne raison de le dire pour avancer une vérité utile au patient, ce qui revient à éviter une confrontation anticipée.

Voici un exemple typique qui peut s'interpréter comme une manifestation de la position basse : la situation où le parent aimerait, à la suite du bilan, être fixé sur les difficultés de son enfant. La déception est possible s'il n'entend pas les causes des troubles. J'ai pu entendre alors : « Je n'ai pas appris grand chose. » L'orthophoniste a répondu : « Oui, moi non plus. Ce n'est pas en une seule séance que nous comprendrons ce qui pose problème à votre enfant. Il faudra du temps... » Ici, la position basse n'est pas complète, car au delà de l'insatisfaction du parent, il y a l'annonce d'une patience nécessaire qu'il faudra avoir.

Nous apercevons que la position basse n'est jamais totale. Il y a ambivalence et elle se manifeste déjà par la capacité du thérapeute à contre-réagir, à ne pas suivre une pente naturelle de l'interaction. Cela montre à nouveau qu'il s'agit moins d'être « en dessous » que de pouvoir abandonner à dessein une position d'autorité ou de savoir.

Un pédopsychiatre m'a expliqué qu'un certain nombre de parents sont assez d'accord avec la position agressive de leur enfant vis-à-vis du thérapeute. Il s'agit pour eux de nous faire vivre ce que leur enfant leur fait vivre. Dans cette situation, il peut apparaître judicieux dans certains cas de s'échapper de la position haute et de sortir ainsi du cercle vicieux habituel. En particulier, il reste pourtant intéressant en parallèle de montrer que l'on est sensible aux attaques, aux provocations (preuve du contre-transfert) mais qu'elles ne tuent pas, comme l'écrivait D. W. Winnicott.

Nous expliquions que le fait de pouvoir prendre le contre-pied de la réaction ordinaire devait dans certains cas être également mental et le fruit d'un processus psychique sincère, sans ironie. La position basse, si elle n'est qu'une technique et non le résultat d'un travail sur soi, risque d'être vite mise à mal par la « contrainte » du résultat. Il s'agit donc moins d'un apprentissage que d'une réflexion qui englobe l'éthique dans le rapport au patient. L'humilité ne se décide pas.

Même s'il ne faut pas la réduire à cela, la position basse renvoie à la question du pouvoir qui circule entre les deux interlocuteurs. Cette question nourrit le contre-transfert du thérapeute, plus ou moins consciemment, et peut devenir le pivot d'une prise en charge autour de la question de la castration. Cet enjeu, probablement secondaire dans la mesure où il n'a pas de valeur propre, positive ou négative, ne doit être considéré que comme une conséquence des multiples dimensions de la rencontre entre le professionnel et le patient.

J'ai pu constater au cours de mes stages, que si la question du pouvoir m'apparaissait souvent centrale dans l'échange entre l'orthophoniste et l'enfant, elle n'était que très rarement évoquée comme telle. Souvent, nous ne parlions que de la toute-puissance de l'enfant et sortions l'orthophoniste de l'équation. Ma vision ne reflète peut-être que ce que j'ai pu ressentir et non la réalité. Pour cette raison, j'expose ici un échange que j'ai eu avec Guendalina, en CM2, que j'ai prise en charge.

À propos d'un travail d'écriture de phrases autour d'étiquettes-mots, je lui fais des suggestions. Elle est souriante, mais se braque souvent lors de ses erreurs en signifiant par ses mimiques qu'elle pense que son interlocuteur dit des absurdités. Quand elle découvre qu'elle se trompe, elle ne marque aucune manifestation de cette prise de conscience et reprend comme si de rien n'était. En séance, je lui fais donc des remarques. Dès qu'elle comprend où je veux en venir, elle parle pour dire ce qu'elle va faire, en tenant compte de ma remarque. Elle ne s'oppose donc pas à ce que je dis sur le fond. Mais sur la forme, elle me coupe la parole, ce dont je m'aperçois peu car elle voit souvent où je veux en venir et en tient compte. Après plusieurs événements de ce type, elle dit : « J'arrête pas de te couper la parole. » avec un petit sourire amusé. Je lui réponds en lui disant que puisqu'elle comprend, ce n'est pas grave. Mais cela me touche intérieurement. Veut-elle marquer ainsi son pouvoir ? Ou est-elle simplement surprise de cette situation de « liberté », d'« émancipation » où elle se trouve. J'ai déjà vu son père la rabrouer sèchement quand elle tente d'avoir le dernier mot, ce qui lui arrive souvent en séance également. Est-elle heureuse ici d'avoir le sentiment de se rattraper ? Que se joue-t-il vis-à-vis de moi ? Et surtout, est-ce bon pour elle ?

En tous les cas, cela manifeste aussi pour moi notre proximité intellectuelle lors de nos échanges : elle me comprend et je comprends qu'elle me comprend. Elle acquiert ainsi un certain pouvoir. Que ce soit bon ou mauvais pour elle, je n'ai pas pensé la

situation et mon comportement ne relevait pas d'un choix. J'avais simplement eu l'impression que ce qui advenait n'était pas préjudiciable pour elle. Je ne peux dire si mon « laxisme » la renarcissise un peu, elle qui m'explique ne pas oser réfléchir car dans ce cas, à chaque fois, elle se trompe. Par contre, sa remarque m'a touché. Cette idée que mon rôle est de maîtriser l'enfant est donc probablement un implicite pour moi, sans doute au delà de la situation professionnelle. Je peux donc en déduire que ma capacité à déterminer ce qui convient à l'enfant est perturbée par cette constatation et qu'un travail personnel, sur ce point entre autres, sera utile.

Nous voudrions souligner enfin que la position basse se justifie aussi, à notre avis, par rapport à une situation qui, de facto, place les protagonistes dans une relation dominant (l'orthophoniste) / souffrant (le patient). Cette perspective est largement ignorée ou niée pour des raisons variées :

- Fondamentalement, nous souhaitons aider le patient.
- Nous souffrons nous-mêmes souvent lors des séances. Le patient nous met parfois à mal.
- En l'admettant, nous aurions le sentiment de déchoir professionnellement.
- L'enfant ne souffre pas plus en séance que suite aux demandes de l'école ou de ses parents.

La souffrance de l'enfant existe pourtant du fait de la prise en charge orthophonique, et ce malgré tous les plaisirs et bénéfices que peut tirer l'enfant des séances. En voici quelques-unes :

- L'enfant doit accepter une forme d'assujettissement ou de dépendance par rapport à un nouvel adulte ; cela peut être recherché et nécessaire, mais n'empêche pas la souffrance.
- Il est en butte à une mise au travail sur lui-même, à la prise de conscience qu'un nouvel aménagement de son organisation psychique lui est demandé et pourrait lui être utile.
- Il subit, de par le cadre lui-même, des contraintes supplémentaires dans sa vie : un adulte, un horaire, des demandes supplémentaires...

- Un adulte lui rappelle ses insuffisances, ses difficultés. Même s'il veut l'aider, il œuvre aussi comme principe de réalité. Il empêche de rester dans un monde imaginaire ; il perturbe l'équilibre actuel, le compromis trouvé.
- Une alliance entre ses parents et l'orthophoniste semble se monter contre lui et ses symptômes.

Nous avons conscience que chacun de ces arguments appelle son opposé, ce qui peut nuancer le propos. Cependant, nul ne peut dire ce qui prédominera dans l'esprit de l'enfant. Tout cela justifie aussi la possibilité, pour le thérapeute, de tenir une position basse, afin de diminuer le sentiment d'agression que peut ressentir le patient.

Ainsi, cette attitude illustre finalement la capacité de l'orthophoniste à travailler son contre-transfert au plus près de sa pratique.

Nous tenons à préciser que nous ne considérons pas la position basse comme une solution par rapport à une position haute qui serait à proscrire. Leur valeur réside dans la possibilité, pour le thérapeute, de pouvoir passer de l'une à l'autre, en fonction de ce qu'il ressent de l'état psychique du patient et du sien.

1.3.5. UNE *COTHÉRAPIE* : LA SYMBIOSE THÉRAPEUTIQUE

Nous allons aborder ici une notion décrite par Harold Searles : la symbiose thérapeutique. L'enjeu apparaît double : le patient devient « thérapeute symbiotique », ce qui a des effets sur lui, et le professionnel accepte de se soigner par cette relation. Au delà des connaissances de ce dernier, ce qui rendrait possibles les effets thérapeutiques chez le patient tiendrait dans leur incomplétude à tous les deux, ce qui permet au patient de devenir lui aussi thérapeute.

Du point de vue du professionnel, cela implique d'assumer le fait que la pratique de son métier lui procure des satisfactions, justifiant ainsi son activité. Y. de La Monneraye explique cette nécessité : « Considérer l'enfant comme une fin en soi n'est possible que si l'on se considère soi-même comme tel. Or le rééducateur, par sa fonction, est souvent à la place du moyen... C'est même la caractéristique principale du rééducateur que d'offrir en quelque sorte sa personne comme moyen à l'enfant pour qu'il fasse lui-même sa propre rééducation. Mais, s'il n'est que cela, il oublie sa propre humanité. C'est sur cette base assurée, sur cette structure d'autonomie personnelle dans laquelle le rééducateur se sait toujours être une fin en soi, qu'il peut se permettre d'être aussi le moyen pour se libérer de ses difficultés. »¹⁷⁹ Est-ce par mimétisme, exemplarité ou identification, l'humanité du thérapeute, et son corollaire, être in fine sa propre justification à son action, représente le fondement d'une relation thérapeutique.

Harold Searles décrit plusieurs phases au développement du moi dans la thérapie : symbiose pathologique, autisme précoce, symbiose thérapeutique puis individuation. Nous nous intéressons particulièrement ici à l'avant-dernière. Elle trouve ses racines dans la relation entre le bébé et sa mère. H. Searles pense que le patient « s'attache à fonctionner comme un thérapeute pour son analyste [...] aussi bien que pour d'autres personnes de son entourage ». ¹⁸⁰ À l'instar d'autres raisonnements que nous avons tenus, nous pensons donc que cela s'applique à l'orthophoniste, quoique souvent de façon moins lucide pour ce dernier. Il s'agit pour H. Searles du « souci de produire un effet essentiellement psychothérapeutique sur autrui [qui est] fondamental et présent en tout être humain. »¹⁸¹ Pour lui, le patient, dont l'individuation personnelle n'est pas fermement réalisée, devient « thérapeute symbiotique » dans le cadre de ses relations humaines les plus significatives, pour « compléter les zones incomplètes du moi chez les autres. »¹⁸²

¹⁷⁹ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 61

¹⁸⁰ H. Searles, *Le contre-transfert*, Ed. Gallimard, 1981, p. 17

¹⁸¹ Ibid., p. 18

¹⁸² Ibid.

Un premier point est de reconnaître cette « incomplétude » en nous. H. Searles explique que « la relation symbiotique ne se limite pas à la première enfance ou à l'enfance, et qu'elle constitue, à des niveaux largement inconscients, le substrat dynamique de la vie de l'adulte. »¹⁸³ L'individuation également, jamais complète, n'est pas exempte de régressions. « Personne n'est pleinement un individu, ne devient pleinement « mature » au point d'avoir perdu la capacité de relation symbiotique qu'il a eu autrefois. »¹⁸⁴ Cela nous semble cohérent avec ce que nous avons exposé précédemment : nous sommes fondamentalement divisés. Ici, « pleinement mature » correspondrait peut-être à l'annulation de l'objet a.

Une explication de ce besoin de soigner l'autre viendrait pour H. Searles, de la culpabilité de n'avoir pas réussi à aider sa propre mère. Pour lui, ce sentiment serait à la fois absurde dans sa dimension omnipotente et comportant aussi « un aspect de la réalité, car c'est cette composante de réalité qui lui permet de développer un sens plus « mature » de sa responsabilité dans ses relations interpersonnelles en général. »¹⁸⁵ L'analyste serait alors pour lui l'équivalent de la mère que le patient souhaiterait améliorer et renforcer jusqu'à ce qu'elle puisse devenir plus mature et lui fournir un modèle d'identification qui favorisera sa propre maturation. »¹⁸⁶ Il devient le thérapeute de sa « mère transférentielle » et diminue sa culpabilité en permettant à son thérapeute de remplir son rôle – de mère – à son égard. C'est ici que nous devons comprendre l'enjeu de la position que nous soutenons en tant qu'orthophoniste. « Cette évolution transférentielle nécessaire ne pourra pas s'accomplir si l'on continue de voir dans l'analyste [l'orthophoniste aussi] l'individu sain au moi intact, qui s'efforce d'aider l'individu malade, affligé d'un « moi défectueux » ou d'un « déficit du moi ». Certes le patient est en effet « affligé » ainsi, mais jusqu'à un certain point l'analyste l'est aussi (comme tout un chacun). En fait, sans cette « affliction », il ne peut espérer jouer efficacement son rôle d'analyste dans la phase de symbiose thérapeutique du traitement. »¹⁸⁷ Il nous faut savoir précisément qui est ce « on » qui nous verrait comme un « individu sain au moi intact ». Le flou relatif de ce pronom peut nous montrer qu'il s'agit d'une pensée partagée entre la patient et le thérapeute, mais qui ne peut venir d'abord que de la position de ce dernier, une position à la fois indicible mais déclinable à chaque instant. Là encore, il s'agit d'être... confiant dans ses limites ?

