

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche
« Médecine et Techniques Médicales »
Année universitaire 2007/2008

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

Présenté par

Amélie GUÉHENNEC
Née le 24/07/1985

**QUE FAIRE DE L'ANGOISSE
EN SÉANCE D'ORTHOPHONIE?**

Présidente du Jury : Madame Prévert Marie-Joëlle

Directeur du Mémoire : Monsieur Brice Alain

Membre du Jury : Madame Ghariani Hélène

« 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 ».

*« L'angoisse bien comprise
est source de sérénité psychologique
et de créativité,
et donc aussi de bonne science. »*

Georges Devereux

SOMMAIRE

INTRODUCTION

p 9

PARTIE 1 : QU'EST-CE QUE L'ANGOISSE ?

1. ANGOISSE ET ANXIÉTÉ p 11

2. LES DIFFÉRENTES THÉORIES DE L'ANGOISSE p 12

1. La théorie philosophique

2. La théorie psychiatrique

2.1 Historique

2.2 La nouvelles classification

2.3 Classification actuelle

2.4 Séméiologie des troubles anxieux

3. La théorie psychanalytique

3.1 La première théorie de l'angoisse

3.2angoisse réelle et angoisse névrotique

3.3 La deuxième théorie de l'angoisse

3.4 L'apport de Lacan

3. ANGOISSE ET SYMPTÔME p 22

1. Définition

2. L'angoisse est-elle un symptôme ou y a-t-il des symptômes d'angoisse ?

3. Les symptômes de l'angoisse

3.1 Le symptôme phobique

3.2 Le symptôme obsessionnel

3.3 Le symptôme hystérique

4. Les bénéfices du symptôme

5. Que faire du symptôme ?

PARTIE 2 : L'ENFANT ANGOISSÉ

1. L'ANGOISSE DE L'ENFANT p 28

2. L'ANGOISSE ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT p 30

1. Le stade oral et l'angoisse d'abandon

Le stade oral

L'angoisse d'abandon

2. Le stade anal et l'angoisse de séparation

Le stade anal

L'angoisse de séparation

3. Le stade phallique et l'angoisse de castration

Le stade phallique

Le complexe d'Œdipe

L'angoisse de castration

PARTIE 3 : L'ENQUÊTE PAR ENTRETIEN

1. QU'EST-CE QU'UN ENTRETIEN ? p 48

1. Les caractéristiques de l'entretien
2. L'entretien est avant tout une rencontre
3. L'entretien comme fait de parole
4. La valeur de l'entretien
5. L'entretien face aux résistances

2. LA PRÉPARATION DE L'ENQUÊTE p 51

1. L'entretien versus le questionnaire
2. La nature de notre enquête

La population

La sélection du corpus

Le mode de constitution du corpus

Le mode d'accès aux interviewés

3. La trame de l'entretien

3. LA RÉALISATION DES ENTRETIENS p 57

1. Les paramètres de la situation d'entretien

L'environnement

La scène

Les acteurs

2. Le cadre

3. Les modes d'intervention

L'écoute

Les interventions

4. L'ANALYSE DES ENTRETIENS p 59

PARTIE 4 : A QUOI L'ANGOISSE FAIT-ELLE ÉCHO CHEZ LE THÉRAPEUTE ?

1. **EN QUOI UN MATÉRIAU EST-IL ANXIOGÈNE ?** p 61
2. **LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LE THÉRAPEUTE** p 63
 1. Acceptation de la souffrance et des sentiments hostiles
 2. Le manque d'objectivité
 3. Les moyens de défense
3. **L'ORTHOPHONIE APPARTIENT AUX SCIENCES HUMAINES** p 68
 1. Les sciences humaines ne sont pas des sciences physiques
 2. Qu'est-ce que les sciences humaines ?
 3. Le transfert et le contre-transfert
 4. Les pièges du contre-transfert

PARTIE 5 : L'ANGOISSE EST-ELLE UNE ENTRAVE AU TRAVAIL ORTHOPHONIQUE ?

1. **QUELLES SONT LES RESSOURCES DE L'ORTHOPHONISTE EN DEHORS DE LA SÉANCE ?** p 76
 1. **La formation**
 - La formation universitaire
 - La formation continue
 - Les groupes de lecture
 2. **L'analyse**
 - Le rôle de l'écrit
 - Introduction d'un tiers
 - Les synthèses en équipe
 - Les groupes de supervision ou de contrôle
 - 2.5 L'analyse personnelle
 3. **La connaissance de soi**
 - Acceptation de soi
 - Ne pas jouer un rôle
 - Se faire confiance ainsi qu'à son expérience
 - Etre conscient de l'implication affective
 - Mieux se comprendre

2. QUELLES SONT LES RESSOURCES DE L'ORTHOPHONISTE DANS LE CADRE DE LA SÉANCE ?

p 102

1. Savoir qu'on se situe dans une relation d'aide

Qu'est-ce que la relation d'aide n'est pas ?

Qu'est-ce que la relation d'aide ?

2. L'attitude thérapeutique

La souplesse

La mise à distance psychique et physique

Le cheminement

La réassurance

L'adaptation

L'expression des sentiments

Etre positif

3. Les outils

Les médias

La mise en place de rituels

Les groupes thérapeutiques

Le cadre et les limites

La symbolisation et le travail des mots

CONCLUSION

p 131

BIBLIOGRAPHIE

p 133

ANNEXES

p 135

Trame de l'entretien

Témoignages

Témoignage n° 1

Témoignage n° 2

Témoignage n° 3

Témoignage n° 4

Témoignage n° 5

Témoignage n° 6

Témoignage n° 7

Témoignage n° 8

Témoignage n° 9 et 10

INTRODUCTION

Notre recherche part d'une interrogation récurrente lors de nos stages : que faire en tant qu'orthophoniste face à un enfant angoissé ? Si, comme le dit Georges Devereux, l'activité permet d'abrèger l'angoisse, peut-être est-ce notre position d'observateur lors de nos stages qui nous a rendus plus sensibles à cette question.

Evidemment, nous ne sommes pas psychologues. Bien sûr, nous ne sommes pas non plus des éducateurs. Quelle position devons-nous alors adopter, en tant qu'orthophonistes, face à un enfant qui, à travers son comportement, nous parle de son angoisse ?

Nous avons donc entrepris ce travail, à travers lequel nous nous sommes vite aperçus que l'angoisse est une notion qui fait peur. Maintes fois traitées par de grands auteurs, sa définition est pourtant encore très subjective et personnelle. Maintes fois citée dans les paroles des orthophonistes, elle s'efface souvent quand on l'approche de plus près. Qu'est-ce donc réellement l'angoisse qui nous pose tant question ?

Un autre questionnement vit le jour pendant ce premier travail de recherche : l'angoisse est-elle pathologique ? Est-elle réservée au domaine psychiatrique ou est-elle un affect universel ? Nous avons alors cherché à comprendre comment elle se manifeste chez l'enfant et quelle place elle occupe dans son développement.

Ainsi apparut, au fur et à mesure de notre réflexion, la problématique de cette recherche. Si l'angoisse est humaine et liée au développement de tout enfant, comment pouvons-nous ne pas la rencontrer en orthophonie ? Sommes-nous conscients de sa présence ? Et surtout, sommes-nous prêts à accepter sa présence ?

L'angoisse envahissante, qui vient empêcher l'enfant d'entrer dans les apprentissages, dans son lien au langage et aux autres, se peut-il qu'elle résonne en nous de façon particulière ? N'est-elle pas si universelle qu'elle renvoie le thérapeute à ses propres difficultés ?

À travers toutes ces interrogations, le point nodal de ce sujet est le suivant : l'angoisse est-elle une entrave au travail orthophonique ? En sa présence, pouvons-nous sereinement observer

l'enfant ? Pouvons-nous être nous-même envahis dans notre prise en charge ? Quelles ressources pouvons-nous trouver dans le cadre de notre travail, ainsi qu'à l'extérieur, pour être capable d'accepter l'angoisse – la sienne, la nôtre – comme partie intégrante de l'enfant et de notre prise en charge ?

Les réponses les plus pertinentes nous semblent évidemment être dans les propos de ceux et celles qui exercent ce métier chaque jour et qui ont peut-être déjà été confrontés à ce même questionnement. Nous sommes donc allés à la rencontre de ces professionnels qui nous ont parlé de leur travail, de leur expérience, de leur histoire et donc un peu d'eux-mêmes. Ces entretiens, riches en vécu, en doutes, en situations cliniques, sont le terreau de notre travail. À partir de cette parole, nous avons cherché des pistes de réflexion à notre recherche. En effet, il nous paraît désormais d'autant plus comme une évidence, qu'en orthophonie comme ailleurs, l'essentiel n'est pas toujours de trouver des réponses mais de se poser les bonnes questions.

PARTIE 1 : QU'EST-CE QUE L'ANGOISSE ?

1. ANGOISSE ET ANXIÉTÉ

La frontière entre l'angoisse et l'anxiété est souvent dure à définir, d'autant plus que les définitions ont évolué au cours du temps.

Le mot « angoisse » vient du latin *angustia* (plus souvent utilisé au pluriel *angustiae*) qui renvoie à un espace ou un passage étroit, serré. Il apparaît dans la langue française pendant la première moitié du XII^{ème} siècle au sens toujours d'espace étroit, mais aussi au sens figuré de gêne, d'embarras, puis finalement « d'oppression, d'anxiété physique et morale »(Trésor de la Langue Française)¹. C'est ce dernier sens qui restera pendant longtemps. L'angoisse désignera donc souvent la composante somatique de ces états émotionnels anxieux, permettant de pointer particulièrement la sensation physique de resserrement.

Le terme d' « anxiété », du latin *anxietas*, signifie plutôt une certaine disposition naturelle d'une personne à l'inquiétude. Le mot apparut également au XII^{ème} siècle en français désigne « une inquiétude intense, liée à une situation d'attente, de doute, de solitude et qui fait pressentir des malheurs ou des souffrances graves devant lesquelles on se sent impuissant »(Trésor de la Langue Française)².

A la fin du XIX^{ème} siècle, ces deux termes commencent à être utilisés en psychopathologie, notamment dans la sémiologie psychiatrique, mais c'est véritablement pendant la première moitié du XX^{ème} siècle qu'on fera une distinction clinique claire entre les deux termes, laissant à l'angoisse les sensations somatiques et à l'anxiété les sensations psychiques. Cette distinction reste d'ailleurs liée à leur origine étymologique : le resserrement pour l'angoisse et l'inquiétude pour l'anxiété.

¹ Kapsambelis V. (2007) *L'angoisse*, 1^{ère} édition, Presses Universitaires de France, Paris, p. 7.

² Kapsambelis V. (2007) *L'angoisse*, 1^{ère} édition, Presses Universitaires de France, Paris, p. 7.

Mais cette conception n'est plus que partiellement exacte dans les termes psychopathologiques actuels, d'où la confusion entre le sens originel du terme et l'usage qu'on lui prête. On utilise plus volontiers le terme d'angoisse pour indiquer une notion de gravité, de profondeur (on parle d'angoisse de séparation, angoisse du 8^{ème} mois), alors qu'à l'opposé l'anxiété sera plus considérée comme un trait de caractère. Ce renversement, mettant l'angoisse du côté de l'humain, de l'universel, est très lié aux travaux psychanalytiques du XX^{ème} siècle.

Dans tous les cas, on observe que cet état émotionnel – peu importe le nom qu'on lui donne, angoisse, anxiété, peur, inquiétude – fait partie intégrante de la vie, et donc de l'individu. Qui peut prétendre n'avoir jamais vécu une telle sensation ?

2. LES DIFFÉRENTES THÉORIES DE L'ANGOISSE

1. La théorie philosophique

En philosophie, l'angoisse relève des interrogations que pose l'homme sur son surgissement dans le monde. D'où viens-je ? Qui suis-je ? Où vais-je ? Il se sent étranger à cette Terre, incapable de définir ses origines, sa destinée, sa raison d'être. Etourdi par la vision de l'insignifiance de sa vie dans l'existence du monde, il se sent abandonné sans même pouvoir expliquer d'où lui vient ce sentiment.

Pour les philosophes, l'angoisse est donc bien à distinguer de la peur, toujours motivée par un être, un objet ou un événement. D'où l'idée que l'angoisse est « le douloureux privilège de l'homme ».

De grands philosophes comme Heidegger, Kierkegaard ou Jean-Paul Sartre se sont penchés sur cette question de l'angoisse.

Heidegger articule son hypothèse autour de la relation entre l'être-dans-le monde et le néant : l'être éprouve de l'angoisse quand il réalise qu'il ne peut se comprendre à partir du monde et qu'il reste isolé en lui-même. Il ajoute qu'une fois l'angoisse passée, nous avons tous la même

réponse : ce n'était rien du tout. Et précisément, pour Heidegger, c'est ce rien qui nous angoissait.

Pour Kierkegaard, l'angoisse est tout de même créatrice car elle nous fait connaître l'expérience de l'échec. Or c'est à travers cette expérience fondamentale que l'être peut penser l'Absolu. C'est donc l'angoisse de l'étroitesse de l'existence qui conduit selon lui à l'ouverture vers la Transcendance.

Sartre, quant à lui, lie les notions de liberté et d'angoisse : c'est lorsque l'homme se trouve confronté au choix que naît l'angoisse. A l'angoisse du « qui suis-je » s'ajoute celle du « que faire ? » De mon acte va découler un engagement que je prends pour l'humanité toute entière.

La question de l'angoisse a donc été largement traitée dans le courant philosophique et continue de l'être. L'idée principale qui ressort de ces travaux est que dans l'angoisse ce n'est pas tellement nous qui questionnons le monde mais plutôt nous qui nous trouvons mis en question.

2. La théorie psychiatrique

2.1 Historique

Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, les névroses étaient encore mal définies. Les aliénistes de l'époque trouvaient difficile de classer dans un même groupe clinique des pathologies manifestement mentales, comme les phobies et les obsessions, avec des pathologies comme l'hystérie et ses manifestations neurologiques telles que la paralysie et les troubles de la sensibilité.

Dans la deuxième partie du XIX^{ème} siècle, les travaux de Charcot, et par la suite de ses élèves Babinski et Déjerine, cherchaient à identifier des signes cliniques permettant justement de distinguer les troubles moteurs et sensitifs des « maladies des nerfs », selon l'étymologie de névrose, des pathologies cérébrales avérées.

Mais ce n'est qu'en 1895, dans un article intitulé « Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que « névrose d'angoisse » », que la névrose d'angoisse est isolée cliniquement pour la première fois par Sigmund Freud. Parallèlement à ce dernier, Pierre Janet, à l'époque l'autre grand spécialiste des névroses, décrit dans sa thèse de médecine de 1893 les « accidents mentaux chez les hystériques ». Il contribue ainsi lui aussi à attirer l'attention sur la dimension psychique des troubles hystériques, et à former plus largement une nouvelle nosographie psychiatrique où les névroses seront reconnues, non pas comme des troubles « des nerfs », mais comme essentiellement psychiques.

2.2 La nouvelle classification

Au commencement de ses travaux, Freud isole les névroses d'angoisse d'autres pathologies comme l'hypocondrie ou la neurasthénie, décrite comme une faiblesse des nerfs. Puis il mettra à jour une véritable nouvelle classification de ces troubles mentaux en établissant une première distinction entre les névroses actuelles et les psychonévroses.

Les névroses actuelles traduisent un trouble actuel de la fonction sexuelle : il s'agit de troubles à la limite du psychique et du somatique, issus d'une pratique inadéquate de la sexualité. Le terme actuel désigne un trouble ayant lieu dans le temps présent, ne se reliant pas à l'histoire du sujet et se manifestant sous forme de troubles somatiques.

C'est dans ce cadre des névroses actuelles que Freud classera, au début de ses recherches, la névrose d'angoisse; puisqu'en effet, dans sa première théorie, il lui attribue également comme origine le refoulé sexuel, comme nous l'explicitons plus loin.

Il y ajoutera également deux autres troubles que sont l'hypocondrie et la neurasthénie.

Les psychonévroses quant à elle marquent le passage du somatique au psychique : leurs symptômes ne sont plus l'expression d'un refoulé sexuel mais traduisent plutôt des conflits liés à la sexualité infantile. Les névroses actuelles seraient les prémisses des psychonévroses, la neurasthénie entraînant la névrose obsessionnelle, l'hypocondrie la psychose, et la névrose d'angoisse l'hystérie et la névrose phobique.

La névrose d'angoisse de Freud fait l'objet d'une description qu'on peut encore aujourd'hui considérer comme classique. Il isole un grand nombre de symptômes, parmi lesquels on peut distinguer la susceptibilité générale aux stimulus (notamment l'hyperesthésie auditive),

l'attente anxieuse, les accès d'angoisse, les troubles de l'activité cardiaque, de la respiration, les accès de « bouffées de sueur », les accès de boulimie et de vertige, les crises intermittentes de diarrhée, les accès de vertiges locomoteurs, les crises de paresthésie, les terreurs nocturnes...

Cette distinction effectuée par Freud entre les névroses actuelles et les psychonévroses n'est pas reconnue par l'unanimité des psychiatres, et est même contestée par certains psychanalystes. En revanche, la névrose d'angoisse en tant qu'entité nosographique autonome a une reconnaissance beaucoup plus large.

Parallèlement à ces nouvelles classifications cliniques, un nouveau trouble fait son apparition : *la névrose traumatique*. A la frontière des troubles anxieux et des troubles phobiques, cette nouvelle expression englobe toutes les réactions psychopathologiques à la suite d'événements traumatiques : victimes de guerre, d'accidents collectifs ou individuels, attentats, tortures, viols... Très étudiée en Europe après la première guerre mondiale et aux Etats-Unis après la guerre du Vietnam, elle est décrite en trois phases : une première réaction d'angoisse avec des réactions de panique et d'effroi, une deuxième phase de durée variable avec un retour à la normale. Cette phase dite de latence est tout de même marquée par des éléments de tension anxieuse, d'hyper vigilance et d'hyperémotivité. Une troisième phase, celle à proprement parler de la névrose, comporte une reviviscence involontaire, répétitive et angoissante de l'événement traumatique où l'on peut observer des cauchemars, des réactions de panique avec parfois des hallucinations, et quelquefois des altérations de la personnalité.

2.3 Classification actuelle

Après la seconde guerre mondiale et jusqu'aux années quatre-vingt, l'objet fondamental de la psychiatrie se situe dans la distinction entre névroses et psychoses. Le groupe des névroses est désormais constitué de quatre entités : la névrose d'angoisse, la névrose phobique, l'hystérie et la névrose obsessionnelle.

A partir de 1980, de grandes modifications apparaissent dans la terminologie et la classification des états névrotiques et des syndromes anxieux lors de la publication du DSM III, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, par l'Association américaine de psychiatrie. Il crée un grand ensemble de troubles anxieux dans laquelle il englobe la

majeure partie des anciennes névroses. La névrose traumatique quant à elle devient post-traumatique pour souligner le rapport de cause à effet entre le traumatisme et la pathologie. C'est essentiellement la névrose d'angoisse qui est remise en question dans cette publication. Il la scinde en deux entités : le trouble panique, caractérisé par les attaques de panique à répétition, et le trouble d'anxiété générale. Cette nouvelle classification se fait sur la base de données biologiques, le premier étant réactif aux traitements anti-dépresseurs, contrairement au deuxième plus sensible aux tranquillisants.