¹⁸³ H. Searles, op. cit., p. 21

¹⁸⁴ Ibid., p. 17

¹⁸⁵ Ibid., p. 22

¹⁸⁶ Ibid., p. 19

¹⁸⁷ Ibid., p. 20

Cette *cothérapie* fonctionne lorsque le patient prend conscience de ce qu'il peut faire pour son thérapeute, de l'influence qu'il a sur lui. « Pour résoudre la fixation dans le développement du moi du patient, [il faut que] le patient découvre qu'un semblable, l'analyste, peut arriver à connaître – à travailler avec lui en reconnaissant implicitement – le rôle important joué par le patient dans le fonctionnement du moi de l'analyste. Seul ce processus permet au patient de devenir un individu plus total. De plus, l'individuation qui s'accomplit de manière cette fois plus réussie dans le contexte de la relation transférentielle est réellement réciproque, dans le sens où l'analyste aussi, ayant pris part avec le patient à la symbiose thérapeutique, en sort avec une individuation renouvelée, enrichie et approfondie par cette expérience. »¹⁸⁸

Qu'entraîne alors cette symbiose thérapeutique pour le psychisme de l'enfant et de l'orthophoniste ? Une incertitude quant à l'origine réelle des affects ressentis. Nous retrouvons ici les mécanismes de transfert et de contre-transfert ou ce que Melanie Klein a qualifié d'identification projective. H. Searles décrit ainsi ce phénomène : « L'instabilité symbiotique des frontières du moi rend impossible de savoir si la colère ou la dépression, par exemple, que l'on sent brusquement sont les « siennes » propres, ou si l'on est en train d'éprouver violemment un sentiment du patient contre lequel il réussit à se défendre inconsciemment (comme par projection). »¹⁸⁹ Nous avons à réfléchir à la manière dont nous tenons compte de cet entremêlement affectif. Tout d'abord, il implique de considérer le cadre des séances avec les deux participants comme un petit monde en soi, une scène ayant sa propre dynamique et sa propre cohérence, et où tout événement concerne la dyade au travail. Cela revient à assumer cette position de « haut-parleur » dans laquelle nous sommes (et où nous plaçons l'enfant également) afin de pouvoir penser nos affects et de mieux comprendre ce dont le patient est en train de faire l'expérience. Une autre conséquence, pour le thérapeute, est la relativisation de sa capacité à tenir une position. Pris dans le contre-transfert et par cette symbiose, nous pouvons parler plus opportunément de méta-position, c'est-à-dire d'une situation où nous ne pouvons qu'organiser notre absence de maîtrise totale et en tirer parti.

Une expérience vécue en tant que stagiaire lors de la prise en charge de Madame C. illustre cet exposé. Il ne s'agit pas d'enfant ici, mais d'une femme de soixante-cinq ans ayant eu un A.V.C. (Accident Vasculaire Cérébral) il y a cinq ans. Nous pensons qu'en la matière, l'âge n'est pas un élément fondamental car le mécanisme n'en dépend pas pour son principe. Je m'occupe d'elle depuis trois séances à l'époque. Je me retrouve dans la salle d'attente, seul avec elle, avant la séance. Elle montre une grande capacité

¹⁸⁸ H. Searles, op. cit., pp. 20-21

¹⁸⁹ Ibid., p27

à s'intéresser à l'autre, me posant des questions sur ma vie d'étudiant, de futur professionnel et cela de façon sincère, tout à fait appropriée, ce qui est déjà une petite surprise pour moi car je n'imaginais pas qu'elle en était capable ou qu'elle en avait envie. Puis nous parlons de son histoire, de son A.V.C., dont elle se souvient mal la date. Je la lui rappelle. Elle exprime alors sa souffrance, son indignation même, ai-je ressenti, de se trouver ainsi diminuée. Peut-être en raison du sentiment d'être démunie face à ce constat et pour tenter de transformer cette indignation dans une démarche « positive », je souligne l'intérêt du travail orthophonique pour limiter ses difficultés au quotidien. Elle acquiesce. L'orthophoniste titulaire, qui la voit depuis son accident cérébral, m'avait dit qu'elle tentait de faire surgir en elle des émotions pendant les séances, ou tout au moins qu'elle souhaitait l'aider à dire ce qu'elle ressent. Mais, cela n'arrivait pas, jetant un doute sur sa capacité même à éprouver des sentiments. Finalement, elle se livre avec un stagiaire en salle d'attente, ce qu'elle n'a jamais refait en séance par la suite avec moi.

Lors de la séance qui suit l'échange en salle d'attente, j'essaie de tenir compte de toutes les idées que l'orthophoniste a échangé avec moi et de mes observations de son travail avec la patiente. Pour ces raisons et aussi mon envie de bien faire, la séance est difficile pour moi. Lorsqu'elle se termine, l'orthophoniste attire mon attention sur mon usage abusif des mots « c'est difficile » et « je ne sais pas ». Je me rends compte immédiatement combien elle peut avoir raison. Je sais par ailleurs qu'en disant « c'est difficile » je suis sincère et en empathie avec la patiente. Je tiens à lui dire que je comprends que c'est difficile pour elle. Avec « je ne sais pas », j'utilise maladroitement une « ficelle » que j'ai vue souvent dans la prise en charge d'enfants lorsqu'on souhaite les faire réfléchir et leur faire comprendre qu'on ne leur donnera pas la solution. Mais ces mots manquent de sincérité. Après avoir réfléchi à la séance en en discutant avec différents personnes, plusieurs hypothèses m'apparaissent :

- Ma fragilité, qui ne datait pas de cette séance, lui a permis de s'ouvrir à moi ; je lui ai semblé accessible.
- Les mots que j'ai prononcés trahissaient ma difficulté dans cette prise en charge, l'une des premières pour moi.
- J'ai été son « haut-parleur » ; mes mots lui renvoyaient comme un écho ce que j'avais reçu d'elle.

Finale­ment, peut-être que mes mots parlaient de ses maux et des miens dans cette situation, bien au delà de mes raisons objectives de les lui avoir dits.

D. W. Winnicott, lors d'une thérapie difficile, mais aussi lors de sa propre analyse, a écrit avoir eu des « rêves curatifs »¹⁹⁰. Il estime que « chacun d'entre eux a marqué [son] avènement à un nouveau stade de développement affectif. »¹⁹¹ C'est un bel exemple, selon nous, de ce concept de cothérapie. Par le processus thérapeutique, le soignant se soigne et le soigné devient soignant.

¹⁹⁰ D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, 1969, p. 51

¹⁹¹ Ibid.

2. EXPÉRIENCE DE SUPERVISION

2.1. INTRODUCTION

Soumettre son travail à un tiers n'est pas chose courante. Nous allons voir, dans cette partie, ce que peut apporter, dans les métiers du soin, un dispositif tel que la supervision.

Dans un premier temps, nous expliquerons pourquoi nous avons choisi de présenter la supervision dans notre mémoire. Nous décrirons dans un deuxième temps le cadre de la supervision à laquelle il nous a été possible de participer pendant une année. Viendra ensuite brièvement, avant d'y revenir plus longuement, ce qui constitue le cœur des échanges de ces séances. Puis, nous verrons sur quels ressorts elle s'appuie. Nous chercherons à montrer par la suite en quoi elle peut être d'un grand intérêt pour l'orthophonie. Enfin, nous conclurons.

2.2. POURQUOI PRÉSENTER UN TRAVAIL DE SUPERVISION ?

Il nous a semblé intéressant de pouvoir présenter dans cette partie pratique ce que peut être la supervision, et ce pour plusieurs raisons que nous allons ici énoncer.

La supervision fait partie intégrante du dispositif de soin d'un certain nombre de structures d'accueil. Elle témoigne donc de pratiques courantes, pratiques proposées à différentes professions du soin, dont l'orthophonie. Cependant, beaucoup d'orthophonistes avec qui nous avons pu avoir des échanges méconnaissent ce qu'elle est réellement. Nous avons pu voir en effet que bien souvent, pour les orthophonistes qui n'ont pas recours à la supervision ou à d'autres pratiques d'analyse (contrôle de cas par exemple), elle est souvent liée à une insuffisance voire à une défaillance du thérapeute qui aurait besoin pour exercer, par défaut d'autonomie, du regard ou du jugement d'autrui. Elle relèverait d'un besoin qui serait davantage de la sphère privée, et ne serait pas considérée comme participant directement au soin. La supervision serait donc quelque chose qui ne regarderait pas directement l'orthophonie et que l'orthophonie n'aurait pas besoin de regarder. Cela n'est certainement pas sans lien avec le fait que dans la formation en orthophonie, peu de place – voire aucune – n'est

accordée à la présentation de ces pratiques de « réflexions » sur la pratique elle-même. De manière générale, il n'y a pas d'incitation à participer à de telles pratiques. Nous avons donc ici le souci dans cette partie, de proposer une vision de ce que peut-être la supervision, en ayant à l'esprit d'être lus par des étudiants qui ne connaissent pas ce dispositif.

L'objectif de notre mémoire est de proposer une réflexion sur nos positions parce que celles-ci nous semblent déterminer notre pratique. Toutes les questions que nous avons abordées dans ce mémoire, tout ce sur quoi nous avons porté notre attention, sont l'objet de potentiels questionnements en supervision, et davantage encore, s'avèrent être au cœur même de celle-ci. En effet, la supervision est un temps où l'on questionne le symptôme, le transfert, la parole, les croyances, le savoir, le désir du thérapeute, etc. Elle est un temps pour analyser les positions de chacun dans ce qui se joue et se dit en séance, avec les patients, et de ce fait, elle aide à travailler sur ces positions, à les tenir ou à les nuancer, les infléchir. La supervision, dans cette démarche de remise en question, ne peut être alors qu'un outil formidable dont le praticien dispose.

La supervision est une mise en pratique de notre sujet de mémoire, un questionnement sur notre pratique d'orthophoniste. Elle permet une réflexivité. Elle semble donc pouvoir illustrer l'ensemble de notre démarche.

À l'instar de ce qui précède, cette partie soulignera une fois de plus les apports de la psychanalyse dans notre profession.

Pour nous, il ne s'agit pas de valoriser la pratique de la supervision plus qu'une autre. C'est un exemple parmi d'autres pour aborder ces travaux hors séance. Nous la présentons ici parce qu'il nous a été possible pendant une année d'assister à des séances de supervision. Nous pouvons donc rendre compte de la richesse de cette expérience qui a participé à notre formation.

C'est donc une expérience particulière, qui ne se veut pas être représentative de tous les types de supervisions.

Pour construire cette partie, nous avons donc pris comme point de départ ce qui s'est dit en séance, sans avoir pour autant le souci d'une retranscription précise des échanges.

De nombreuses références étayeront notre réflexion.

2.3. LE CADRE DE LA SUPERVISION

La supervision se situe dans le cadre du travail de soin. Celle dont il est question ici se fait dans un Hôpital de Jour accueillant des enfants entre trois et six ans qui présentent des troubles envahissants du développement touchant à la relation, à la communication, aux diverses acquisitions.

En tant que stagiaire, je pourrai participer à deux supervisions qui concernent deux ateliers pour lesquels je ne suis qu'observatrice : un atelier « corps et langage », et un atelier projectif de pâte à modeler. Il s'agit donc de supervisions autour de prises en charge de groupes :

- le groupe « corps et langage » est constitué de trois enfants – Louis, Laurent, David – d'une orthophoniste et d'un psychomotricien. L'objectif de ce groupe est la découverte d'expériences sensorielles dans un cadre rassurant. Ces expériences seront supports d'échanges, qui favoriseront la construction de l'individuation, de l'altérité, du temps, de l'espace.

- le groupe « pâte à modeler » est constitué de trois enfants également – Cynthia, Nicolas, Yoan –, d'une orthophoniste et d'une infirmière psychiatrique. Dans cet atelier, l'objectif sera d'aider l'enfant, dans une situation d'interaction, à mettre du sens, du langage sur son vécu, ses émotions.¹⁹² L'infirmière a dû partir en milieu d'année, j'ai donc pris place progressivement dans l'atelier en tant que participante.

De manière générale, nous parlerons de « soignants » pour désigner à la fois infirmière, psychomotricien et orthophoniste. Le superviseur est un psychanalyste.

Le cadre est précis : les supervisions ont lieu une fois par mois pour chaque atelier, pendant une heure, et se déroulent sur le lieu de l'atelier. C'est donc ici le superviseur qui se déplace sur le lieu de travail. Comme nous le verrons par la suite, le cadre a son importance dans le soin apporté aux patients.

Au cours d'une séance, seront évoqués généralement un ou deux enfants. Il n'y a rien d'établi au préalable.

Bien que ne participant pas pleinement aux ateliers, en ma qualité d'observatrice, j'aurai malgré tout le droit de participer, de m'exprimer, en temps de supervision, ce que je ferai peu

¹⁹² Il s'agit de l'atelier présenté dans la partie « travail de symbolisation ».

au départ, jugeant important de laisser la place aux soignants. J'apprendrai néanmoins que la place d'observatrice aux ateliers ajoute un regard nouveau à l'équipe. Cela dit, les échanges ne concerneront pas seulement les temps d'atelier et je pourrai également rapporter mes propres observations.

Comme l'écrit Alain Delourme, « la supervision est une rencontre, une rencontre singulière entre un professionnel confronté à des difficultés et un autre professionnel dont l'expérience et les qualifications laissent présumer qu'il pourra apporter une aide. »¹⁹³ Le superviseur est un professionnel connaissant bien la relation soignante ; il va aider les soignants à « tenter de mieux comprendre les personnes et les situations qu'ils côtoient, et [aussi à] se responsabiliser par rapport à leurs inévitables prises de position tant conceptuelles que pratiques. »¹⁹⁴ Il a la charge d'accueillir et de contenir les émotions ou les mots chargés d'affects que les soignants viennent déposer dans le lieu de la supervision dont il est le garant.

Le superviseur a deux missions : former le praticien et prendre soin du patient. C'est donc une relation asymétrique entre le superviseur et les supervisés. Il garantit le secret de ce qui vient se déposer en séance. De par sa nature même, la supervision ne peut être qu'optionnelle.

Son dispositif est donc particulier. Ce n'est pas le même que pour des groupes de régulation ou de contrôle. La supervision n'est pas non plus une analyse, et même individuelle, elle ne peut remplacer une démarche personnelle pour le soignant.