Le DSM IV, publié en 1994, détaille ainsi les troubles anxieux :

- l'attaque de panique
- le trouble panique
- l'agoraphobie
- les phobies spécifiques ou simples
- la phobie sociale
- le trouble obsessionnel compulsif
- l'état de stress post-traumatique (le mot stress ayant remplacé névrose pour insister sur son caractère de réaction)
- le trouble d'anxiété généralisée
- les troubles anxieux dus à des états somatiques ou induits par des substances

Ces catégories restent les mêmes dans le DSM IV publié en 2000, et sont très proches de celles décrites dans la dixième édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10), établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

2.4 Séméiologie des troubles anxieux

On observe que, quelle que soit la théorie sur laquelle on s'appuie, les symptômes qui caractérisent l'angoisse sont relativement stables et unanimes. Cette invariabilité permet une description clinique d'une séméiologie de l'angoisse, dont on peut différencier trois registres, les syndromes physiques, mentaux et comportementaux, qui se superposent et se combinent de manière variable.

Le syndrome physique témoigne d'une mobilisation généralisée de tout le système neurovégétatif. On observe des troubles cardio-vasculaires, avec tachycardie, palpitations,

évanouissement, des troubles respiratoires importants qui se manifestent sous la forme de dyspnée et de suffocation, ainsi que des troubles digestifs et urinaires avec des spasmes ou des contractions, parfois accompagnés de nausées ou de diarrhées. Il faut également noter la présence de troubles musculaires, particulièrement significatifs du trouble qui saisit l'anxieux face à son environnement, les muscles étant les structures essentielles de la mise en relation du sujet avec le monde environnant. Ces troubles se traduisent par des tremblements, des contractures musculaires, des agitations et instabilités, ou encore des frissons.

S'ajoutent à ces principales manifestations des troubles comme ceux du sommeil, de l'alimentation et d'hyperesthésie sensorielle, notamment dans les névroses post-traumatiques avec des réactions de sursaut, d'alarme, à la moindre stimulation sensorielle.

Cette gorge serrée, cet estomac noué, la boule dans le ventre, le cœur qui tape ou encore le souffle coupé... Cette description du syndrome physique de l'angoisse est en lien très étroit avec l'étymologie même du mot angoisse vue précédemment qui, souvenons-nous, désignait un espace étroit, resserré et une oppression physique.

Le syndrome mental se traduit par un sentiment d'inquiétude, d'appréhension, de peur. La grande crise d'angoisse, quant à elle, contient des sentiments très forts de terreur et de panique. Cet effroi peut amener le sujet à perdre le contrôle de lui-même et parfois les gestes incontrôlés mis en place pour contenir l'angoisse peuvent lui être fatals, comme par exemple la défenestration.

Le syndrome mental se rapprocherait de la définition de l'anxiété dans le sens où c'est un état d'appréhension continue dans lequel se trouve le sujet, sans que cette inquiétude n'ait d'objet défini. Cette anxiété semble préexister à tout objet de peur et ce dernier est finalement un moyen pour elle de se fixer et donc de diminuer. Le sujet anxieux cherche en quelque sorte un objet pour contenir cette peur, l'empêcher de se porter sur tout ce qui l'entoure. Ainsi, le sujet peut projeter son anxiété hors de lui, l'associer à une représentation fixe et essayer de l'éviter, comme dans le cadre d'une phobie.

Le syndrome comportemental traduit l'ensemble de ces perturbations. L'instabilité générale du sujet définit bien les caractéristiques essentielles de l'angoisse. Elle est inefficace puisque le sujet peine à la fixer sur un objet particulier pour la diminuer, et elle est incontrôlable, entraînant de nombreuses décharges motrices inadéquates. C'est souvent d'ailleurs cette

grande décharge motrice inadéquate, comme une crise de larmes, qui permet la résolution de la crise d'angoisse par l'importante dépense d'énergie qu'elle entraîne pour le sujet.

Dans leur ensemble les troubles anxieux sont très fréquents : une personne sur six présentera au cours de sa vie un syndrome anxieux de durée variable. Au moins 1% de la population présente des crises d'angoisse à répétition (trouble panique) et au moins 3% présente une anxiété généralisée, dite flottante. Il existe des facteurs intimement liés à ces deux troubles : l'existence d'un élément déclencheur (un décès, une séparation) ainsi qu'une dimension familiale importante (on parle même parfois d'hérédité).

Ces troubles anxieux touchent toute la population, sans distinction d'âge, de sexe ou de classe sociale, et il est reconnu comme un handicap social majeur ainsi qu'un budget de dépenses de santé considérable.

3. La théorie psychanalytique

L'intérêt de Freud pour l'angoisse est initial : elle est dès le début de son étude considérée comme un affect pivot, et sa définition ne va cesser de se renouveler avec l'évolution de la psychanalyse.

3.1 La première théorie de l'angoisse

Au tout début de ses travaux, Freud étudie l'angoisse sur le modèle de l'hystérie. Il fait le parallèle entre le refoulé sexuel de l'hystérique, s'exprimant par le corps, et la survenue de l'angoisse. Celle-ci serait produite par l'ensemble des ratés de la vie sexuelle des adultes et par les frustrations à la satisfaction de la libido. L'angoisse est une « accumulation de tension sexuelle physique » due à une « décharge entravée »¹.

Dans une lettre à Fliess en 1894, entièrement consacrée à comment naît l'angoisse, il avance qu'elle découle d'une transformation de tension accumulée. Dans cette même lettre, il fait le lien entre la sexualité et ce qu'il va nommer la « névrose d'angoisse ». L'angoisse est pour lui la cause des troubles névrotiques. Elle se distinguerait de l'hystérie, qui est une excitation

¹ Kapsambelis V. (2007) L'angoisse, 1^{ère} édition, Presses Universitaires de France, Paris, p. 69.

psychique empruntant des voies somatiques, en étant au contraire une tension physique qui ne pourrait se décharger psychologiquement.

La première théorie freudienne affirme donc que c'est le refoulé sexuel qui cause le symptôme. C'est donc bien l'excès de libido non liquidée qui est mis en cause dans l'angoisse.

3.2 Angoisse réelle et angoisse névrotique

En 1916-1917, lorsqu'il rédige Leçons d'introductions à la psychanalyse, il revient sur cette première théorie avec une nouvelle classification. Il décrit l'angoisse du réel, liée à la perception d'un danger extérieur et l'angoisse névrotique dont il décrit trois formes : l'angoisse flottante (d'attente ou anxieuse), l'angoisse phobique et l'angoisse par accès (par exemple les symptômes paroxystiques de l'hystérie).

Cette distinction entre angoisse réelle et angoisse névrotique permet de mettre à jour des similitudes : l'angoisse réelle est éprouvée devant un danger extérieur et l'angoisse névrotique est éprouvée par le Moi devant un danger intérieur lié à l'exigence de la libido.

De même que le danger extérieur amène des mécanismes de défenses, le danger intérieur aussi. Ainsi, « la limite qui sépare là ces deux types d'angoisse n'est pas celle du somatique et du psychique mais celle du dedans et du dehors »¹.

Mais Freud ne se contente pas de cette première théorie, il continue de s'interroger sur l'angoisse, avec l'idée qu'elle occupe à la fois une place particulière mais également centrale dans l'économie du sujet.

« Le problème de l'angoisse est un point nodal en lequel se rencontrent les questions les plus diverses et les plus importantes, une énigme dont la solution devrait répandre un flot de lumière sur toute notre vie psychique »².

¹ Kapsambelis V. (2007) *L'angoisse*, 1^{ère} édition, Presses Universitaires de France, Paris, p. 71.

² Freud (S), dans Institut du Champ Freudien, (2005), *La petite Girafe « Bonjour angoisse »* n°21, Agalma, Paris.

3.3 La deuxième théorie de l'angoisse

La deuxième topique, élaborée par Freud en 1920, donne jour aux notions de Ça, de Moi et de Surmoi, et permet une nouvelle élaboration du concept d'angoisse. La deuxième théorie, formulée dans Inhibition, symptômes et angoisse en 1927, tient compte de ces nouvelles données sur le Moi en tant qu'arbitre entre les exigences pulsionnelles du Ça et les interdictions morales du Surmoi. Dans cette nouvelle théorie, le Moi est considéré, non seulement comme le lieu, mais aussi comme la source de l'angoisse.

Dans la nouvelle perspective qu'il dégage, Freud s'inspire des travaux d'Otto Rank sur le traumatisme de la naissance comme angoisse originaire. L'angoisse serait cette fois considérée comme une réponse du sujet face au danger. Elle indiquerait au moi l'imminence d'un danger, elle aurait valeur de signal.

La naissance serait donc la première angoisse du sujet. Mais quelle serait l'origine de cette angoisse ?

Le danger résiderait dans la séparation, la perte de l'objet fortement investi. Dans cette optique, on peut observer tout le long de la vie du sujet, le lien entre l'angoisse et la séparation : l'angoisse de la naissance, l'angoisse de séparation avec perte de l'objet maternel, puis l'angoisse de castration et enfin l'angoisse de mort.

L'angoisse intervient donc en amont, pour signaler du danger à venir.

Freud critique sa conception précédente : l'angoisse n'apparaît pas automatiquement. Il différencie nettement ici la composante pulsionnelle et la production de l'angoisse. Il faut préciser que la motion pulsionnelle est constituée d'une part de la représentation, qui devient inconsciente lors du refoulement, et de l'énergie pulsionnelle qui l'accompagne. Dans cette nouvelle conception, le moi utilise intentionnellement cette énergie pulsionnelle, libérée de sa représentation, pour éveiller l'affect et en faire un signal permettant de mettre en place des défenses.

Dès lors, sans pour autant nier les conclusions de sa première théorie du trop plein de libido, Freud va opter pour une conception plus dynamique de l'angoisse en la considérant comme une alerte anti-traumatisme. Il l'associe à la situation de danger.