¹⁹³ A. Delourme, *La supervision en psychanalyse et en psychothérapie*, Dunod, p. 70

¹⁹⁴ A. Delourme, op. cit., p. 71

2.4. AU CŒUR DES ÉCHANGES

Il existe différents types de supervision : certaines sont à dominante clinique, théorique, technique ou encore contre-transférentielle. Cela dépend du superviseur et du supervisé ainsi que du type d'institution.

Les séances de supervision auxquelles j'assisterai seront globalement davantage centrées sur le patient et les concepts que sur le praticien. Néanmoins le regard qu'il portera, sa manière d'être, ses ressentis, ses difficultés auront évidemment toute leur place. Le soignant aura une grande liberté pour évoquer ce qu'il veut dans ce temps de reprise. L'étayage théorique aura toujours une place importante.

Au cœur des échanges, l'enfant : sa construction, celle de son individualité. Rappelons ici que les enfants accueillis à l'hôpital ont des troubles importants de la personnalité. La supervision est donc relative aux troubles mêmes des enfants. Comment se construit alors l'enfant ? Quel est son rapport au corps, à la sensorialité ? Comment construit-il sa pensée ? Comment évolue-t-il dans son environnement, au contact de l'autre, enfant ou adulte ? Comment se construit son rapport au temps, à l'espace, à l'objet en général ? Comment s'inscrit-il dans le symbolique, dans l'imaginaire ? Comment habite-t-il le langage ? Quelles angoisses, défenses et résistances sont manifestes ? Comment sont-elles à l'œuvre ? Comment les comprendre, les appréhender ? Que suscitent-elles chez le soignant ? Quel cadre est proposé ?, etc. Autant de questions qui seront centrales en supervision.

L'enfant sera toujours considéré comme cheminant, s'inscrivant dans une dynamique. Le comportement – au sens large – qui peut apparaître de prime abord relativement « chaotique », par le travail de supervision, se révèle « orienté » : il est toujours pris comme une tentative de l'enfant pour faire quelque chose, de lui, de l'autre, de son environnement ; pour se soulager, s'organiser, représenter quelque chose, etc. Nous y voyons liens et articulations. Un sens peut être recherché et supposé, rendant possible la relation de soin. Nous y reviendrons dans la suite de ce travail.

2.5. LES RESSORTS DE LA SUPERVISION

PAROLE ET SAVOIRS PARTAGÉS

Durant les séances de supervision auxquelles j'ai assisté, la parole est libre, partagée, et les échanges nombreux. C'est le soignant qui initie l'échange, en rapportant des éléments – ses observations – concernant un enfant ; éléments liés aux séances passées ou à des faits plus extérieurs à ces séances. Le soignant se place dans un registre essentiellement descriptif et non interprétatif. Un premier travail de reprise par les soignants après les ateliers aura été fait, permettant de partager les différentes subjectivités des soignants.

Les deux soignants présents peuvent construire conjointement leur discours sur l'enfant en articulant leurs différentes observations. Malgré un certain cadre, il y a une spontanéité dans les échanges, donc une non-maîtrise, ce qui peut être vu comme une condition pour qu'émergent des effets de sens. Le partage de la parole sera évidemment inégale selon les séances.

Dans les échanges, il n'y a pas de questions directes adressées au superviseur. Il ne s'agit pas d'échanges sous forme de questions-réponses, même si, comme nous le verrons, il est supposé un savoir au superviseur. Par ailleurs, à une énigme soulevée, il ne s'agit pas de trouver la solution, simplement ; nous reviendrons plus longuement sur ce point, par la suite.

En réponse aux observations délivrées par les soignants, le superviseur propose une réflexion, par associations d'idées, d'ordre théorique, qui aboutit le plus souvent à un questionnement relatif à l'enfant évoqué et à nos réactions vis-à-vis de certains de ses comportements, la place de laquelle on a répondu par exemple. Il se construit alors de vraies interrogations qu'il faut pouvoir soutenir, avec parfois une absence de réponse immédiate. La question peut être laissée en suspens, soulignant le possible nœud d'un problème que le soignant va pouvoir approcher.

À la suite des propositions du superviseur, les soignants réagissent sur ce qui a été dit et enrichissent encore la réflexion en rapportant d'autres éléments qui auront été associés et ainsi de suite. La subjectivité est tout à fait de mise.

Les différents savoirs se conjuguent. Une place est donnée à tous les discours. Chacun des participants est dans une position de « chercheur ». Plus qu'un cours de psychologie, – même

s'il est question pour les soignants d'acquérir un certain savoir, d'apprendre quelque chose de l'enfant et de sa relation avec lui – il s'agit d'une invitation à la réflexion. Les soignants se disposent à réfléchir avec l'aide du superviseur, qui, nous pourrions dire, se positionne plus comme alter ego que comme maître.

Le dernier prend des précautions pour souligner qu'il s'agit de ses propres associations et limite ainsi sa place de sujet supposé savoir. Ses différentes hypothèses ainsi que le large éventail de références proposé traduisent ensemble l'idée qu'il n'existe pas un unique modèle auquel le soignant aurait à se référer. Au récit du soignant, aucune réponse n'est apportée à la manière d'une interprétation certaine. Le superviseur prête simplement au soignant un peu de ses capacités de penser.

EXEMPLE DU DÉROULEMENT D'UNE SÉANCE

Pour cette séance de supervision, le point de départ de la réflexion est la répétitivité des scènes qu'une enfant, Cynthia, met en jeu. Elle joue en atelier de pâte à modeler de manière répétitive la mort de ses parents (fictive).

Il est rapporté en supervision les propositions qui lui sont faites sur le temps de jeu, à la suite de la mort des parents, comme celle de venir habiter dans la maison du soignant par exemple. Rappelons ici que chacun des personnages, y compris le soignant, a sa propre maison. La proposition qui est faite par le soignant par ailleurs serait à questionner. L'enfant ne peut se saisir que temporairement de cette proposition. Cela ne tient pas. Le superviseur évoque la possibilité d'un désir d'autonomie de l'enfant. La mort des parents pourrait être une tentative pour faire exister, à côté de l'identification primaire à l'enfant imaginaire, une deuxième image, celle de son propre désir. Un point théorique est proposé par le superviseur sur les images et la psychose (comme forclusion du nom du père), avec l'idée que quelque chose de l'image de la mère pourrait ne pas laisser de place au père.

Le superviseur nous invite à voir comment cette mise en scène de la mort parentale pourrait être pensée comme une affirmation d'une agressivité positive, à voir donc de manière positive. À la suite de cela, un des soignants remarque qu'en effet, ce sont peut-être eux, les soignants qui amènent le côté négatif.

Les angles de vue proposés sont nombreux. Cette « mise à mort » peut être aussi considérée comme l'expérimentation d'un sadisme. Le superviseur questionne alors le rôle de la matière – la pâte à modeler – qui peut induire cela. Il est rapporté par les soignants qu'il est

fortement question du corps dans ce type d'atelier : souvent un corps démembré, avec des « pertes de tête », etc. Et dans ces « dispersions » du corps, une demande de consolidation du corps peut être faite au soignant, quand ce n'est pas le soignant, lui-même qui, pris dans son désir de thérapeute, se propose de réparer l'enfant, amené à répondre à nos propres demandes de réparation inconsciente, comme le souligne le superviseur.

Dans la suite des échanges, un retour est fait sur l'aspect répétitif de ces mises en scène et il est évoqué le risque, selon les soignants, que les autres enfants en soient envahis. Pour contrer ce risque potentiel d'envahissement sur tout l'espace de jeu, les soignants expliquent leur proposition – déjà mise en place dans la pratique bien avant cette situation – : il y a un lieu d'accueil spécifique, un hôpital (en pâte à modeler), espace circonscrit et contenant, dont un des deux soignants a la charge, à tour de rôle, n'assumant pas alors la charge d'un personnage.

Le superviseur souligne que Cynthia fait exister quelque chose qui la préoccupe : elle vient faire un commentaire qu'elle répète. Il nous faut donc considérer le principe même de répétition à l'œuvre chez Cynthia : un corps toujours douloureux, une quête affective qui paraît insatiable, la répétitivité et la pauvreté de son discours dans le jeu, etc. Sont introduits dans la réflexion les signifiants tel que « éborgné », « perdre la tête ». Est questionnée ensuite, pour Cynthia, la possibilité de jouer. Le superviseur rappelle l'importance du jeu, cette « autre scène » selon S. Freud. Quelle capacité alors a cette enfant de jouer ? Quelle valeur peut avoir le jeu pour Cynthia ?

L'attention va ensuite se porter sur un autre enfant du groupe, Yoan. Il est rapporté la manière particulière qu'il a de s'accaparer les autres enfants. Il peut dire d'un autre enfant qu'il est « à lui », et se mettre alors en grande rivalité avec les autres enfants qui s'adresseraient à cet « enfant-objet ».

Dans son rapport à l'autre, et notamment à l'adulte, il s'impose. Sa demande d'amour l'oblige à être dans une concurrence permanente avec les autres enfants. Il ne peut y avoir que lui, et ce de manière constante. Le superviseur rappelle que l'enfant, très tôt, fait le constat qu'il a besoin d'aide, avec une demande nécessaire pour son auto-conservation, pour sa sexualisation, ce qui ne le dégage pas de sa détresse. Cette remarque, trouvant son origine dans un questionnement sur Yoan, va apporter de nouveaux éléments de réflexion sur la dynamique de Cynthia. Il sera questionné l'angoisse chez cette enfant : la mort, la conservation, l'intégration du sexuel.

Nous voyons dans ce court extrait comment la parole est partagée et comment le superviseur nous invite à ne pas focaliser sur un élément de l'enfant, mais à essayer plutôt de le mettre en relation à d'autres, en suivant des associations. Il nous invite à envisager les actes sous différents points de vue, à les articuler. Il donne à voir la complexité humaine avec laquelle il faut apprendre à travailler, sans chercher la simplification, qui pourrait pourtant soulager le soignant.

PAROLE ET ÉCRITS EN SUPERVISION

La parole est l'outil de référence de la supervision, ce sur quoi elle se fonde. En travail préalable à la supervision, comme nous l'avons dit précédemment, des reprises sont faites systématiquement après les temps d'atelier, ce qui permet une première mise en mots, une ouverture à la réflexion. Sont repris les actes, les attitudes, les mots de l'enfant, ainsi que les propres réactions des soignants. Comme l'écrit Y. de La Monneraye : « Pour le rééducateur, le travail n'est pas terminé avec la fin de la séance. Commence alors ce qu'on pourrait appeler le travail hors séance, c'est-à-dire l'obligation de s'interroger sur les réactions personnelles que l'on a eues pendant la séance. »¹⁹⁵ Le soignant procède dès ce temps de reprise, à une reconstruction de l'expérience vécue. À partir des éléments qu'il a perçus et qu'il va sélectionner, il va élaborer un récit.

La supervision sera donc l'occasion de confronter ce récit subjectif au regard et à la parole d'un tiers, ici le superviseur, qui ignore ce qui a été réellement vécu dans le temps de la séance. Cela assure donc à ce dernier une certaine distance pour ne pas être aux prises avec la réalité de l'expérience et percevoir ainsi des manifestations de l'inconscient. Le fait de soumettre son travail au contrôle d'autrui aidera également le soignant à se détacher de ses visions premières et permettra, de ce fait, une construction visant une certaine objectivité sur l'enfant. « Dis-moi ce que tu vois et je te dirai ce que c'est »¹⁹⁶, comme l'écrit Gaston Bachelard.

Il va s'agir pour le supervisé de s'imposer de tout ramener au registre de la parole pour pouvoir percevoir ce qui est en jeu, pour mieux entendre ses propres actes. C'est un espace où il peut être mis des mots sur les effets, dans sa personne, de sa mise en relation avec le patient

¹⁹⁵ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 56

¹⁹⁶ G. Bachelard, *La formation de l'esprit scientifique*, 1ère ed. Nathan, p. 241

et « le simple fait de se dépendre de la situation dans laquelle on était enfermé suffit pour que l'enfant soit à nouveau en mesure de poursuivre son propre cheminement. »¹⁹⁷

Nous ne reviendrons pas ici de manière détaillée sur les effets de la parole que nous avons développés dans la première partie de notre mémoire. Néanmoins, nous pouvons juste remarquer ici que les effets de la parole sont notables pour le thérapeute, comme ils le sont pour le patient. Le travail d'élaboration psychique par la parole est fait par le soignant. C'est ce travail d'élaboration qui permettra par la suite au soignant de contenir les émotions du patient sans risquer à tout moment d'être débordé. La supervision sert donc directement le patient, par l'intermédiaire du soignant.

¹⁹⁷ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 57

2.6. DE L'INTÉRÊT DE LA SUPERVISION

« Filer droit » dans un unique et même thème, pour reprendre la liberté de ton des séances, serait presque l'antithèse de la supervision, et de la psychanalyse. C'est pourquoi le plan que nous proposons ici pour la suite de cette partie, ne sera « organisé » que dans une certaine mesure. Ainsi, il permettra de ne pas dénaturer le libre cours laissé à la pensée, qui est bien le propre de la supervision.

Si la supervision pouvait être résumée à un message, il pourrait être celui-ci : « Ne nuisez-pas » et « restez vivants »¹⁹⁸. Il s'agit donc avant tout d'une protection d'ordre thérapeutique, pour l'enfant et pour le soignant. A. Delourme soumet une question au supervisé, qui nous semble tout à fait résumer l'intérêt de la supervision : « Est-ce que la supervision vous rend plus ouvert, plus vivant, plus créatif, plus libre ? »¹⁹⁹ En somme meilleur. Meilleur dans le soin à apporter au patient, car la supervision, si elle aide le soignant est avant tout un dispositif mis en place pour aider le patient. Cette idée sera développée tout au long de cette partie.

CRÉATION D'UN ESPACE POUR PENSER : ESPACE EXTERNE, ESPACE INTERNE

À plusieurs reprises, au cours des séances auxquelles j'ai assisté, les soignants ont pu faire le constat, notamment grâce à l'aide du superviseur, que certains enfants, par leur comportement – au sens large – figeaient en quelque sorte leur capacité de penser. Cela est courant pour les soignants qui s'occupent d'enfants autistes ou psychotiques. La supervision va donc être un espace proposé pour remédier à cet état d'arrêt de la pensée, parce que précisément, dans un premier temps, elle vient le souligner au soignant. Elle va favoriser la création d'un espace interne de pensée pour chaque soignant.

La supervision est un espace pour développer une pensée créative, critique qui permet de dégager de manière plus consciente les propositions et réponses de chacun. Ce n'est pas un espace pour reprendre ce qui de l'ordre de l'intime, mais pour continuer de penser : penser l'enfant, notre pratique. La volonté de mettre du sens apparaît être la clé du soin.

¹⁹⁸ A. Delourme, op. cit., p. 77

¹⁹⁹ Ibid.

L'existence de cet espace permet de mieux vivre certaines situations, car le soignant sait qu'il pourra en parler. Ces situations « difficiles » vont pouvoir être projetées quelque part, rebondir ; donc la tentation inconsciente de les nier, parce que douloureuses par exemple, sera moins grande. Cela va ainsi l'aider à tenir une position de soignant, en le remobilisant régulièrement et en lui permettant de réinvestir la place qu'il peut avoir dans cette dynamique thérapeutique particulière.

Cette ouverture ou ré-ouverture à la pensée pourra apporter un vrai soulagement au soignant. Cela est souvent manifeste après les séances de supervision.

FORMATION DU THÉRAPEUTE

La supervision, par la voie du superviseur, va participer à la formation continue du thérapeute et ce, sur de nombreux plans. Elle le forme dans le sens où elle apporte un certain nombre de savoirs, de connaissances théoriques. Elle permettra de mieux entendre plus particulièrement, dans notre cas, ce que sont l'autisme, la psychose. Ainsi, une meilleure compréhension de l'enfant dans ses processus dynamiques, dans sa relation au monde permettra au soignant d'ajuster en permanence la distance qu'il met entre l'enfant et lui.

Par son dispositif d'écoute, elle lui va signifier l'importance de son observation, de sa prise en compte des détails.

Nous écoutons plus avec ce que nous sommes, qu'avec ce que nous savons consciemment. La supervision va aider le soignant à ouvrir une réflexion sur lui-même, pour mieux se connaître, se comprendre, savoir ce qu'il fait et pourquoi il le fait. La supervision lui apprend à extraire des savoirs en s'appuyant sur sa subjectivité. Comme l'écrit Maria Gilbert, elle va « favoriser un processus d'autoréflexion qui va lui permettre d'entamer une réflexion et d'évaluer son travail thérapeutique, pour pouvoir petit à petit développer un *superviseur interne* fiable. »²⁰⁰ Nous revenons là à la notion d'espace interne précédemment évoquée.

Mauriac, dans *Le sagouin*, évoque un père qui « n'entendait son enfant qu'à travers son propre tumulte. » Pour le soignant, s'il s'agit d'utiliser sa subjectivité, il devra néanmoins pouvoir bien différencier le tumulte du patient de son propre tumulte ; distinguer la part de soi, la part de l'autre.

En tant que thérapeute, il est tenu d'essayer avant tout d'y voir plus clair en lui : comme l'écrit Mireille Cifali, « toute subjectivité – à commencer par la nôtre évidemment – devrait

²⁰⁰ M. Gilbert, *La supervision en psychanalyse et en psychothérapie*, p. 83

être soumise à un questionnement [...] comme professionnels, nous sommes mis en demeure de nous y repérer dans notre complexité. »²⁰¹ Il est intéressant de constater que les objectifs de la supervision en terme de formation du soignant ne se distinguent pas des objectifs que ce dernier a pour les patients qu'il prend en charge ; ainsi, comme l'écrit Edmond Marc, « les buts de la supervision sont, pour le thérapeute, similaires à ceux de la thérapie pour le patient : l'individuation, l'autonomie, la responsabilité et la liberté. »²⁰²

PENSER TOUT ACTE COMME MOUVEMENT

C'est ce que la supervision va mettre en avant.

Ici, l'exposition d'une situation à titre d'exemple : en début de séance de supervision, le soignant raconte comment un enfant, Louis, à plusieurs reprises au moment d'entrer dans la salle de l'atelier « corps et langage », au lieu de s'arrêter devant la porte de cet atelier, continue de faire quelques pas et vient coller tout son corps contre la porte d'un autre atelier, l'atelier « cocoon ». Il est évoqué également que Louis manifeste quelques changements d'attitude quand vient le rituel de comptine en fin d'atelier : il est davantage « présent », son regard se dirige vers nous. Le superviseur évoque alors la notion de « premier moi » de M. Klein : est rejeté ce qui est mauvais et gardé ce qui est bon. Dans notre atelier, il y a juste quelques domaines qui ne sont pas rejetés par Louis : la comptine en est un. Le superviseur précise que dans le monde du délirant, ce qui déplaît est rejeté, comme ne faisant pas partie de son monde. Ses déplacements alors devant la porte « cocoon », son changement d'attitude au moment de la comptine ne pourraient-ils pas être pensés comme des tentatives de construction d'un espace, d'un moi avec l'accueil de bons objets ? Est-ce ce que Louis nous donne à voir ? En Lui, il y a beaucoup d'agressivité, de souffrance : il se présente très douloureux, criant. Le superviseur souligne que le moi se construit aussi autour de la séparation et que cette agressivité peut être de l'ordre d'une participation au processus de séparation.

Nous pouvons donner un autre exemple, celui de Nicolas, enfant qui se tient presque constamment en balancement sur sa chaise, donc dans un état de déséquilibre. Ce déséquilibre est pensé en séance. N'est-il pas une recherche de sensations dans un décollement à quelque chose ? Est-ce que ce balancement, ce décollement sensoriel ne pourrait pas être une pré-intégration de quelque chose de plus symbolique chez ce patient qui est par ailleurs dans un collage maternel ?

²⁰¹ M. Cifali, *Pratique des mots*, n° 77, p. 22

²⁰² E. Marc, *La supervision en psychanalyse et en psychothérapie*, p. 32

Si le soignant a en lui la profonde certitude que l'enfant autiste ou psychotique tente de construire quelque chose au travers de ces actes, tente d'intégrer quelque chose – la question sera souvent posée au niveau de notions complexes telles que la spatio-temporalité par exemple –, cela oriente nécessairement sa pratique. Souligner tout acte, toute acquisition même si elle est ténue, c'est dire à l'enfant : « je te vois grandir. »

Ce qui est narré au superviseur, c'est une situation qui nous préoccupe ; elle n'est pas grave dans l'absolu. Elle peut être très dérangeante pour les soignants, mais plutôt intéressante pour l'enfant, comme par exemple l'apparition du « non » chez le jeune enfant qui est nécessaire, mais qui n'est pas sans poser quelques difficultés aux parents !

PENSER LA DEMANDE DE L'ENFANT

Comment penser la demande ? Voici un exemple d'une séance de supervision qui a pu ouvrir des voies de réflexion sur la demande mais également sur d'autres aspects.

Il est abordé dès le début de cette séance de supervision la question de la plainte chez un enfant, Yoan. Il est dit que Yoan, en séance de pâte à modeler – lieu de toutes les projections – s'adresse à l'autre, à l'adulte principalement, sous la forme de plaintes, somatiques pour l'essentiel. Il revêt pour les soignants l'image d'un petit « Calimero » qui privilégie ce mode de relation pour qu'on s'occupe de lui.

Lors d'une séance, il a monopolisé l'attention, et de l'adulte, et des autres enfants, d'une manière tout à fait inédite. Son personnage en pâte à modeler souffrait, gémissait de manière extrêmement bruyante, avec des mouvements de gorge intenses ; il haletait, toussait, de manière très spectaculaire, jusqu'à en pleurer... Un corps très douloureux, donc mis en scène avec un fort investissement de Yoan à ce moment là, qui allait jusqu'à interdire chez les autres toutes formes de réaction. Il sidérait. Malgré les soins proposés par l'adulte mais aussi par Cynthia – toujours en imitation de l'adulte – cela continuait. Nous pourrions nous demander qui pleure, lui ou son personnage, mais une fois le temps de jeu terminé, il y a une coupure nette et rapide, avec un retour dans la réalité où la souffrance n'est absolument plus manifeste. C'est un enfant rieur qui se présente.

Il rejouera également la séance suivante dans les cris et les larmes, dans un jeu de désespoir, de mal-être lié à ses pertes – sa queue de lion, ses pics de hérisson qui n'ont de cesse de se détacher, etc. Il apparaît au soignant que, plus que de soin, il a un besoin intense

d'expression. peut-être est-ce aussi une manière de mettre l'autre dans l'incapacité la plus complète : « J'ai mal, j'ai mal... » mais vous ne pouvez rien faire pour moi.

Lors d'une autre séance, il joue à nouveau des scènes très violentes – la mort du père – et ce qui est frappant pour les soignants, c'est qu'il refuse toute aide. Il maintient une distance en signifiant qu'il veut rester seul dans sa maison, tout en continuant de gémir en nous regardant. Plusieurs fois, il mettra en scène la mort du père ou de la mère.

Le superviseur nous invite à réfléchir au départ sur la plainte de gorge, comme lien entre le corps et le moi. Le moi, pour S. Freud, est une réponse au manque d'objet. Il s'agit de retrouver l'objet perdu. Le corps apparaît alors comme quelque chose à réparer. Le superviseur nous propose de réfléchir à la manière dont il met en jeu son corps. Il est rappelé à ce moment-là que Yoan présente de l'eczéma – assez diffus – et que les parents ne dispensent pas de soin pour cette affection. Eczéma, qui comme le signale le superviseur, peut être la représentation d'une limite brûlante avec l'autre, de quelque chose de brûlant dans la relation.

La plainte est ensuite mise en lien avec l'agressivité de Yoan. Il est rappelé par les soignants les nombreux « te tuer » que l'enfant a pu nous adresser. Le superviseur émet l'hypothèse que cette agressivité pourrait venir du fait que l'autre n'a pas l'objet. Il y a donc articulation entre agressivité et manque d'objet. La mère n'apporte pas tout, elle est en partie impuissante. Comme l'a pensé D.W. Winnicott, auquel fait référence ici le superviseur, on ne peut pas vivre sans le manque d'objet.

Comme il est impossible d'échapper à la souffrance, il s'agit pour tout un chacun de pouvoir faire de ce manque quelque chose de non-destructeur.

En tant que thérapeute, on peut aider à définir un espace pour penser le manque d'objet. La psychothérapie peut apparaître alors, comme nous invite à le penser le superviseur, telle une création de roman. Il s'agit pour chacun de partir de ce manque d'objet intrinsèque à l'existence humaine pour aller vers un espace qui ouvre l'imaginaire, la créativité : de la frustration intolérable de Wilfred Bion, « la terreur sans nom » à la frustration tolérable ; aider à dépasser la persécution, accéder à un espace de réalité où l'on peut penser.

La réflexion se poursuit, un soignant en vient à interroger la possibilité d'un rapport entre l'agressivité de Yoan et son comportement de « collage » massif à d'autres enfants. Est soumise au questionnement cette imitation : est-ce une identification adhésive ? Vient-elle nier la différence avec autrui ? Yoan, au contraire est-il en train d'assimiler quelque chose ? S'identifier à l'autre, ne serait-ce pas un moyen trouvé pour prendre en compte l'autre, la

dimension de l'autre, sans être l'autre ? Quelle intégration y a-t-il dans ce moi, de divisions, de complexité ?

L'omniprésence en séance de la mort chez Yoan est ensuite questionnée. Pour le superviseur, il pourrait s'agir qu'une question toujours « toxique » car non élaborée. La question de la mort est articulée dans le lien à la mère. Comment du côté de l'imaginaire la mort de l'Autre circule-t-elle ? Comment les choses sont-elle pensées par l'Autre ? peut-être ici un appel de l'enfant en demande d'une réponse détoxifiée de la mère, une tentative de rendre signifiant un message porté qui est nocif ? Par sa mise en scène dans le jeu, Yoan serait-il alors, dans un effort de captation, de représentation, de symbolisation, de sublimation ?

Il s'agira d'accompagner Yoan dans l'ouverture de cette question, pour « assainir » le lieu.

Nous revenons ensuite à la plainte, la plainte en tant qu' « amour de la demande » pour S. Freud. Le superviseur rappelle que la première défense de l'enfant – manifestant un déplaisir – passe par la projection. Pourrions-nous entendre alors cette plainte comme une projection pour « se débarrasser » de quelque chose ? Comment allons-nous répondre à cela ? Comment restituer ce sentiment d'impuissance en parvenant à repérer ce qui est à lui, ce qui est à nous ?

Selon le superviseur, il s'agirait de pouvoir faire apparaître à l'enfant une « incompetence positive », liée à notre propre condition manquante. Un chemin vers la castration...

Cette supervision a eu lieu en cours d'année. Depuis, nous avons pu observer une complexification de la demande chez Yoan qui va de pair avec le développement de son langage qui, pendant de longs mois, n'était que jargon quasiment incompréhensible, mises à part quelques stéréotypies verbales telles que « te tuer ». Son dire peut donc être aujourd'hui repris, la question, élaborée dans un lien transférentiel ; l'enfant s'affirme... En somme, le symbolique prend place.

PENSER AUTREMENT...

Michel Foucault écrit : « Il y a des moments où la question de savoir si on peut penser autrement qu'on ne pense et percevoir autrement qu'on ne voit est indispensable pour continuer à regarder ou à réfléchir. Le travail critique de la pensée sur elle-même ne consiste-t-il pas, au lieu de légitimer ce qu'on sait déjà, à entreprendre de savoir comment et

jusqu'où il serait possible de penser autrement ? »²⁰³ Cette citation illustre un des enjeux du travail entre superviseur et supervisés : penser autrement. C'est pouvoir, à certains moments, faire table rase de nos savoirs. En tant que thérapeute, nous sommes donc soumis à un travail constant pour ne pas nous enfermer dans nos savoirs, pour ne pas enfermer l'autre à coup d'interprétations qui nous seraient « faciles », intellectuellement et psychiquement. C'est essayer de nous défaire de nos représentations, de nos idées pré-conçues liées à ses ressentis.