Deux sources de l'angoisse viennent à jour. La première est volontaire, consciente et produite par le Moi lorsqu'une situation de danger réel le menace. L'angoisse aurait là pour fonction d'éviter ce danger.

La deuxième est involontaire, automatique et inconsciente. Elle déclenche une action de fuite pour détourner la pulsion de son objet, de son but. Son développement peut aboutir à la formation d'un symptôme qui apparaît alors lui-même comme un moyen de fuir le trop plein d'angoisse.

Cette deuxième théorie met à jour une idée nouvelle et en complète contradiction avec la première théorie. L'angoisse ne traduit plus la présence de la libido mais bien celle du surmoi et la réaction du moi à cette présence. On ne peut plus dire que l'angoisse succède au refoulement. Au contraire c'est l'angoisse, en tant que signal du Moi, qui provoque le refoulement.

3.4 L'apport de Lacan

Près de soixante ans après Freud, Jacques Lacan consacra une année de son enseignement à élaborer une articulation aussi précise que possible de ce concept qu'est l'angoisse dans son Séminaire X (1962-1963). Très influencé par la phénoménologie et les grandes interrogations d'Heidegger, Lacan ne pouvait pas ne pas se pencher sur la question.

Il reprend la définition de Freud qui identifie l'angoisse comme un signal. Seulement pour lui, elle n'est ni la manifestation d'un danger externe, ni celle d'un danger interne. Selon lui, l'angoisse est l'affect qui saisit un sujet quand il est confronté au désir de l'Autre, représentant de la loi symbolique. Il fait de l'angoisse l'affect qui répond de façon privilégiée à l'Autre, à sa demande, à son désir et à sa jouissance. Il la considère comme constitutive de l'organisation psychique, car nécessaire à l'expression du désir du sujet.

Si pour Freud l'angoisse est toujours liée à la perte de l'objet, que ce soit la mère ou le phallus dans l'angoisse de séparation ou de castration, Lacan en a une conception antagoniste. En effet, pour lui cet objet n'est pas vraiment perdu. L'angoisse surgirait avant même que cet objet perdu n'ait existé. Cet objet manquant, il le nomme « *objet a* ». Si ce dernier vient à ne pas manquer, alors surgit l'angoisse. Pour qu'un sujet puisse être désirant, il faut que l'objet investi, cause de son désir, puisse lui manquer.

L'angoisse ne serait donc pas le signal d'un manque mais la manifestation d'un sujet de l'absence de cet appui fondamental qu'est le manque. Il illustre ses propos par l'image de l'allaitement : ce qui engendre l'angoisse de la perte du sein chez le nourrisson, ce n'est pas qu'il vienne à disparaître et donc à lui manquer, mais au contraire qu'il ne lui manque jamais et qu'il soit envahi par sa toute-puissance. Ce « manque du manque »¹ étouffe le désir et se traduit par des fantasmes d'autodestruction : chaos, fusion avec le corps maternel, hallucination, images de dislocation... C'est la possibilité de son absence qui permet à l'enfant de distinguer ses besoins de ses désirs. Toute réponse comblante est, pour Lacan, source d'angoisse.

L'angoisse est ce qui est hors de doute, ce qui ne trompe pas, c'est « l'affreuse certitude »². Elle est ce qui nous laisse dépendant de l'Autre, sans aucun mot, hors symbolisation.

3. ANGOISSE ET SYMPTÔME

1. Définition du symptôme

En psychanalyse, le symptôme n'est pas le signe d'une maladie mais plutôt l'expression d'un conflit psychique inconscient. *Sumptōma* en grec signifie « accident », « coïncidence ». Il est constitué à partir de deux mots *sun*, qui veut dire avec, et *peptein*, survenir, arriver. Le symptôme est donc ce qui arrive ou survient avec, utilisé couramment en médecine et qui permet de déceler une maladie par les manifestations symptomatiques.

La découverte du symptôme de conversion hystérique par Freud comme expression du désir inconscient, et non comme simulation, lui permet de donner un sens nouveau à ce terme. Au départ conçu comme la commémoration d'un traumatisme passé, il sera ensuite défini comme « l'expression d'un accomplissement de désir et la réalisation d'un fantasme inconscient servant à accomplir ce désir. »³

¹ Lacan J., (1962-1963) Séminaire X, dans Chemama R., Van Dermersch B., (2003) *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse, Paris.

² Lacan J., (1962-1963) Séminaire X, dans Chemama R., Van Dermersch B., (2003) *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse, Paris.

³ Chemama R., Van Dermersch B., (2003) *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse, Paris, p.424.

Le point essentiel de cette nouvelle approche réside dans l'établissement du symptôme comme compromis. En effet c'est par la formation de ce symptôme que le sujet pourra, à travers celui-ci, exprimer son refoulement.

« Le symptôme est venu se substituer à quelque chose que le refoulement empêche de s'extérioriser »¹, dit-il.

Les post-freudiens, et surtout Jacques Lacan, vont beaucoup insister sur cette notion de compromis. Il commence en 1958 par dire que le symptôme « va dans le sens d'un désir de reconnaissance, mais ce désir reste exclu, refoulé »². Puis il insiste sur le fait que le symptôme n'est pas que le signe d'un dysfonctionnement organique, mais qu'« il vient du Réel, qu'il est le Réel. »³

2. L'angoisse est-elle un symptôme ou y a-t-il des symptômes d'angoisse ?

Freud s'attache tout particulièrement à la compréhension du symptôme, notamment à travers ses études sur l'hystérie : comment se forme-t-il ? Quelles sont ses propriétés, ses fonctions ? Quand, comment et pourquoi disparaît-il ? D'où vient-il ? Peut-il se transformer ? etc. Mais il va également chercher à déterminer la place de l'angoisse dans la formation de ce symptôme.

En clinique, l'angoisse est considérée comme un symptôme pouvant directement former également d'autres symptômes. « Des symptômes ne sont formés que pour échapper au développement de l'angoisse sinon inévitable »⁴. Il situe donc ici, sur le même modèle que les phobies, le symptôme comme une réponse au développement de l'angoisse.

Il se penche donc de plus près sur l'étude des liens unissant l'angoisse et le symptôme, à travers les symptômes de conversion hystérique comme les phobies obsessions, pour en conclure que le symptôme est un anxiolytique, plus ou moins efficace selon les individus et les événements. Cela signifie donc qu'étant tous angoissés, nous soignons notre angoisse par

¹ Freud S., Introduction à la psychanalyse, p. 278, dans De La Monneraye Y., (2004) *La parole rééducatrice*, Privat, Paris, p. 52.

² Lacan J., dans Chemama R., Van Dermersch B., (2003) *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse, Paris, p. 424.

³ Lacan J., dans Chemama R., Van Dermersch B., (2003) *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse, Paris, p. 424.

⁴ Freud S., Institut du Champ Freudien, (2005), *La petite Girafe « Bonjour angoisse »* n°21, Agalma, Paris.

un symptôme particulier, parfois plus ou moins adapté, et plus ou moins dérangeant selon l'intensité de l'angoisse.

Partir de cette hypothèse est déjà choisir un axe clinique qui laisserait la liberté à l'être humain de pouvoir comprendre son symptôme avant de traiter en priorité la souffrance et le décalage par rapport à la norme. En clair, partir de ce principe revient à accorder du crédit à un travail psychothérapeutique comme expression et analyse par le sujet de son symptôme et de sa souffrance, et à remettre en question le traitement médicamenteux systématique des symptômes de l'enfant.

3. Les symptômes de l'angoisse

Nous avons pu observer que l'angoisse réelle réside toute entière dans sa manifestation. L'angoisse névrotique, en revanche, transparaît à travers certaines formes d'organisations psychiques destinées à la contenir, dont le processus d'inhibition et le compromis symptomatique.

Nous allons nous intéresser plus particulièrement au lien unissant le symptôme et l'angoisse. Nous avons déjà étudié précédemment les apports de la deuxième topique de Freud, qui met à jour une nouvelle conception de ce lien : ce n'est pas le refoulement qui provoque l'angoisse mais bien l'angoisse qui provoque le refoulement. Ainsi, nous pouvons donc en déduire que c'est l'angoisse qui entraîne la formation du symptôme, ce compromis du sujet.

Lacan introduit le terme de dérive pour parler du symptôme. En effet, ce terme permet de mettre en évidence la caractéristique principale de ce dernier : il est quelque chose qui se détache ou qui se délie.

« Ce que j'ai dit par contre de l'affect, c'est qu'il n'est pas refoulé ; et ça, Freud le dit comme moi. Il est désarrimé, il s'en va à la dérive. On le retrouve déplacé, fou, inversé, métabolisé, mais il n'est pas refoulé. »¹

¹ Lacan J., Séminaire X, dans Kaufmann P., (1993), *L'apport freudien, éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*, Bordas, Paris.

Ici donc apparaît l'essence même du symptôme, son caractère à la fois indissociable de l'angoisse et à la fois sa mobilité.

3.1 Le symptôme phobique

C'est sans doute la phobie qui est la manifestation la plus claire pour parler cliniquement du symptôme. Elle rend compte fidèlement des rapports entretenus entre l'angoisse et le symptôme. En effet, si ce dernier réussit à opérer le compromis de satisfaction entre la pulsion et l'organisation du Moi, il contribue à lier toute l'énergie libidinale du sujet en rendant la manifestation d'angoisse inutile.

Dans le cas particulier de la phobie s'ajoute à la formation du symptôme le caractère d'inhibition. Sous l'effet de la censure, nous observons un déplacement de l'affect, consécutif de la représentation refoulée, sur une représentation plus anodine très éloignée de la représentation d'origine. C'est cette nouvelle représentation qui voit son accès interdit au conscient par le processus d'inhibition.

Prenons pour exemple le cas célèbre du petit Hans, publié par Freud en 1909, qui illustre parfaitement l'intérêt de la formation symptomatique pour le sujet.

Pour cet enfant, l'incompréhensible angoisse du cheval qu'il manifeste est justement cette représentation anodine, cet affect déplacé qu'est le symptôme. Le fait qu'il ne puisse se rendre dans la rue correspond quant à lui, à ce processus inhibiteur : le Moi érige cette censure pour limiter les expositions du sujet à ce symptôme d'angoisse. Empêché inconsciemment d'aller dans la rue, le petit Hans évite ainsi de se retrouver face aux chevaux, représentations symptomatiques de son angoisse d'origine.

3.2 Le symptôme obsessionnel

A la différence des symptômes phobiques, les symptômes obsessionnels empêchent directement l'apparition d'angoisse. Les rituels obsédants mis en place parviennent à lier toute l'énergie libidinale. Si l'accomplissement de ce cérémonial obsessionnel est perturbé, on assiste à un véritable débordement de l'angoisse.

3.3 Le symptôme hystérique

Les symptômes hystériques quant à eux convertissent toute cette énergie libidinale en symptômes corporels, qui empêchent également l'apparition de l'angoisse.

Par sa fonction de liaison de l'excitation libidinale, le symptôme rend donc inutile la manifestation d'angoisse. A travers l'observation des différentes situations cliniques d'angoisse, on observe que c'est donc bien la manifestation d'angoisse qui précède la formation du symptôme

« On observe là une action réciproque, les deux phénomènes pouvant se remplacer mutuellement, se suppléer l'un l'autre. »¹

4. Les bénéfices du symptôme

Derrière le symptôme se cache une satisfaction refoulée : c'est pourquoi le sujet, qui n'est pas que le sujet conscient, y tient tant. Le symptôme occupe une place ambiguë puisque d'un côté il permet au sujet de freiner le développement de son angoisse; mais de l'autre, il maintient caché, de par sa nature souvent éloignée de l'élément originel refoulé, le conflit interne qu'il devrait pourtant signaler.

C'est donc bien là que se situe toute la difficulté en clinique de savoir repérer ce qui est de l'ordre du symptôme, parfois à des années lumière de la réelle problématique de l'enfant. Au lieu de nous permettre de faire le lien, le symptôme se substitue au problème, se laisse à voir et empêche l'expression du conflit interne. Or, pour s'en détacher, et non le supprimer, il faudrait qu'il puisse être exprimé.

« Ce lambeau de discours, faute d'avoir pu le proférer par la gorge, chacun de nous est condamné, pour en tracer la ligne fatale, à s'en faire l'alphabet vivant ».²

¹ Freud S., L'angoisse et la vie instinctuelle, dans Kaufmann P., (1993), *L'apport freudien, éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*, Bordas, Paris.

² Lacan J., Ecrits, p. 446, dans De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 52.

5. Que faire du symptôme ?

Si l'on approuve les propos Lacan, en 1975, qui dit que le symptôme est ce que les gens ont de plus réel, pourquoi chercher à le supprimer ? S'il est « la nature propre de la réalité humaine »¹, en aucun cas la cure analytique, et encore moins le travail orthophonique, ne peut consister à éradiquer le symptôme, celui-ci étant constitutif du sujet. Il écrit dans Conférences et Entretiens que « les névrosés vivent une vie difficile et nous essayons d'alléger leur inconfort...Une analyse n'a pas à être poussée trop loin. Quand l'analysant pense qu'il est heureux de vivre c'est assez »². C'est pourquoi il crée le concept de *sinthome* pour signifier qu'il est justement ce qui ne chute pas, mais ce qui se modifie pour que restent possible la jouissance, le désir.

¹ Lacan J., dans Chemama R., Van Dermersch B., (2003) *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse, Paris, p.424.

² Lacan J., dans Chemama R., Van Dermersch B., (2003) *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse, Paris, p.425.

PARTIE 2 : L'ENFANT ANGOISSÉ

« En étudiant les situations périlleuses nous constatons qu'à chaque période de l'évolution correspond une angoisse qui lui est propre ; le danger de l'abandon psychique coïncide avec le tout premier éveil du Moi, le danger de perdre l'objet (ou l'amour), avec le manque d'indépendance qui caractérise la petite enfance, le danger de la castration avec la phase phallique et enfin la peur du Surmoi qui, elle, occupe une place particulière, avec la période de latence. »¹

L'angoisse prend donc racine dans la petite enfance, elle suit l'évolution de l'enfant. Présente à chaque étape importante du développement, on peut en observer les caractéristiques, fondatrices à l'âge adulte de réactivations. L'angoisse s'appuie sur ces représentations prototypiques. Les réactivations de ces représentations infantiles traumatiques sont présentes lorsqu'on observe chez l'individu un manque d'élaboration psychique.

Les sources profondes de l'angoisse sont à retrouver chez l'enfant sous trois formes principales : l'angoisse primaire d'abandon, l'angoisse dite du « Moi » et l'angoisse de contre agression (dont fait partie l'angoisse de castration).

1. L'ANGOISSE DE L'ENFANT

Dans la vie de l'enfant, il n'y a pas de moments qui ne soient pas plus ou moins imprégnés d'angoisse. Même si nous avons pu observer que l'angoisse et la peur sont bien distinctes – puisque la première est sans objet – chez l'enfant cette distinction est difficile à faire car « l'enfant ne sait distinguer ce qui est danger réel, et légitime de peur, et danger inexistant. »²

¹ Freud S., « L'angoisse et la vie instinctuelle » (1932), dans Kaufmann P., (1993), *L'apport freudien, éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*, Bordas, Paris.

² Duché, dans Miret M.J., *L'angoisse chez l'enfant*, Chassagny C., (1988), *Pratique des mots*, revue PRL, n°61, IPERS-ENPRL, Paris.

Widlocher¹ dit que « devant une situation de danger, l'enfant a une certaine réponse de fuite qui va prendre, sous l'effet d'un certain conditionnement, et d'un environnement donné, un caractère de peur ou un caractère d'angoisse, dont nous aurons à reconnaître les modalités. » D'où l'intérêt essentiel, dans le cadre d'une prise en charge orthophonique, que le thérapeute connaisse les sources d'angoisse chez l'enfant et puisse déceler derrière chaque comportement excessif, un envahissement de l'angoisse.

Chez l'enfant les manifestations anxieuses sont moins fréquentes et moins permanentes que chez l'adulte dans le sens où elles vont toujours, du fait de leur non accès à la conscience, emprunter des voies somatiques. L'enfant bien souvent ne peut exprimer son angoisse par des mots car il n'est pas conscient de ressentir cette angoisse. Cela ne l'empêche pas de s'exprimer, bien au contraire, et à travers tous les domaines d'activités de l'enfant : son alimentation, son rapport au corps et à l'hygiène, son attitude, son dessin, ses jeux...

L'angoisse, même si elle revêt souvent de nombreux aspects, ne peut être ignorée car elle envahit le sujet tout entier, dans tous ses gestes et tous ses actes.

Il trouve davantage le moyen de s'en défendre, soit en réduisant l'activité qui semble produire la crainte, soit en projetant la crainte sur un objet extérieur évitable, comme on l'observe dans le mécanisme des phobies. Il peut également liquider la tension provoquée par l'angoisse dans une activité habituellement d'ordre moteur (instabilité psychomotrice, excitation, tics, accès de colère). Il faut également être très attentif aux troubles de l'inhibition qui, sous des dehors de conformisme, cachent souvent une angoisse massive qui ne peut s'exprimer.

Des crises d'angoisse peuvent tout de même s'observer, surtout si l'enfant est particulièrement émotif ou impressionnable, parfois le jour, mais beaucoup plus fréquemment la nuit, où le niveau de conscience faiblit. Cela s'exprime souvent par ce qu'on nomme des terreurs nocturnes, à travers des cris, des cauchemars terrifiants avec une peur marquée de l'obscurité et de la solitude de la nuit.

¹ Widlocher dans dans Miret M.J., *L'angoisse chez l'enfant*, Chassagny C., (1988), Pratique des mots, revue PRL, n°61, IPERS-ENPRL, Paris.

Ajoutons à toutes ces manifestations dans le comportement, les troubles de la sphère organique, qui sont un moyen d'exprimer inconsciemment l'angoisse : certains enfants utilisent beaucoup le registre somatique, par les maux de ventre ou de tête.

« Il n'est pas de sphère d'activité, pas de sphère organique, qui ne puisse être le support de l'angoisse. »¹

Il ajoute que les cas qui sembleraient les plus graves sont justement ceux où l'enfant ne trouve pas de voie. Lebovici corrobore cette idée en ajoutant que les plus alarmants sont « les cas où l'anxiété des enfants ne trouve pas de mode d'expression (pas de symptôme), les cas où on se trouve devant un enfant chez qui la peur est pure et sans représentation. »²

2. L'ANGOISSE ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

1. Le stade oral et l'angoisse d'abandon

1.1 Le stade oral

Il s'agit d'une première étape d'organisation des pulsions instinctuelles, axée plus particulièrement sur la zone buccale, première zone érogène dans la sexualité infantile et l'un des premiers moyens de relation au monde. Cette étape couvre approximativement la première année de l'enfant. Symboliquement terminée par le sevrage, elle est suivie du stade dit anal.

Cette prévalence de la zone orale ne signifie pas que la première année de vie ne se résume qu'à cela. Il s'agit en revanche du mode d'expression privilégié des besoins (principalement alimentaires), des demandes (par cris et pleurs) et des désirs. En effet ces derniers sont satisfaits par la succion, qu'elle soit alimentaire sur le sein ou le biberon, ou au-delà par la succion des doigts, d'un objet ou même d'une succion sans objet. C'est ce lien avec le

¹ Duché, dans Miret M.J., *L'angoisse chez l'enfant*, Chassagny C., (1988), Pratique des mots, revue PRL, n°61, IPERS-ENPRL, Paris.