Il est connu par exemple que les enfants autistes ont souvent une prédilection pour les objets durs ; mais qu'est-ce que l'expérience du dur ? Cette question sera posée en supervision. Le dur sert à quelque chose. Or, le soignant peut avoir tendance à ne le relier qu'à du négatif, du douloureux, donc du non-souhaitable. Or, le mou d'un oreiller par exemple, de par sa forme modulable, sa non-fixité, peut donner l'impression à l'enfant de se répandre, de se modifier. L'enfant pourra donc avoir besoin de faire l'expérience du dur ; ce dur, qui le contiendra en lui opposant une résistance. Le thérapeute sera donc invité à penser d'autres articulations.

Penser autrement, c'est pouvoir faire table rase de ses jugements. Cela suppose de détacher les comportements de leur valeur morale, de leur valeur légale, pour les repenser. Dans tous les cas, c'est éviter la pensée automatique. Prenons l'exemple des comportements répétitifs chez les enfants autistes. Il y a une tendance à les qualifier d'enfermants, infructueux, stériles. Pourtant, il faut pouvoir toujours laisser un espace ouvert pour les envisager autrement.

Louis est un enfant qui ne parle pas. Il produit de manière assez constante une litanie – terme que nous savons déjà connoté. Quand on s'approche de lui, il a tendance à augmenter l'intensité de son chant. Cette question du chant et du rythme sera abordée en séance. À quoi sert cette permanence du chant ? Est-ce un jeu fermé, uniquement auto-sensuel ? Cette enveloppe sonore sert-elle à nous maintenir à distance ? N'est-elle que défensive ?

Le superviseur nous invite à penser la rythmicité comme un langage, avec des éléments culturels que l'on intégrerait progressivement... vers le symbolique.

Pour Louis, il faut peut-être voir là une tentative pour organiser quelque chose, pour s'inscrire à minima dans un code commun, dans une référence au temps qui permettrait une maîtrise partielle du monde. Le superviseur nous invite à multiplier les angles de vue. Un regard esthétique peut être porté sur les productions sonores de Louis, donc une ouverture... esthétique ; une rencontre autour du beau, par un autre qui valorise aussi le beau.

²⁰³ M. Foucault, *L'usage des plaisirs*, Gallimard, 1984, p. 5

Ce regard porté va impliquer des changements chez l'enfant, dans cette relation « humanisante », qui en retour, provoqueront des changements chez le soignant, etc. À la suite de cette supervision, une attention plus particulière sera portée sur les chants dont Louis est l'auteur : il sera remarqué entre autres le grand nombre de rythmes différents et leur complexité.

Les enfants psychotiques ou autistes, sont porteurs d'une étrangeté certaine pour les soignants. Il faut apprendre à accueillir cet espace qui nous est étranger, comme autre chose que ce qui doit disparaître. Pour nous, pour l'enfant.

Vouloir penser autrement peut demander un véritable effort. Essayer de pénétrer dans le psychisme d'un autre en imagination peut réveiller facilement les défenses des soignants, et ce à plus forte raison quand il s'agit d'enfants autistes ou psychotiques : par l'archaïsme des pulsions, des angoisses, par l'absence possible d'imaginaire, etc. Par protection narcissique et parce que c'est plus rassurant, le soignant peut donc rester dans une forme d'hermétisme. L'impossibilité de penser autrement qu'on ne le fait peut venir d'un contre-transfert fort qui peut enchaîner, d'une certaine façon, notre pensée. Elle peut aussi être liée plus simplement à une difficulté d'accueillir la pensée de l'autre.

Non seulement il faut, pour le thérapeute, lâcher son savoir, ses constructions rassurantes qui lui permettent de supporter, en tant qu'être humain, d'aller vers l'inconnu de l'autre, son étrangeté ; mais encore, il ne pourra en gagner aucune certitude, aucune réponse stable qui le rassurerait à nouveau. C'est ce que nous allons voir dans la prochaine partie.

Cet aspect de la supervision est très intéressant pour le soignant, car il est soutenu dans cette prise de risque par le superviseur qui l'y engage par ailleurs. C'est lui qui « ouvre les vannes » d'une pensée « nouvelle ».

SUPPORTER DE NE PAS COMPRENDRE

Chaque séance avec les patients donne lieu à des situations d'incompréhension, ce qui est certainement plus manifeste avec les patients psychotiques ou autistes. Si la supervision, nous l'avons vu, va aider le soignant à mettre du sens, elle va surtout l'aider à supporter de ne pas comprendre.

Nous pouvons ici présenter un extrait d'un texte d'A. Delourme qui, pour nous, dit l'essentiel de notre propos et qui fait le lien avec la partie précédente. Il écrit : « Les praticiens et les superviseurs sont habitués à chercher un sens caché aux phénomènes psychiques et aux

situations humaines qui sont souvent présentés comme insensés ou absurdes. [...] Mais pour ce faire, il leur faut passer de nombreuses fois par une étape difficile, parfois douloureuse, qui est celle de la non-compréhension. Plutôt que de se contenter d'une explication superficielle, et plutôt que de rejeter la question évoquée ou la situation concernée sous prétexte qu'elle serait trop compliquée, ils supportent de tenir ouverte la thématique et, pendant un temps plus ou moins long, de ne pas saisir de quoi il retourne. Cette attitude requiert de l'obstination certes mais aussi la capacité autant émotionnelle qu'intellectuelle de supporter durablement ce qui apparaît phénoménologiquement comme une souffrance : un état d'incompréhension que beaucoup de supervisés associent hâtivement avec un manque de connaissances ou avec une insuffisante analyse de leur monde conscient et inconscient. Même si ces registres sont à prendre en considération, il importe d'insister sur un autre aspect qui est l'acceptation de ne pas comprendre. Ce ne sont pas là seulement les limites intellectuelles du praticien ou l'insuffisance de l'exploration de son monde interne qui sont à prendre en considération, mais aussi la complexité infinie des faits psychiques et relationnels et donc le caractère inévitable des temps de confusion psychoémotionnelle ou du sentiment de vacuité. C'est même le développement de la capacité à supporter ces temps-là, sans se jeter sur des idées toutes faites ou des interprétations de surface, qui permettra au praticien d'affiner son sens clinique et son tact relationnel. La recherche, ici soutenue, de compréhension n'est donc pas l'application défensive et stérile de recettes psychologiques attribuant du sens à tout ce qui se présente mais la capacité à endurer une certaine souffrance psychique liée au fait que les portes de l'entendement restent longtemps ouvertes alors que rien ne semble apparemment y entrer, encore moins en sortir. »²⁰⁴

La supervision, par le biais du superviseur, va aider le soignant à tenir cette position difficile. Il va garantir le maintien de l'ouverture de la question car le véritable enjeu de la supervision est bien de poser des questions pour continuer de penser.

Autrement dit, « le superviseur aide le supervisé à sortir de l'obscurité et de la confusion tout en l'invitant à supporter une dose de malaise liée à l'incompréhension d'une grande partie du matériel clinique que les patients lui apportent. Aux interrogations sur les théories qui rendent compte partiellement, et parfois partialement, de l'homme et de ses conduites s'ajoutent de nombreux doutes sur la pratique concrète. Cela fait partie du travail de supervision que de maintenir ouverts les questionnements, de continuer à problématiser en

²⁰⁴ A. Delourme, op. cit., p. 73

supportant l'anxiété que cela peut provoquer. »²⁰⁵ Le thérapeute, s'il n'a recours à aucun type de pratique d'analyse où il y a un tiers – qui lui n'a pas d'angoisses à recouvrir liées aux prises en charge –, pourra courir le « risque de fermer les choses, de chercher à tout prix la « bonne » explication quitte à se culpabiliser »²⁰⁶, comme l'écrit Y. de La Monneraye. Cependant, l'auto-analyse est aussi un outil intéressant.

Nous avons choisi de présenter deux parties de séance de supervision : la première illustre simplement comment une question, tout en restant ouverte, permet de cheminer : Nicolas, au cours des ateliers de pâte à modeler, vole des bouts de maison de l'adulte et ce, sur plusieurs séances. Or, cela est interdit dans le jeu. Suite à ces vols, il y a un rappel systématique à la loi. Quand il n'est pas pris en « flagrant délit », il signale lui-même son vol à l'adulte. La question de son acte est posée en supervision. En se dénonçant lui-même, cherche-t-il à annuler son geste, à le reconnaître ? Est-ce une tentative par la parole de réparer son geste ? Est-ce une tentative pour vérifier l'attitude de l'autre qui est attaqué ? Il instaure un rapport particulier à l'autre qui est celui d'un rapport à la loi. Que cela signifie-t-il pour lui ? Est-ce le signe d'une culpabilité insupportable ?

Le deuxième extrait de supervision à proposer est intéressant car superviseur et supervisés en sont venus à interroger, au cours de la séance, le désir de comprendre et la réponse apportée au fait de ne pas comprendre. La discussion initialement liée un enfant, et en particulier à un diagnostic, va être le support d'une réflexion sur le sens de nos terminologies, leur évolution, leur impact dans notre pratique ; comment les mots que nous utilisons témoignent-ils de notre rapport à l'étrangeté avec laquelle nous avons à travailler, à vivre ? Ce rapport à l'étrangeté, liée à l'incompréhension, est à questionner pour chaque thérapeute. Que mobilise-t-elle ?

Comment, par exemple, le fait de considérer l'enfant en terme de structure autistique – signant un arrêt psychique, une fixation –, plus qu'en terme de traits, permet-il au thérapeute de « structurer » lui-même sa pensée, réduire l'étrangeté, et donc apaiser ses angoisses ? Par la théorisation, quelle tentative de neutralisation ? Le savoir n'est-il pas un formidable recours pour se tenir à distance et ne plus rien avoir affaire avec la chose en question ? L'étrangeté, « du drame que l'on cherche à transformer en connaissance ? »²⁰⁷

²⁰⁵ Ibid. p. 75

²⁰⁶ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 230

²⁰⁷ A. Delourme et E. Marc, op. cit., p. 3

Un des soignants fait part d'un lien – que nous pouvons qualifier de non-médical – entre grain de beauté et autisme (il est remarqué un nombre étonnant de grains de beauté sur les parties génitales chez les enfants autistes). Ce lien peut être vu comme une tentative de faire quelque chose de l'étrangeté. Un parallèle est proposé par le superviseur entre les tentatives des soignants de mettre du sens, en cherchant à traduire des signes, et l'interprétation des signes énigmatiques du bébé que les parents font, ce qui permet de diluer leur angoisse, et en retour permet à l'enfant de se développer. Le superviseur va faire le lien entre les tentatives d'explication des soignants et les théories sexuelles de S. Freud : pouvoir s'inventer des histoires est rassurant. Nous construisons des théories intermédiaires qui répondent à notre besoin de compréhension. La supervision est là pour s'autoriser à des fictions, qui ne sont pas à mettre en rapport systématiquement à un savoir universitaire. Tout cela, in fine, dans le but de maintenir le lien. La compréhension ou l'illusion de celle-ci, aura évidemment des répercussions sur le patient. Et, comme l'écrit A. Delourme, « le supervisé prend progressivement la responsabilité de ses questions et de ses réponses, comprenant que, bien souvent celles-ci sont incertaines et provisoires. Il a le droit d'utiliser librement ses héritages, sa priorité étant d'être utile à ses patients et non de correspondre aux dogmes d'une quelconque école. »²⁰⁸

PRENDRE SOIN DU SOIGNANT... POUR LE PATIENT

Dans l'institution, la supervision a valeur de soin. Les soignants témoignent volontiers du soulagement que la supervision leur procure à chaque rencontre.

Souvent, la supervision apparaît comme un exutoire, un espace dans lequel les soignants peuvent « lâcher » tout ce qui a été pris, assimilé, éprouvé en séance avec l'enfant. Cela peut être leurs inquiétudes « à propos de ce qu'ils peuvent faire face à tant de difficultés et d'errances. »²⁰⁹ Le thérapeute vient déposer quelque chose de lui-même, de son être avec l'enfant. La supervision est un espace où est légitimée l'existence des sentiments du thérapeute. Il va pouvoir être écouté, se confier sous le regard bienveillant, intéressé et non jugeant du superviseur. En effet, comme l'écrit A. Delourme, « il est là pour pouvoir se confier, en toute liberté, sans craindre les foudres de son superviseur. Le supervisé n'a pas à se justifier, encore moins à avouer. Il n'est pas là pour ça. »²¹⁰ Il va pouvoir dire sa difficulté de

²⁰⁸ A. Delourme, op. cit., p. 75

²⁰⁹ Ibid. p. 70

²¹⁰ Ibid. p. 71

tenir sa position de soignant. À l'instar de ce que nous proposons avec les enfants, le superviseur va être dans une position d'écoute.

Dans une certaine mesure, le soignant aura besoin de dépendre de lui. Il lui est donc demandé une fiabilité suffisante. La relation particulière partagée – nous pouvons dire transférentielle – permet de garantir au soignant son statut. Il fait tiers dans la relation. De cet espace mental que l'on crée avec le superviseur doit naître un espace entre l'enfant et le thérapeute.

On le voit, il y a des points communs entre le soin qu'on apporte à l'enfant et le « soin » qui nous est apporté en supervision.

Le superviseur transmet un modèle implicitement par son attitude qui peut aider le soignant dans sa fonction, dans son positionnement. Le superviseur tient une position qui supporte le doute dans ce cheminement dans les arcanes de la psyché. Il cherche dans la multiplicité des interprétations possibles, sans chercher la solution ultime. Il peut représenter une forme d'exemplarité pour le soignant.

Le superviseur soutient le soignant dont le narcissisme peut être mis à mal, concernant son savoir, ses qualités humaines, ses compétences professionnelles.