² Lebovici, dans Miret M.J., *L'angoisse chez l'enfant*, Chassagny C., (1988), Pratique des mots, revue PRL, n°61, IPERS-ENPRL, Paris.

personnage maternel qui est caractérisé par le stade oral. La présence ou l'absence de réponse déclenche ainsi apaisement ou désarroi, et réponse agressive. La qualité de la relation ultérieure entre la mère et l'enfant montre bien si ce nourrissage a été heureux : l'enfant insatisfait et tyrannique fut le bébé dont toutes les demandes ont été prévenues et satisfaites, sans le nécessaire apprentissage de la restriction et de la frustration. L'enfant inquiet et agressif quant à lui était un bébé pleureur dont les demandes se heurtaient à la rigidité de la mère.

Même dans les cas d'alimentation harmonieux, la mère se voit toujours attribuée une image de bonne ou de mauvaise mère, selon qu'elle répond ou non à la demande. L'enfant s'identifie lui aussi à l'image de sa mère, à travers l'incorporation (alimentaire) qui fait naître en lui des fantasmes de désir de manger sa mère, de dévoration, avec apparition d'agressivité dans la seconde moitié de la première année où apparaissent les morsures.

Au-delà du sevrage ce fantasme de cannibalisme persiste, dont le mythe de l'ogre est témoin, et donne naissance au fantasme de contre agression : puisque je désire manger l'autre, peut-être désire-t-il lui aussi me manger ? L'enfant opère une projection inconsciente de son propre désir sur l'autre.

Cette ambivalence du premier lien humain est d'une importance radicale pour l'équilibre émotionnel et relationnel de l'enfant.

Nous ne pouvons pas pour autant limiter la première année de vie, comme nous l'avons déjà souligné, aux seules manifestations orales. S'y ajoutent également le besoin de chaleur et de contact, les réactions d'agrippement et de poursuite de la mère, décrites par J.Bowlby¹. Ce comportement général, à travers la vue, l'odorat, le toucher, se manifeste également dans le sourire du bébé et son gazouillement.

Le sevrage est un événement important survenant durant la première année : il marque le début d'une alimentation diversifiée avec une séparation relative du corps de la mère et utilisation d'instruments d'adultes pour se nourrir (cuiller). Il est souvent associé à la fin du

¹ Bowlby J., Nature du lien à sa mère, (1958), International journal of psycho-analysis, dans Lafon R., (1963) *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, Presses Universitaires de France, Paris.

stade oral. Néanmoins, les pulsions orales se poursuivent durant les deux ou trois années qui suivent, même si elles sont relayées par les pulsions anales et phalliques. L'adulte garde aussi les traces de ses pulsions d'origine à travers des conduites universellement observables comme le baiser comme plaisir préliminaire à la relation sexuelle, le plaisir recherché dans le fait de sucer, mâcher, boire ou encore fumer.

Le sevrage, en tant qu'étape importante du développement peut constituer un point d'achoppement dans l'organisation pulsionnelle du sujet et créer de l'angoisse. Un sevrage trop précoce, avant 9 ou 10 mois, aboutit fréquemment à des signes d'inacceptation, tout comme un sevrage trop tardif. On observe alors chez l'enfant un refus des aliments, une anorexie, des vomissements, et des réactions opposantes et agressives.

Le sevrage peut se dérouler de façon tout à fait harmonieuse lorsqu'il est effectué dans le respect du rythme de l'enfant, progressivement, sans exigences, et dans un lien de sérénité avec la mère. Il reste le lieu privilégié des régressions lors du moindre bouleversement : une nouvelle naissance dans la famille se manifestera souvent par un retour à la succion du pouce. Dans sa crainte du délaissement, l'enfant retrouvera une identification régressive à son petit frère ou à sa petite sœur.

1.2 L'angoisse d'abandon

L'angoisse primaire d'abandon est la plus précoce des angoisses de la petite enfance et des racines de l'angoisse en général. A la différence de réelles situation d'abandon où l'enfant n'a pas connu sa mère, ou de semi abandon, avec attachement puis perte, temporaire ou répétitive, l'angoisse d'abandon suit le modèle de toute angoisse : elle n'a pas d'objet. Elle se présente justement dans la situation où l'enfant n'est pas séparé de ses parents.

La plus primaire des angoisses se manifeste par des cris, des pleurs, des agitations ou de l'effroi lorsqu'un besoin instinctif du petit enfant n'est pas satisfait immédiatement. Chez le nourrisson qui pleure pour avoir le sein nourricier, ou plus tard pour manifester son désir de présence de la mère, une réponse insatisfaisante, inexistante ou tardive, entraîne un profond désarroi. L'absence de réponse de la mère le laisse dans un état de sidération, qui se réactive par la suite dans toute sa vie adulte lorsqu'il se retrouve confronté à la même absence de réponse de l'autre. Face à toute menace ou barrage, du monde extérieur ou personnel, ce désarroi est réactivé comme le signe d'un interdit, d'un autre opposé à son désir. Le sentiment

de désarroi originel, qui aurait eu pour sanction le retrait d'amour et l'abandon, renaît dans toute nouvelle confrontation du sujet à l'insatisfaction de son désir.

Ce sentiment d'abandon est un affect vécu inconsciemment par l'enfant, sans rapport avec une situation réelle d'abandon. Cette crainte est souvent constituée par une conviction irrationnelle de perdre ou d'avoir perdu l'amour de ses parents. Certaines situations peuvent être déclenchantes comme une attitude maternelle trop froide et rigide, des discordes parentales ou une séparation fortuite due à la naissance d'un petit frère ou d'une petite soeur. Paradoxalement, le comportement inverse de surprotection peut avoir des conséquences tout aussi importantes. Contrairement à l'effet recherché de réassurance, cette protection excessive amène l'enfant à craindre le jour où elle n'existera plus.

C'est le « manque du manque » évoqué par Lacan, cette présence qui, par sa toute puissance, fait craindre l'absence, cette inconnue. L'angoisse naît face au danger menaçant de l'accession à la non dépendance, d'où des comportements tyranniques avec une fixation inquiète à la mère, un refus de sevrage affectif, une attitude régressive signe d'un refus de grandir, ou une peur panique à l'idée d'une éventuelle séparation. On assiste conjointement à des manifestations de dévalorisation, de repli avec des postures régressives, comme un retour au sein ou à des positions infantiles, et une tendance agressive réactionnelle.

Cette frustration imaginaire est inacceptable pour l'enfant, et fait naître, non pas une peur, mais bien une angoisse car il n'existe pas d'objet réel motivant cette anxiété, uniquement une attente d'un abandon toujours possible.

Au cours de la première année de vie de l'enfant apparaît également l'angoisse très connue sous le nom d'angoisse du huitième mois ou angoisse de l'étranger. Développée par le psychanalyste hongrois René Spitz (1887-1974)¹, cette notion s'intéresse à la dépression anaclitique et à l'hospitalisme. Il y décrit les réactions affectives des jeunes enfants placés de façon prolongée en institution et ainsi privés de la présence de leur mère, après avoir vécu avec elle les six premiers mois de leur vie. La dépression anaclitique se caractérise par une cascade de réactions : l'enfant se montre dans un premier temps pleurnichard et exigeant, il

¹ Lafon R., (1963) *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, Presses Universitaires de France, Paris.

refuse le moindre contact, et développe petit à petit une rigidité faciale et une apathie qui entraînent un retard de développement. L'hospitalisme caractérise le dernier stade de cette évolution, il peut être irréversible et dans certains cas entraîner la mort de l'enfant.

A partir de l'observation de la pathologie, Spitz étend ses observations au développement normal de l'enfant. Il décrit au cours des deux premières années de vie de l'enfant des comportements qu'il définira comme des indicateurs de certaines organisations de la vie psychique. Le premier de ces marqueurs apparaît autour du troisième mois. C'est le sourire social adressé par le nourrisson à tout visage humain, connu ou inconnu. L'angoisse de l'étranger constitue ce deuxième marqueur qui vient trancher avec le sourire social. En effet, il connote une réaction de peur et d'angoisse, voire de détresse devant toute personne inconnue. L'angoisse du huitième mois souligne l'importance que possède désormais la mère dans la vie de l'enfant. Cette angoisse ne manifeste pas l'anticipation d'un danger, encore inconnu, mais bien la peur et la déception du fait de l'absence de la mère.

2. Le stade anal et l'angoisse de séparation

2.1 Le stade anal

Dans la terminologie freudienne, il s'agit de la seconde étape d'organisation des pulsions instinctuelles constitutives de la sexualité infantile. Succédant au stade oral, il se caractérise par la polarisation des pulsions sur la zone excrétoire, anale et urétrale. Cette période s'étend approximativement sur la deuxième année de l'enfant et une partie de la troisième. Parmi toutes les acquisitions essentielles qui ont lieu durant la deuxième année, comme les acquisitions motrices, sensori-motrices et psychomotrices, l'enfant découvre également l'activité des organes d'excrétion. C'est une découverte ambivalente associée à la fois au plaisir et au pouvoir de la maîtrise de ces sphincters, induit par les parents à travers l'apprentissage de la propreté.

Le plaisir lié à ces zones excrétoires peut s'expliquer par la sensation chaude et humide ainsi qu'à la sensation du passage de ces excrétiens au moment de leur expulsion. On peut également ajouter la fierté de la maîtrise chez l'enfant qui réalise qu'il peut retenir momentanément ses excrétiens ou au contraire les libérer à volonté.

Le produit d'excrétion et la maîtrise de son expulsion sont d'ailleurs survalorisés par les parents, qui montrent à travers leur attitude toute l'importance qu'ils lui confèrent. Les excréments deviennent une monnaie d'échange, un cadeau pour la mère : l'enfant lui amène ses productions et la mère l'en félicite beaucoup.

Le dressage à la propreté étant une des premières exigences véritablement éducative, il peut être considéré comme un nouveau point d'achoppement possible dans le développement de l'enfant. En effet, les productions excrétoires ont une valeur de signifiant d'un jeu pulsionnel. C'est dans la relation à l'autre, encore une fois, que le double sens apparaît : il peut être le vecteur d'un attachement « le beau caca que tu as fait à maman ! », ou au contraire vecteur d'agressivité. L'enfant encore sans langage exprimera par cette production son opposition « voilà sur le tapis ou dans ma culotte ma protestation contre ce que tu m'imposes, ce qui vient gâcher mon plaisir ».

Lors de cette étape peuvent éclore des pulsions sadiques, au sens d'un plaisir lié à l'agression, liées à la possibilité d'utiliser cette arme anale comme opposition et au sentiment de puissance qui y est associé. Ces désirs de destruction et de cruauté peuvent transparaître dans le jeu de l'enfant, mais également à travers le refoulement dû à la crainte de contre agression.

Si le dressage à la propreté est mené à l'âge voulu, à partir de douze ou quinze mois, sans trop d'insistance et dans le respect de la maturation de l'enfant, cette étape se déroule sans heurts. En revanche, trop précoce et trop exigeant, voire accompagné d'intrusions à base de lavements, il peut aboutir à des réactions d'opposition. Celle-ci peut se manifester dans ses extrêmes, d'un côté par une rétention (pseudo constipation psychogène) ou une propreté excessive pouvant mener à l'obsession, de l'autre par un refus de discipline sphinctérienne ou un échec du contrôle, où l'enfant culpabilisé et inquiet trouve finalement une satisfaction à être l'objet des préoccupations de sa mère. L'encoprésie ou l'énurésie, dans les cas où toute cause organique peut être écartée, sont des symptômes majeurs d'un déséquilibre lors de l'apprentissage de la propreté, symptôme à double sens puisqu'il traduit à la fois l'autosatisfaction infantile et l'agressivité.

Le contrôle sphinctérien demeure une instance fragile. Même lorsqu'il se passe sans difficultés majeures, le déroulement se fait progressivement tout d'abord sous la surveillance de la mère, puis en sa présence, pour enfin être assumé de manière autonome. Cependant, on observe que cette zone est immédiatement touchée en cas de séparation brutale avec la mère à travers une régression et une perte du contrôle préalablement acquis.

La propreté acquise, il demeure toutefois des traces anales chez l'enfant dans ses jeux (jeu du thermomètre, plaisir à manier de la boue, de l'eau, de la terre, de la pâte à modeler), et dans le langage qui se montre volontiers scatologique.

L'analité ne résume pas tout ce qui peut appartenir à la sexualité infantile mais, à travers la polarisation des pulsions sur les zones génitales, elle éveille la curiosité de l'enfant sur son corps et celui des autres. C'est une période de grands fantasmes où se posent les questions de la sexualité et également de la venue au monde des enfants, surtout quand l'enfant est confronté à la naissance d'un frère ou d'une sœur, qui ne peut alors être envisagée que comme une défécation.

2.2 L'angoisse de séparation

L'angoisse de la perte d'amour apparaît au cours de la deuxième année de vie de l'enfant. Il est confronté à la fois au désir de faire quelque chose et à la crainte que ses parents ne le désapprouvent, et par conséquent lui retirent leur amour. Cette angoisse est constituée au niveau du « Moi » naissant de l'enfant, instance psychique modulant les pulsions du Ça et les interdictions du Surmoi, représenté par les parents dans la petite enfance. Nous rappelons que la libido du Moi se constitue secondairement aux investissements d'objet. Il détermine donc la problématique narcissique du sujet.

Freud se focalise sur la valeur paradigmatique de la première séparation d'avec la mère, qui est destinée à se répéter à chaque occasion où le sujet sera confronté à la perte de l'objet investi d'amour. Pour que cette angoisse se résolve, l'individu devra réussir à élaborer psychiquement cette nouvelle perte d'objet.

Parallèlement à Freud, d'autres psychanalystes d'enfants comme Margaret Mahler, (1897-1985), s'intéressent à cette angoisse de séparation. Pour elle, cette angoisse apparaît à partir du 5^{ème} mois, c'est-à-dire vers la fin de la phase qu'elle appelle symbiotique, et elle s'étend sur toute la période de séparation et d'individuation de l'enfant qui ne s'achève que vers la fin de la troisième année de vie. L'angoisse de séparation fait partie du développement normal de l'enfant : elle permet la mise en place de ses capacités de différenciation, de discrimination et de comparaison. Les représentations mentales qui sous-tendent la pensée, sont esquissées à travers ces séquences de présence et d'absence des personnes qui font l'objet de l'attachement.

Lorsque l'enfant montre à travers différentes manifestations une angoisse excessive de séparation, qui devient tardive et persistante malgré son âge, alors elle devient pathologique. Ce trouble fait d'ailleurs partie de la plupart des classifications de l'enfant et de l'adolescent. Il y est décrit en trois étapes : la détresse manifestée par l'enfant à travers des cris ou des pleurs, les préoccupations morbides qui s'en suivent, caractérisées par une crainte de la maladie, d'un accident, des terreurs nocturnes autour de la perte de la personne et de la mort, et enfin une nostalgie et un désir constant de réunion familiale.

L'angoisse de séparation fait appel à l'importance de la relation d'objet dans la constitution de la vie psychique de l'enfant. Les travaux du pédiatre et psychanalyste britannique Donald W. Winnicott (1896-1971), mettent en avant la notion de holding, le maintien, qui désigne la capacité de la mère à apporter au bébé un soutien physique adapté, base du développement de son Moi dans un sentiment de sécurité. Les recherches sur l'attachement, après la Seconde Guerre mondiale, ont également beaucoup contribué aux travaux sur la séparation.

Adressée au CAMSP à 7 mois pour un travail mère enfant, la petite Justine que nous avons suivie exprimait son angoisse au cours des séances. Longtemps maintenue dans une hyper protection et une hyper sollicitude par une maman pleine de culpabilité suite à son état dépressif durant la grossesse et les premiers mois de sa fille, Justine entra avec un grand retard dans les acquisitions motrices et le langage. Toute séparation se révéla douloureuse pour elle, telle que le sevrage, la marche, la propreté, le langage, etc., étant dans une fusion corporelle avec sa mère. Orientée en orthophonie, et effectuant un suivi en psychomotricité en parallèle, la prise en charge se centra essentiellement sur le développement du langage comme symbole de distanciation et investissement d'autres objets que l'objet maternel.

Le travail de séparation est toujours l'objet de la prise en charge, malgré une nette évolution, Justine imposant une tyrannie importante à l'égard de sa mère ainsi qu'un collage excessif, montrant une intolérance totale à la frustration et une angoisse d'échec massive. Même si certaines manifestations d'angoisse telle que la phobie des microbes ou du simple toucher ont disparu (il lui était impossible de manipuler de la pâte à modeler), d'autres subsistent telles que les difficultés d'endormissement, et la nécessité encore en moyenne section d'un contact physique et d'un endormissement dans le lit des parents pour pouvoir être couchée.

En séance d'orthophonie, cette angoisse non symbolisée, qui ne peut accéder aux mots, à la parole libératrice, s'exprime encore parfois sous la forme de régressions. Lorsque Justine est énervée, elle ne peut utiliser le langage pour s'exprimer : nous observerons alors un retour à quatre pattes avec grognements, cris d'animaux, jeu de « faire semblant » de griffures et de

dévoration, seul langage symbolique auquel elle puisse accéder lorsque l'angoisse l'envahit. Face à l'échec, notamment de parole et d'articulation face à l'autre qui ne peut la comprendre_ « ze pa coné » nous dit-elle (je ne connais pas) _ elle glisse sous la table, où se passait auparavant la plus grande partie de la séance, et reste cachée dans une grande agitation, en imitant un chien qui dévorerait nos chaussures, essaie de venir se coller à l'orthophoniste, ou de monter sur ses genoux. Cette recherche d'attention se révèle très ambivalente car elle demande des câlins mais malmène aussi parfois le visage de l'orthophoniste, sous l'apparence d'un jeu, en lui attrapant les lèvres avec fermeté comme pour lui signifier de se taire. Cet autre qui essaie de me faire entrer dans le langage, si dangereux car il m'éloigne de ma mère, je dois le faire taire par tous les moyens. Son attitude très enfantine, son doudou, ses jeux de cache-cache de tout petit, sa fuite, jusqu'à sensorielle, pour échapper à l'angoisse, révèlent sa peur de grandir. Ces jeux de cache-cache sont d'ailleurs peu élaborés pour son âge car, à la manière des tout-petits, elle imagine que le simple fait de cacher ses yeux ou sa tête, l'impossibilité pour elle de nous voir, lui permet à son tour de ne pas être vue. Elle se cache tout le temps, fuyant les histoires de loup et de dévoration, symbole de l'extérieur qui vient envahir et séparer, briser la relation fusionnelle à la mère, fuyant également la relation à l'autre et au langage qui viennent la faire devenir indépendante du désir de sa mère.

3. Le stade phallique et l'angoisse de castration

3.1 Le stade phallique

Même si la problématique du stade phallique réside dans la possession ou la non-possession de l'objet phallique, il serait faux de réduire la notion à un simple fait anatomique. Le stade phallique ne se limite pas à la présence ou à l'absence de l'organe mâle, mais il y implique tout ce que cet organe représente symboliquement et tout ce qu'il porte de désir. Ce n'est d'ailleurs pas un détail si le mot phallus a été préféré au mot verge ou pénis, pour son universalité, son symbole d'achèvement, de puissance et de création.