Sandor Ferenczi parlait d'« hygiène personnelle » du thérapeute. E. Marc écrit au sujet du thérapeute : « Celui-ci travaille avec ses connaissances et ses techniques, mais aussi avec sa personnalité qui est profondément impliquée dans sa relation au patient, en dépit de tout effort de « neutralité ». Le superviseur est là pour le soutenir face à ses limites, ses vulnérabilités et ses failles et faire en sorte qu'elles n'aient pas un impact négatif sur le processus thérapeutique. »²¹¹ Cela va limiter les effets de culpabilisation que nous avons évoqués précédemment.

Lutter contre le sentiment de vacuité en venant souligner les effets des prises en charge, l'évolution de l'enfant, est aussi un des enjeux implicites de la supervision. Au cours des séances, il arrive que superviseur et supervisés reprennent des notes datant de quelques mois ; pouvoir faire alors le constat de l'évolution d'un enfant est apaisant pour le thérapeute qui n'a pas toujours conscience de cette évolution.

Le superviseur est « contenant » avec les soignants comme ces derniers le sont avec leurs patients. Il peut donc être envisagé cette relation comme une relation de soin. Dans le cas de

²¹¹ E. Marc, op. cit., p. 32

psychopathologie grave, le soignant est face à certains risques de « dépersonnalisation ». Le superviseur alors, comme l'écrit Jean-Pierre Pinel, va « offrir un espace de contenance et de métabolisation des mécanismes de déliaison et de scission, de confusion et d'alliance pathologique inconsciente, mobilisés dans la relation aux sujets accueillis. »²¹² La supervision va aider à la « reconstitution » du soignant comme sujet, être de langage, avec sa personnalité. Elle va permettre d'éviter d'en arriver à des situations extrêmes de « burn-out », de repliement sur soi par culpabilisation, etc.

Même si elle prend la forme d'un service auprès des soignants, la supervision est avant tout au service des patients. Comme l'écrit E. Marc, « en arrière plan de la supervision, prévalent toujours l'intérêt du patient et le souci des finalités thérapeutiques. »²¹³

En effet, cette écoute du soignant – et du patient –, permet de maintenir le soin car le thérapeute a pu se libérer de toutes ces « charges » que nous avons évoquées. Cela lui permet d'être à nouveau disponible pour le patient, de l'investir, voire de le réinvestir. Cet investissement possible, va évidemment avoir un impact. Comme l'écrit E. Marc, « le travail de contrôle, par ce qui se dit explicitement – et par la force invisible du transfert de contrôle –, affecte bien évidemment le praticien et le modifie. Insensiblement, le praticien change d'attitude vis-à-vis de son patient et celui-ci, à son tour, réagit tout naturellement ; le patient ne peut donc qu'être influencé par les effets de la supervision même s'il en ignore tout. »²¹⁴

UN TEMPS POUR PENSER L'ENFANT DANS SA STRUCTURE FAMILIALE

D.W. Winnicott écrit : « Je ne pense jamais à l'état d'une personne que j'ai devant moi sans la mettre en rapport avec l'entourage et faire le lien avec la croissance de cet individu depuis sa conception et en tout cas depuis sa naissance. »²¹⁵

Le temps de la supervision – temps de l'« après-coup » – va pouvoir se définir aussi comme un temps pour penser l'enfant dans sa structure familiale ; un temps pour penser le comportement des parents, vis-à-vis de leur enfant, mais aussi de l'institution.

Réfléchir sur une des relations entre les trois « pôles » – l'enfant, les parents, l'institution – peut permettre d'éclairer d'autres relations, car il y a des transferts. En réfléchissant, par exemple, aux rapports qu'entretiennent les parents avec l'institution – opposition ou adhérence

²¹² J.-P. Pinel, *La supervision en psychanalyse et en psychothérapie*, p. 159

²¹³ E. Marc, op. cit., p. 32

²¹⁴ Ibid., p. 33

²¹⁵ D.W. Winnicott, op. cit., p. 206

au projet de soin, par exemple – on comprend mieux la place que peut occuper l'enfant dans la dynamique familiale.

Ce que nous donnent à voir les parents permet de mieux comprendre ce qu'ils donnent à voir à leur enfant.

Nous allons pouvoir ici donner quelques exemples de réflexions qui ont été menées en supervision.

Lors d'une séance, un soignant fait le constat d'une difficulté toute particulière de penser un enfant, difficulté partagée par l'ensemble de l'équipe. La même difficulté a été rencontrée dans un autre établissement dans lequel l'enfant, Thomas, a été accueilli. Le soignant témoigne de sa propre difficulté qu'il eu à l'accueillir, à le reconnaître.

Le soignant explique que Thomas est un enfant qui est dans l'exhibition : il retire constamment les vêtements qu'il a sur lui. Quand les soignants le touchent – en voulant l'habiller par exemple –, tout son tonus dans les jambes disparaît. Le soignant rapporte le sentiment d'intrusion partagé par les membres de l'équipe. Quelques pistes de réflexion sont proposées par le superviseur pour expliquer ce besoin de nudité et cette perte tonique : est-ce un besoin de l'enfant de voir cette partie du corps pour qu'elle puisse exister ? Est-ce par recherche de sensations autour de la peau ? Est-ce en rapport au désir de l'autre ?

La discussion va mettre en évidence le peu d'informations en possession des soignants concernant cet enfant : personne ne sait comment il a été accueilli dans sa famille, dans le roman familial. Selon les soignants, la famille se sentirait persécutée s'ils demandaient à savoir. Il est rapporté que les parents avaient dit qu'ils ne pouvaient pas demander à qui que ce soit de garder leur enfant « c'est à nous, on ne peut demander de le garder ». Au niveau des soins, il est dit que du côté du père, il y a très peu d'investissement. Le superviseur fait l'hypothèse que Thomas pourrait signifier que quelque chose dans le réel est insupportable. Il a pu le rencontrer dans le désir de l'autre, comme un élément destructeur auquel il se serait identifié : l'enfant, retour du refoulé des parents. Thomas se saisirait de quelque chose dans l'imaginaire et le ferait exister dans le réel, d'où peut-être la culpabilité du père et son désengagement en conséquence au niveau des soins ? peut-être qu'en effet le comportement de l'enfant renvoie quelque chose au père, de son désir à lui ? La mère en disant « c'est à nous... », agit comme si cet enfant ne pouvait être social. L'autre extra-familial ne pourrait exister pour Thomas. Il ne pourrait pas être « compétent » ; le superviseur rappelle que souvent lorsqu'il y a des enfants tyranniques, si le tyran peut exister, c'est parce qu'il y a

certainement de la jouissance du côté des parents. Thomas est peut-être un enfant qui représente un élément destructeur pour la famille, une culpabilité ? À nouveau, on voit comment en supervision, l'idée n'est pas d'aboutir à des interprétations définitives mais, comme le dit le superviseur, l'idée, c'est de nous rendre curieux.

Prenons à présent l'exemple de Louis. Il est dit au cours d'une supervision que Louis n'accepte que très rarement de prendre directement un objet qu'on lui propose. Il faudra plutôt le déposer à terre, et n'avoir aucun lien avec cet objet pour que Louis s'en approche. Par contre, il peut se saisir de manière sadique des objets avec lesquels sont occupés d'autres enfants, et les jeter. Les soignants disent leurs sentiments désagréables occasionnés par ces prises sadiques. Un des soignants, à ces prises d'objets associe un geste du même acabit venant du père. Lors d'une consultation avec le pédopsychiatre, le père s'était saisi du doudou de l'enfant et l'avait mis sur sa tête, dans une attitude quelque peu ahurie et en attente de réaction. Ce doudou, plus qu'un objet transitionnel qui fait lien tel un maillage au monde pour l'enfant, prenait ici plus la valeur d'un objet délirant. Supervisés et superviseurs s'interrogent alors sur la possibilité que le père pourrait donner à voir au médecin que ce qu'il propose à son fils est de l'ordre du non-sens. Il faut préciser par ailleurs que la mère souffre de troubles psychotiques et qu'elle refuse tout soin.

Un aparté est fait par les soignants sur le doudou en question ; ils éprouvent des difficultés à le supporter tant son odeur est nauséabonde. Louis l'a constamment à la bouche, bave dessus, et il n'est que rarement lavé. L'équipe a donc une certaine difficulté pour ne pas s'en tenir à distance.

Mais revenons à l'attitude du père : son acte ne traduirait-il pas une attente vis-à-vis de nous soignants ? Dans quelle mesure est-il en attente ? Dans quel supposé-savoir nous inscrit-il ? peut-être adresse-t-il un « message » un peu malgré lui à l'institution pour qu'il puisse faire quelque chose de ce doudou, conscient alors, dans une certaine mesure, que le symptôme est d'abord pensable par l'autre ? Le père attend-il qu'on s'en saisisse comme objet transitionnel pour qu'ainsi, lui-même puisse investir autrement son fils ?

Un autre détail peut être apporté ici au sujet du rapport des parents de Louis avec l'institution, qui fera aussi, dans un autre temps, l'objet d'une discussion en supervision. Le point de départ de la réflexion est le cahier de liaison, qui comme son nom l'indique circule entre l'institution et les parents. Ce dont il sera question, c'est la manière qu'ont les parents de Louis de s'en saisir. Ils répondent aux propositions de manière immédiate, dans une forme de

collage, sans qu'apparaisse un espace intermédiaire lié à leur position de parents. Ils s'en tiennent à ce qui est écrit dans une forme de soumission vis-à-vis de l'institution. Le superviseur signale qu'il peut s'agir, pour la mère notamment, de l'évitement d'un espace, d'une adhésion au réel – une réduction au réel – qui peut faire songer à des difficultés possibles de penser son fils. Le superviseur fait remarquer que les parents d'enfant autiste, peuvent être très demandeurs d'informations, d'observations ; cela véhicule l'idée que l'information puisse être détachée d'une relation entre des sujets ; là encore, une forme de réduction. Aux soignants donc de veiller à la création d'un espace potentiel, en favorisant l'émergence d'un questionnement du côté des parents.

Comme nous venons de le voir, la supervision est donc aussi un temps pour penser les outils que propose l'institution et leurs impacts dans la relation.

En fin de séance, le superviseur soulignera également l'importance pour nous soignants, de laisser une place à l'autre dans notre histoire, de ne pas lancer des informations à la volée... Il ne nous faut pas oublier qu'une pratique, c'est avant tout une relation, c'est un partage entre deux imaginaires.

PLURALITÉ DES AVIS

Les supervisions que nous présentons concernent des ateliers de groupe toujours encadrés par deux soignants, donc deux subjectivités qui se mêlent. Il est donc tout à fait intéressant que les soignants aient un temps, ici la supervision – bien qu'il ne soit pas le seul temps d'échanges évidemment – pour que se rencontrent leurs différents regards portés sur l'enfant.

Au cours de l'année, il a pu être constaté quelques fois des divergences importantes au niveau de l'appréhension d'un enfant. S'interroger sur les raisons de ces divergences peut donner lieu à des résultats fructueux. Par quoi sont-elles motivées ? Pour y réfléchir, un espace contenant tel que la supervision peut s'avérer nécessaire.

Cela peut consister en partie à essayer d'analyser les différents transferts de l'enfant et des thérapeutes. L'enfant, par exemple, au sein d'une institution, peut de manière inconsciente recréer la structure familiale qui est la sienne et qui peut être conflictuelle. Ainsi, il pourra opérer d'autres projections sur les membres de l'équipe, ce qui les conduirait à avoir de nouveaux regards sur l'enfant. Si cela est mis en lumière, l'équipe pourra s'en déprendre, et l'enfant se réorganiser.

À tous niveaux, les avis peuvent diverger et les discussions s'avèrent toujours fructueuses. Nous pouvons ici, à titre d'exemple, rapporter une situation – parmi de nombreuses situations – de supervision pendant laquelle il a été évoqué un enfant, David. David est un enfant sur qui les cheveux exercent une certaine fascination – le terme de fascination ne correspond peut-être pas exactement à la réalité de l'enfant. Toucher les cheveux de l'autre, longuement et de manière très itérative, fait partie de son « comportement ». C'est au niveau de celui-ci que les avis ont pu diverger. Toucher les cheveux pour David peut être appréhendé comme un moyen d'entrer en contact, en relation avec l'autre. Cela permettrait d'assurer une proximité avec le soignant dans un espace partagé. La sensorialité serait alors ouverture.

Mais il peut aussi au contraire être vu comme le moyen de fixer quelque chose de la relation à l'autre. Un contact qui n'autoriserait aucune complexification de la relation. La sensorialité serait enfermante pour l'enfant et enfermerait dans le même mouvement le soignant dans une incapacité de penser.

En fonction de son avis, le soignant n'aura bien sûr pas la même attitude avec l'enfant, parce que l'espace sera justement considéré ouvert ou fermé. Si plus d'attention est portée à l'enfant, plus de signes allant dans le sens d'une relation seront perçus. C'est un cercle vertueux, sur lequel pourra venir se greffer en plus la brillance d'un transfert du thérapeute.

APRÈS UNE SÉANCE DE SUPERVISION...

La supervision est un cadre qui va permettre au soignant d'agir avec plus de liberté ; il a l'aval – symbolique – du superviseur. Il se sait autorisé à agir librement, avec sa subjectivité propre.

Nous souhaitons dans cette partie donner un exemple de cette liberté « supplémentaire » qui se traduit par une possibilité de pénétrer plus en profondeur dans le monde de l'enfant et laisser alors ce dernier « parler sa langue ». Nous avons choisi un exemple significatif, dans le sens où le soignant affirmera le rôle déterminant qu'a joué la supervision dans la possibilité de réagir comme il l'a fait. Encore une fois, c'est un exemple choisi parmi d'autres.

À l'origine de cette supervision, un comportement de Nicolas considéré comme dérangeant par le thérapeute. À ce comportement, les autres enfants de l'atelier réagissent de manière très défensive. Il va s'agir pour le thérapeute de trouver une issue pour que se transforme ce comportement envahissant, sans chercher à en annihiler les raisons qui le motivent.

Quand il y a une mobilisation défensive importante du thérapeute face à un comportement de l'enfant, le thérapeute peut ne pas pouvoir réagir autrement que par la pose d'un interdit. La première réaction peut effectivement être celle de sanctionner ce dit comportement car jugé intrusif. La supervision va permettre que se dégage un espace pour réduire au maximum les réactions « simplement » répressives. Par la réflexion qui va s'engager, la distance qui va s'accroître – vis-à-vis de l'enfant, et ce qu'il a mobilisé de nos affects –, va pouvoir naître, paradoxalement, une certaine proximité avec l'enfant, que nous allons pouvoir chercher à comprendre, et non à sanctionner.

Nicolas, en pâte à modeler, montre un besoin qui paraît irrépressible de toucher le personnage de l'autre. Dans un élan frénétique, il fait alors des allers-retours incessants avec sa main entre son personnage et celui d'un autre enfant qu'il a tendance à recouvrir telle une carapace. Ce geste est vécu de manière très intrusive. Nicolas ne semble pas pouvoir s'arrêter de lui-même, et paraît de plus en plus « envahi » à chaque nouvel aller-retour. Plusieurs séquences de toucher se succèdent par séance et ce, sur plusieurs séances.

En supervision, nous interrogeons ce geste symptomatique. Quel besoin de contact – quel désir – est sous-jacent ? Est-ce une curiosité de l'autre ici exprimée ? De quelle nature est-elle ? On interroge comment l'autre est intégré dans son geste. L'intime semble être convoqué, d'où un sentiment d'intrusion, d'agression. Le geste de toucher est mis en lien avec le rapport fusionnel, charnel à la mère. Il est redonné comme information que Nicolas est un enfant procréé par fécondation in vitro. Les parents ont eu beaucoup de difficultés pour avoir cet enfant. L'histoire d'un sujet est toujours liée à un secret, à un inconnu qui le fonde et qu'il lui faut supporter de ne pas connaître. Pour Nicolas, ce secret est fort, il touche au réel de manière particulière avec la congélation des ovules notamment. peut-être voudrait-il supprimer ce secret ? On interroge également comment la mère peut penser cette naissance, sachant par ailleurs qu'il s'agit d'une famille catholique très pratiquante.

Dans ce rituel de toucher, les soignants ont considéré qu'il y avait là quelque chose à organiser tant pour Nicolas que pour les autres participants. Le geste de « toucher l'autre » va être autorisé à l'unique condition d'une demande préalable. Le thérapeute intègre donc le besoin de l'enfant, reconnaît sa demande de contact. De ce fait, elle n'est plus hors sens. En codifiant le geste, le thérapeute autorise celui-ci pour l'enfant. Le geste est en partie débarrassé de sa charge pulsionnelle ; l'enfant peut différer son acte, ne serait-ce que par la

nécessité d'en passer par la demande d'autorisation. Le thérapeute, en plus d'autoriser ce besoin de contact, va pouvoir formuler lui-même la même demande. Il légitime donc le fait de vouloir être en contact avec l'autre. Il y a création d'un espace partagé dans lequel il est possible de toucher sans agresser, d'être touché sans être agressé. L'intégrité de chacun est donc « garantie ». Il sera montré alors à l'enfant qu'il n'est pas dangereux d'être ensemble, sous-entendant l'existence, entre autres, de lois qui protègent les individus dans leurs relations (dont l'interdit de l'inceste). Quand il n'y a pas le consentement de l'autre dans le jeu, l'interdit demeure.

En soulignant le désir de toucher, est soulignée du même coup la séparation possible avec l'autre et la conservation, là encore, des intégrités malgré cette séparation.

La question de l'intrusion est très importante. Il faut préiser qu'à ce moment-là de l'année, Nicolas refusait encore catégoriquement de faire sortir son personnage hors de sa maison, de laisser quelqu'un y entrer et ne se laissait en somme approcher d'aucune manière. Tout acte donnait l'impression d'être ressenti comme une intrusion de tout son être. Ce refus systématique peut être appréhendé comme une réponse possible à l'intrusion maternelle. Il peut ainsi crier, rugir si l'on demande à entrer, ou si on l'invite à sortir. Le temps de jeu fait apparaître une couche plus profonde d'affects qui n'apparaissent pas de manière aussi paroxystique dans des temps plus « informels ». La grande majorité du temps, c'est un enfant qui joue seul.

Le demande de contact va s'instituer. Elle va être reprise spontanément par les autres enfants en imitation. Nicolas va accepter d'être touché parce que, nous semble-t-il, un cadre le protège. Une réaction de plaisir est manifeste. Nous pouvons supposer que cette demande à faire à l'autre – signifiant donc qu'on ne le maîtrise pas, qu'on ne peut pas le « dévorer » –, et la demande que l'autre a à nous adresser – signifiant qu'on n'est pas son objet – est rassurante et nécessaire pour Nicolas. peut-être nous a-t-il mené inconsciemment vers la construction d'une demande pour sortir de cette position d'objet. Ainsi, d'autres places que celle de victime ou d'agresseur sont possibles. Nous pensons que ce qui suit, son intégration progressive dans l'« espace public » du jeu, peut être mise en rapport avec cette formalisation du contact.

Cela aura des effets sur les autres enfants. Cynthia par exemple était auparavant « dominée » par les stéréotypes de Nicolas. Ensuite est venue la demande : après avoir expérimenté une période de « oui », elle peut désormais lui dire « non », ce qui est tout à fait intéressant pour Cynthia qui a tendance à « s'offrir » sans limite. La possibilité d'accepter ou

de refuser a semblé participer à la construction de la subjectivité de chacun. Ce fait, devenu symbolique, a pris une place importante pour les enfants.

Après plusieurs mois, Nicolas peut encore faire la demande de toucher mais désormais plus de manière systématique. Il respecte le « non » quand c'est la réponse qui lui est donnée. Aujourd'hui la demande a pris une nouvelle orientation : d'un interrogatif « je peux te toucher ? », elle est devenue un impératif « touche-moi ! » Cette injonction ne peut que susciter un contre-transfert...

TRANSFERTS

D.W. Winnicott écrit : « Nous devons observer ce que nous sentons tous en faisant fonctionner notre cerveau pour découvrir quelle est cette chose qui éveille nos sentiments. »²¹⁶ La supervision est un temps pour cela.

Tout au long de ce travail sur la supervision, nous avons évoqué à maintes reprises les questions du transfert et contre-transfert sans, le plus souvent, les nommer – ils ne l'étaient pas en supervision –. Bien que non-nommé, le contre-transfert – sous entendant en partie le transfert – y a occupé pourtant une place essentielle.

Il pourrait être considéré de prime abord que le récit ou l'observation qu'apporte le supervisé est simplement une retranscription de quelques faits ayant trait au patient. Or, ce que vient souligner le supervisé est quelque chose qui en lui, a fait écho. Sans fonder toute la séance sur le contre-transfert en tant que tel, la supervision l'utilise comme point de départ. Le soignant va se saisir de la liberté qu'il a d'initier la séance de supervision pour dire ce qui fondamentalement le touche, et ce, de manière plus ou moins consciente, autrement dit son contre-transfert, dans son acception large. Ce qu'il vient dire en supervision, c'est l'intrication de l'enfant avec son être.

La supervision légitime donc l'existence du contre-transfert. Le thérapeute, comme l'écrit Edmond Gilliéron « doit se donner la liberté de ressentir momentanément ce que son patient lui fait vivre et réagir affectivement, sinon, rien ne se passerait, en ce sens que la relation serait niée. »²¹⁷

La supervision va permettre d'autant plus au thérapeute d'accepter de vivre ces affects s'il se sait aidé par un tiers. Y. de La Monneraye écrit à ce sujet : « Un enfant nous touche

²¹⁶ D. W. Winnicott, op. cit., p. 214

²¹⁷ E. Gilliéron, *La supervision en psychanalyse et en psychothérapie*, p. 53

toujours transférentiellement là où nous sommes fragiles, c'est pourquoi nous avons tout intérêt à être nous-mêmes solidement amarrés symboliquement à un tiers qui peut nous entendre dans ce que nous avons à dire de notre travail. »²¹⁸ Cependant, comme aura l'occasion de le préciser en séance le superviseur, nous ne parlerons pas de l'intime du thérapeute en supervision, car elle n'est pas le lieu pour questionner les raisons de cette fragilité à tel endroit de notre psyché.

Les positionnements des enfants autistes ou psychotiques par rapport à l'autre et au monde, vont générer des contre-transferts forts. Les subjectivités sont fragiles, les angoisses – liées à l'autre, au corps – et les défenses – position agressive, de retrait – sont massives. Les projections sur le thérapeute vont être intenses. Le thérapeute va lui-même mobiliser des défenses face à l'étrangeté déjà évoquée. Mais la similarité également pourra générer une certaine « tension ». Comme l'a écrit D.W. Winnicott : « Quand nous regardons la maladie de cette manière-là, nous ne voyons que l'image grossie d'éléments qui nous sont propres ; nous ne voyons rien qui nous différencierait des malades psychiatriques. »²¹⁹ Le désir du thérapeute va être constamment questionné. On constatera la mobilisation de fortes défenses liées à la demande de l'enfant qui peut se présenter comme objet de jouissance, qui peut être intrusif, ou au contraire à son absence de demande. Le thérapeute pourra en somme se défendre de toutes les places que les patients lui assignent. Il pourra y avoir des phénomènes d'identification à l'enfant, avec contamination de l'angoisse de laquelle le thérapeute voudra se défendre.

Nous l'avons dit, la question des transferts est en filigrane dans l'ensemble de ce travail. Chaque sous-partie, à sa manière, peut être l'illustration de l'aide apportée par la supervision pour reconnaître le contre-transfert, l'accepter, l'assumer, ne pas chercher à le maîtriser, l'adoucir, etc. Cela en vue de maintenir le lien, de se tenir à une juste distance, etc. En somme, nous aider à tenir une position de soin.

Nous pouvons dégager quelques points qui soulignent l'intérêt de la supervision relativement au contre-transfert, par comparaison avec un travail que le thérapeute mènerait seul.

Avant tout, la supervision va être un lieu libérateur, salubre dans le sens où le thérapeute va pouvoir venir déposer les mots qui l'ont atteint et qui continuent d'avoir des effets sur lui ; déposer ses affects qui le mobilisent, qu'il pourra alors commencer à élaborer. Il s'agira là d'un premier travail délicat car il n'est pas aisé de rendre compte de cette confrontation entre

²¹⁸ Y. de La Monneraye, op. cit., p. 98

²¹⁹ D. W. Winnicott, op. cit., p. 152

l'enfant-patient et notre propre personne de soignant, et non pas entre le malade et une fonction soignante.

Par ailleurs, parler de certains enfants peut s'avérer être de l'ordre d'un véritable effort pour le soignant. Il peut vouloir les maintenir à distance pour ce qu'ils lui renvoient. Et au delà, il peut y avoir aussi avec les enfants très malades, du côté du thérapeute, des effets de sidération. La supervision va limiter ces espaces de non-pensées car le thérapeute se soumet – volontairement – à une « obligation » de parler. Il s'oblige à la parole, à rendre compte de ses mouvements d'amour, de haine, de ses propres projections, de ses propres désirs.

Le superviseur va interroger le sens et la portée des mots que le soignant utilise, qui en disent autant sur lui que sur l'enfant. On peut dire que la supervision va aider le thérapeute à assumer la responsabilité de sa parole. Le superviseur va rebondir sur des éléments pour lesquels le soignant ne prête pas forcément attention. Il va interroger ses réactions. En tant que tiers ne participant pas aux prises en charge, il entend autrement ce qui est à l'œuvre inconsciemment.

Le superviseur va aider le supervisé à avoir une vision « positive » de son contre-transfert en soulignant l'aspect « objectif » de ses affects et en l'intégrant comme une donnée nécessaire pour mieux comprendre où l'enfant en est rendu dans son rapport à l'autre. Progressivement, le thérapeute se détache de son ressenti premier pour focaliser son attention à nouveau sur l'enfant plus que sur les effets qu'il produit sur lui. Le thérapeute est moins « attaqué » et il peut réinvestir l'enfant en se positionnant légèrement autrement. D'une façon générale, ce sur quoi il sera mis du sens sera mieux accepté. Néanmoins, cette neutralité restaurée ne sera que de courte durée. Il y a donc la nécessité d'un travail régulier.

2.7. CONCLUSION

Le travail ici présenté est une vision subjective de la supervision : nous avons mis en exergue ce qui nous a le plus intéressé, interpellé... impressionné.

Tout au long de ce travail, nous avons tenté de rendre compte de la richesse de la supervision, même si nous n'avons pu être exhaustif. Nous avons cherché à montrer en quoi

elle pouvait être une ressource formidable pour les orthophonistes, notamment sur la question du positionnement thérapeutique. Nous avons voulu décoder l'effet souvent qualifié de magique de la supervision.

Nous avons compris que dans la relation de soin, il était nécessaire de prendre soin de la relation. La supervision est une proposition parmi d'autres pour cela.

Cette expérience a eu pleinement valeur de formation. Et comme l'écrit E. Marc : « Toutes ces démarches vont permettre au thérapeute de trouver et de développer son style propre et de stimuler sa créativité en le dégageant progressivement des limites posées nécessairement par sa formation initiale et ses attaches institutionnelles. »²²⁰

²²⁰ E. Marc, op. cit., p. 32

3. CONCLUSION

Tout au long de notre mémoire, nous avons centré notre réflexion sur les patients enfants et les adolescents. Cependant, nous reconnaissons que bon nombre de notions envisagées peuvent aussi s'appliquer aux patients adultes. Mais, si nous avons élargi le périmètre de notre sujet, d'autres questions se seraient posées, comme celle de la fin de vie, de l'identité du patient atteint de maladie neurodégénérative, des enjeux d'une relation entre deux adultes, etc.

En tant que stagiaires, nous avons pu ressentir que nous occupions une position spécifique dans la structure thérapeutique en place. Elle a pu déformé notre perception, ou du moins lui donner une couleur qui n'est pas celle du professionnel en exercice, et ce malgré nos prises en charge et notre implication active. De plus, chaque contexte, fruit, entre autres, du maître de stage, teintait lui aussi nos approches. S'essayer, même inconsciemment, à endosser une part des méthodes et principes des orthophonistes qui nous recevaient provoquait inévitablement en nous des questionnements supplémentaires, riches d'enseignements, mais aussi des hiatus dans nos façons d'être, des tiraillements. Que dire de l'impact d'un contre-transfert vécu en tant qu'observateur, déchargé de responsabilité ? La variété de nos expériences, si elle n'a pas pu permettre de discerner notre propre sillon dans le labour des séances, nous a justement permis de vivre ces situations hors de nos pentes naturelles, nous obligeant sans cesse à agir comme hors de nous-mêmes. Ces « décentrement » nous ont progressivement semblé refléter le cheminement de nos « découvertes » émaillant le mémoire.

Dès notre première année d'étude en orthophonie, les questions de l'être, de l'éthique, nous sont apparues primordiales. Nous ressentions que notre discipline ne pouvait se penser que dans le cadre de la rencontre de deux sujets aux psychismes entremêlés l'un avec l'autre. Il s'agissait pour nous par la suite de découvrir ce qui était à l'œuvre dans la relation de soin. Cette dernière phrase signe d'ailleurs une certaine naïveté de notre part à espérer toucher du doigt le « vrai » d'une relation. Bien que toujours repoussée, cette naïveté nous rattrape quand nous découvrons progressivement l'écart entre une prise de conscience intellectuelle et un agir imprégné d'une clinique mûrie par les rencontres, les illusions et les remises en cause.

En cela, une pratique orthophonique consciente de ses limites n'est pas un humanisme : nous ne sommes pas à la mesure de nous-mêmes – nous ne pouvons lever le voile sur notre propre mystère ; nous ne recherchons plus la vérité ; nous ne croyons plus en les secours d'une science indexée à la marche inexorable du progrès ; nous n'espérons plus discerner avec

assurance nos moments de bonne pratique, de nos égarements. Quel « nous » d'ailleurs ? La frange consciente de notre psyché ? Le moi ? Lacan nous répond : « Je ne dis pas « l'homme » parce que moi, je ne sais pas tellement bien ce que c'est. »²²¹ Il en allait ainsi de la réticence du Bouddha à utiliser le « je » ou de l'aporie de Rimbaud : « Je est un autre. »

Est-ce la dernière illusion ? Nous pensons aussi notre pratique comme un humanisme, car elle est faite de tolérance, de curiosité, de respect de la singularité de l'autre. Nous recherchons des vérités supplémentaires, *suffisamment* éclairantes, à défaut d'en imaginer une absolue et universelle. Nous tenterons d'utiliser notre raison à l'appui de nos affects pour inventer notre « moi thérapeute ».

Le travail sur ce mémoire a eu des effets sur nous. Nous avons eu le sentiment – et la volonté – d'accélérer en quelque sorte notre maturation professionnelle. Cela ne se cantonne probablement pas à cette sphère, d'ailleurs, mais c'est elle qui nous occupe. Nous étions persuadés que les sujets que nous abordions ici, nous les rencontrerions de toute façon dans notre exercice. Et par dessus tout, ces questions nous semblaient cruciales. Nous nous en sommes posé certaines il y a des années et nous ne pouvions les laisser en friche alors que l'occasion nous était donnée de choisir librement notre sujet.

En confrontant nos sources et nos références, nous avons même constaté, avec un peu d'étonnement, que certaines phrases ne nous paraissaient plus aussi pertinentes, certains auteurs moins admirables. Nous avons maintenant l'impression de partager un peu notre naïveté avec eux. D'autres écrits, au contraire, nous apparaissent seulement moins inabordables. Maintenant, seule la pratique nous dira quel thérapeute nous sommes, quel thérapeute nous pouvons tenter de devenir. L'« école de modestie » qu'est la psychanalyse pour S. Freud, nous la transposons pour nous-mêmes et l'orthophonie. Nous y pénétrons avec le sentiment que l'essentiel est à y découvrir. D'autres étudiants pourront peut-être trouver dans ce mémoire de nouvelles sources de questionnement, même si nous ressentons ô combien que la démarche, forcément personnelle, vaut plus que le résultat.

Nous citons encore H. Searles, dont la découverte nous permit de franchir un pallier dans la réflexion : « C'est l'une de nos grandes tragédies actuelles que des centaines de milliers de personnes passent leur vie entière dans de gigantesques hôpitaux psychiatriques, vivant en grande partie dans un cocon chimique, et cela parce que, derrière notre fuite méprisante, nous sentons sans le formuler que n'importe laquelle de ces personnes, si nous la laissons faire,

²²¹ J. Lacan, *Le mythe individuel du névrosé*, p. 63

deviendrait partie de nous-mêmes plus que nous n'osons le permettre. »²²² Le soin, c'est d'abord reconnaître l'autre en nous, en comprenant que nous sommes aussi la résultante de toutes nos rencontres, de tous les contacts plus ou moins intenses que nous avons eus avec les autres.

D. W. Winnicott nous prévient : « Je dirais volontiers que ce sont les médecins et les personnes soignantes qui refont sans cesse l'expérience du deuil ; un des risques de notre métier est que nous nous endurissions car la perte répétée des patients nous fait prendre garde à ne pas trop nous attacher aux malades. »²²³ Nous mesurons bien ce risque.

L'une de nos premières interrogations, en déterminant le sujet de ce mémoire, se fixait sur la notion de latitude, pour le praticien. Que pouvait-il vraiment choisir, quant à ses positions en tant que thérapeute ? Nous avons observé des pratiques, des cliniques si différentes, qu'il nous semblait utile de *déterminer* celle qui nous convenait. Ce mémoire nous permet aujourd'hui de mieux comprendre que tout choix, toute liberté gagnée, se base avant tout sur le recul que nous pouvons développer sur notre relation à l'autre. Ce recul viendra avec le temps et selon l'investissement que nous supporterons pour remettre en cause certains fondements de notre « habitus mental ». Parallèlement, cette attitude « méta » pourra se décliner, le temps des séances, nous l'espérons, en une clinique naturellement vécue, oublieuse des théories et modèles.

Terminons en citant D. W. Winnicott : « Il est toujours rassurant de découvrir que le travail qu'on fait est lié à des phénomènes entièrement naturels, à l'universel, à ce que la poésie, la philosophie et la religion nous offrent de meilleur. »²²⁴

²²² H. Searles, op. cit. , Ed. Gallimard, 1981, p. 21

²²³ D. W. Winnicott, *Conversations ordinaires*, p. 171

²²⁴ Ibid. p. 174

4. BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

Maurice Bellet « *L'écoute* »
Ed. DDB. Paris, 2008

Claude Chassagny « *Pédagogie relationnelle du langage* »
Ed. IPERS, 1985, coll. Pédagogie d'aujourd'hui

Roland Chemama, « *Dictionnaire de la psychanalyse* »
Ed. Larousse

Anny Cordié « *Les cancre n'existent pas* »
Ed. du Seuil, 1993, coll. Points

Alain Delourme et Edmond Marc et al. « *La supervision en psychanalyse et en psychothérapie* »
Ed. Dunod, Paris, 2011

Geneviève Dubois « *Langage et communication* »
Ed. Masson, Paris, 1990

Geneviève Dubois « *L'enfant et son thérapeute du langage* »
Ed. Masson, Paris, 2001

Sigmund Freud « *Introduction à la psychanalyse* »
Ed. Payot, Paris, 1988, coll. Petite bibliothèque Payot

Sigmund Freud « *Psychanalyse et médecine* » ou « *La question de l'analyse profane* »

Jean-Claude Guillebaud « *La Force de conviction - à quoi pouvons-nous croire ?* »
Ed. du Seuil. Coll. Points essais

Melanie Klein « *Le transfert et autres écrits* »
Ed. P.U.F., 2001, Coll. Bibliothèque de psychanalyse

Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, « *Vocabulaire de la psychanalyse* »
Ed. P.U.F.

Yves de La Monneraye « *La parole rééducatrice - la relation d'aide à l'enfant en difficulté scolaire -* »
Ed. DUNOD, Paris, 2004

Juan-David Nasio « *Cinq leçons sur la théorie de Jacques Lacan* »
Ed. Rivages, 1992, coll. PBP

René Roussillon et al. « *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* »
Ed. Elsevier-Masson, Paris, 2007

Harold Searles « *Le contre-transfert* » (titre original : « *Countertransference and related subjects, selected papers* »)
Ed. Gallimard, 1981, pour la traduction française. Coll. Folio essais

Serge Tisseron « *Ces désirs qui nous font honte* », Désirer, souhaiter, agir : le risque de la confusion
Ed. Temps d'arrêt, Bruxelles, 2004

Donald Woods Winnicott « *Conversations ordinaires* » (titre original : *home is where we start from*)
Ed. Gallimard, 1988, pour la traduction française. Coll. Folio essais

Donald Woods Winnicott « *De la pédiatrie à la psychanalyse* »
Ed. Payot, Paris, 1969, coll. Petite bibliothèque Payot

ARTICLES, REVUES

GLOSSA, juin 1996, n°52, cahiers de l'U.N.A.D.R.I.O.
« 10 ans – *L'Orthophonie il y a 10 ans... et dans 10 ans ? Paroles et regards* »

ORTHOMAGAZINE, octobre 1998, n°27
Françoise Dejong-Estienne
« *La méta-orthophonie ou les fondements d'une pratique* »

PRATIQUE DES MOTS, décembre 1991, n°77
Mireille Cifali
« *Territoires : Où il pourrait bien s'agir de frontières et d'antagonisme, mais également d'articulation et de dialectique.* »
Transmission de la Rencontre ENPRL 1991
Thème : Le Territoires

L'ORTHOPHONISTE, novembre 2010, n°303
Article de Lydie Ropartz
« *Rendez-vous non respectés...* »

MÉMOIRES

Anne-Christelle Beauparlant
« *Le doute de l'orthophoniste. En quête d'une éthique professionnelle.* »
Mémoire d'orthophonie, NANTES, 1999

Sandrine RAIMOND, Amélie REYNES, Claire SAUGNAC, Violaine SAUVADE
« *L'inconscient dans la rencontre clinique, structure et transfert : des repères pour
l'orthophonie.* »
Mémoire d'orthophonie, TOULOUSE, 2002

Résumé

Il s'agit dans ce mémoire, reflet d'interrogations de futurs praticiens, de proposer une réflexion sur les fondements de la clinique orthophonique. Outre l'aspect technique, celle-ci intègre dans sa définition, un ensemble de positions, aux dimensions plurielles, qui concourent à l'émergence d'un soin. Les positions théoriques, éthiques, cliniques de l'orthophoniste, qui sont dans un rapport de dépendances réciproques, représentent le socle d'une clinique singulière et l'analyse de ces dernières – leur nature, leurs enjeux propres – permet une réflexivité intéressante sur la pratique.

Par ailleurs, si celle-ci est incarnée par un professionnel dans une fonction, elle engage aussi ce dernier, personnellement, dans une relation avec un autre, patient, enfant. Sont soumises alors à l'examen dans ce mémoire, les notions psychanalytiques telles que le symptôme, le transfert, le contre-transfert, qui intéressent l'orthophoniste en ce qu'elles sont une aide pour penser le sujet-patient, pour comprendre les enjeux d'une relation de soin et pour, de fait, orienter la pratique.

Les positions sont ici présentées relativement à la place qu'elles occupent dans le *temps* de la prise en charge. Certaines se situent hors patient, en amont des séances, et correspondent à des réflexions théoriques anticipant la rencontre (éthiques entre autres) ; d'autres sont liées plus spécifiquement au temps de la rencontre entre l'orthophoniste et le patient (notions de contrat, de délégation, etc.) ; d'autres encore, s'inscrivent dans le temps installé de la prise en charge et traitent plus particulièrement du travail avec l'enfant, notamment dans sa dimension intersubjective.

Des vignettes cliniques illustrent ponctuellement nos propos faisant lien entre pratique et théorie.

Ce mémoire inclut également une expérience de supervision, qui est une source d'enrichissement de notre discipline par l'espace de réflexion qu'elle propose.

Mots-clés :

relation de soin, symptôme, parole, éthique, transfert, contre-transfert, supervision

Abstract

This thesis, that is reflecting the questioning of future practitioners, aims to discuss the basis of clinical speech therapy. The latter, as well as its technical aspect, include a set of positions with plural dimensions that once gathered can lead to a treatment.

The theoretical, ethical and clinical considerations of speech therapists, which are mutually dependent, represent the foundation of a singular practice and their analyses lead to an interesting reflexivity of the practice. Also, the speech and language therapist is engaged personally in a relationship with an other-subject, a patient, a child. Therefore, psychoanalytic notions such as symptom, transference, countertransference will be tackled in this report since they help the speech therapist in the patient-subject relationship. They also contribute to understand the stake of a « care-cure » and consequently direct the practice.

The considerations of the clinical orthophony will be presented in the report where they take place during the therapy. Some phases, previous to the patients meetings, will deal with theoretical considerations (ethical...) in order to prepare the meeting. Other phases will be more specifically linked to that time when the patient first meets the therapist (notion of contract, delegation, etc.). Finally, some phases will be within the frame time when the patient is taken into care and will deal more specifically about the work with the child and especially its intersubjective dimension.

Some clinical cases will illustrate our purpose and link practice and theory.

This thesis also includes an experiment of supervision, which greatly benefits our discipline by the way it opens a phase of questioning.

Keywords :

« care-cure », symptom, speech, ethics, transference, countertransference, supervision