Dernière phase d'organisation pulsionnelle de la sexualité infantile, le stade phallique, qui s'étend approximativement de la troisième à la sixième année, pose la question de la

sexuation. En effet, l'enfant est de plus en plus dominé par ses pulsions, et polarise son attention autour de la zone génitale. Ces questionnements déboucheront sur le thème de la castration et le complexe d'Œdipe, d'où dépendra pour chacun la possibilité ultérieure d'assumer son propre sexe et son identité sexuée.

Très tôt, dès le stade anal, la curiosité des enfants se porte sur l'observation du corps de l'autre, mais c'est avec l'exploration du monde environnant et l'identification progressive de l'image du Moi que cette curiosité sexuelle va trouver une réponse. Chacun découvre vite que les garçons et les filles ne sont pas faits pareils et que l'un possède ce que l'autre n'a pas. Dans un premier temps cette différence est niée car, pour le garçon comme pour la fille, cette dernière est en quelque sorte inachevée, le phallus représentant cette idée d'achèvement que la fille attend. D'ailleurs, dans l'esprit des enfants, la mère elle-même est imaginativement dotée d'un phallus. Pour le garçon, cette absence se justifie parfois par une perte de ce prolongement, qui est partiellement à l'origine des fantasmes de castration.

Puis cette simple constatation de différence s'impose vite comme inéluctable, et le garçon, comprenant que ce signe restera distinctif, y trouve alors beaucoup de fierté et d'agressivité. La fille quant à elle se montrera contestataire d'abord, pour ensuite être plus ou moins rassurée par l'identification à la mère et le privilège réservé à la femme de la maternité.

A partir de cette découverte, l'orientation des affects envers les parents va évoluer. Le père, jusqu'ici fort et lointain, est reconnu comme détenteur du phallus, et la mère, alors premier objet d'amour, est reconnue comme celle ne le possédant pas.

3.2 Le complexe d'Œdipe

C'est ici que se noue le complexe oedipien, en référence au mythe d'Œdipe, héros grec devenu roi de Thèbes, qui était parvenu à travers sa quête sur ses origines à découvrir l'énigme de la vie humaine. Jouet du destin, il tue à son insu son père et épouse sa mère. Œdipe se crève alors les yeux, image de la castration symbolique, lorsqu'il réalise qu'il n'a pu échapper à son sort fatal. Il demeure le symbole de l'homme qui, par son propre châtement, sort de sa méconnaissance sur lui-même et sur son destin, pour enfin devenir clairvoyant.

Tout comme il faut prendre garde à ne pas simplifier l'objet symbolique phallique à un simple organe anatomique, il serait également dommage de limiter ce complexe oedipien au schéma

simpliste du garçon qui souhaite posséder la mère en écartant le père, tout en le craignant (père castrateur) et à la culpabilité qui en résulterait, et de la fille qui cherche à séduire le père dans une rivalité agressive avec la mère.

Si l'on veut s'inspirer d'idées plus riches et plus proches de la réalité psychique de l'enfant, il faut avoir à l'esprit que le complexe d'Œdipe représente cette « évolution qui peu à peu, substitue à la mère comme personnage central primordial, le père comme référence ultime et principale. »¹

Lors de ce point nodal du développement psychique, dans un premier temps, l'enfant s'identifie à l'objet du désir de la mère, sans pouvoir encore identifier que ce désir de la mère va aussi vers le père. De plus en plus, la mère montre clairement à l'enfant le rôle qu'elle accorde à ce père en tant que représentant de la loi et de l'autorité : le recours à la parole du père « tu verras ce que papa dira... », n'est qu'un exemple de cette relation triangulaire qui s'instaure. Pour l'enfant, le père prend alors une toute autre place, celle du maître de la mère, le détenteur de la puissance, mais également celui du refus et de la menace, ce qui ne manquera pas de jouer un rôle dans les fantasmes de castration.

Pour l'enfant, la mère ne semble pas se satisfaire de l'avoir lui comme seul objet d'amour, puisqu'elle porte une attention considérable au père et lui donne une place à part dans sa vie. Il décide donc que lui non plus ne peut se satisfaire d'être l'objet du désir de sa mère, et cherche à se situer cette fois par rapport à son père. Non seulement celui-ci est porteur de la loi et du symbole de puissance, mais il possède également la mère et son désir, ainsi qu'un phallus réel. Il est donc réellement l'homme de la mère, et l'enfant va chercher à trouver sa place : pour le fils comme garçon également porteur du phallus et reconnu comme tel par le père, et pour la fille comme privée du phallus mais l'attendant d'un homme comme le père.

Nous ne pouvons pas nier qu'au cours de cette période naît un certain désir du garçon envers la mère et de la fille envers le père. Pour autant, le désir a d'abord été d'être l'objet du désir de la mère, et ce désir premier est important à prendre en compte pour comprendre ce qu'en exprime l'enfant.

¹ Leclair S., (1959), L'obsessionnel et son désir, dans Lafon R., (1963), *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, Presses Universitaires de France, Paris.

3.3 L'angoisse de castration

Pour le garçon peut s'installer une rivalité conséquente de ce désir, qui le poussera à souhaiter éliminer le père comme autre objet du désir de la mère. Ce sentiment de l'enfant est observable dans des conduites telles que l'interposition ou la bouderie devant des manifestations de tendresse de ses parents, par la satisfaction à partager le lit de la mère quand le père est absent, ou encore à envisager de se marier avec sa mère. Ces problématiques sont très significatives dans les productions de l'enfant, qu'elles soient langagières, ludiques ou artistiques.

Ces fantasmes s'accompagnent de fantasmes de destruction du père et de sa loi symbolique, celle qui vient empêcher la fusion avec la mère. S'y ajoute la peur de contre agression, déjà évoquée, cette fois castratrice. Puis, d'une façon ambivalente, s'associe à ce fantasme de destruction le fantasme de s'élever au même rang que celui du père. Pour cela, l'enfant doit reconnaître sa loi, et c'est ici que se joue la castration symbolique. L'enfant renonce au lien incestueux avec la mère, il émerge hors de l'angoisse fantasmatique de castration. Ainsi, le garçon accède à une position virile qui s'achèvera plus tard avec la conquête d'une autre femme et le rôle de père, lui-même porteur de la loi.

En ce qui concerne la fille, elle est également située dans un premier temps comme objet du désir de la mère. Puis, au stade de la découverte des différences sexuelles, elle désire la puissance phallique du père, associée parfois à une hostilité envers la mère considérée comme castrée et soumise au père, ou même à une inacceptation de sa propre castration. Par la suite, elle se fait en quelque sorte objet du désir du père, à travers des conduites de séduction et de coquetterie. Chez la fille, la phase préoedipienne est plus prolongée avec une identification plus ambivalente à la mère, dont la trace demeurera pendant des années. Enfin, se réidentifiant à la femme mère, sans avoir obtenu satisfaction du père, elle demeure en position d'attente. Celle-ci sera rompue par ses premières rencontres amoureuses, puis plus tard, par la maternité, qui viendra répondre au désir resté en suspens, de manière encore plus forte si elle a un garçon. En effet, le complexe d'Œdipe ne se résout souvent chez la femme définitivement qu'avec son premier enfant qui la situe dès lors comme mère à son tour.

3.4 Les déséquilibres

Cette relation triangulaire, problématique dans laquelle se joue la virilité ou la féminité de l'enfant, peut être le lieu de déséquilibres qui marqueront la vie de l'individu. Au-delà des simples substituts que l'enfant peut être amené à trouver au cours de cette période, et qui permettent à la relation, transformée et diversifiée, mais toujours triangulaire, de s'installer, de nombreuses complications peuvent venir troubler l'évolution oedipienne. Principalement à la source de ces déséquilibres, nous retrouvons les rapports qu'entretiennent les parents entre eux et ceux qu'ils entretiennent avec leur enfant. Tout se joue sur l'image que l'enfant va avoir de ces rapports, de ce qu'il va en intégrer dans le jeu de ses désirs, de ses fantasmes et de ses identifications.

Une mère dont le désir de femme insatisfaite ne se tournerait uniquement que vers son enfant fixerait alors cet enfant dans une position régressive et ambivalente, entraînant sûrement un devenir névrotique et obsessionnel. A l'opposé, si le désir de la mère va uniquement vers le père, cela déclenche chez l'enfant des insatisfactions, des réactions agressives refoulées avec parfois des attitudes sado-masochistes.

En ce qui concerne le père, il est observé qu'un père trop effacé, incapable d'assumer sa fonction phallique symbolique, laisse alors l'enfant à une représentation de la mère totalement dominante. La fille ne peut s'appuyer sur aucune image valable de l'homme, et le garçon est livré à une castration imaginaire non symbolisable, sans l'identification qui aurait pu lui permettre de se constituer et de se faire reconnaître en tant qu'homme. Un père à l'opposé très autoritaire et écrasant ne permet pas l'accès du garçon à son rang et le condamne à une imaginaire castration associée à une agressivité inexprimable, et donne à la fille une peur agressive de l'homme.

Des discordes entre les parents entraînent également un déséquilibre, car l'enfant est laissé dans ses ambivalences et ses angoisses, lui retirant tout système de références équilibré. La disparition d'un parent en pleine période oedipienne, laisse l'enfant, s'il s'agit du parent du sexe opposé, dans un état mêlé de déception, de nostalgie et d'agressivité. S'il s'agit du parent du même sexe, l'enfant est alors envahi par la culpabilité, l'angoisse d'une certaine responsabilité, l'ambivalence entre la douleur et la satisfaction que son désir se soit réalisé.

Alors, sans l'autre parent, il devient difficile pour lui de s'identifier et de sortir de l'état d'amour ambivalent où il est confiné.

Ces situations, loin d'être exhaustives, permettent de voir à des niveaux simples et courants les conséquences d'événements produits dans ce lien triangulaire lors de la période oedipienne. Cela montre la variété et la complexité des perturbations à ce stade de la vie de l'enfant. C'est à ce sens que le complexe oedipien est selon Freud le complexe nodal de la névrose. En effet, chaque fois que l'enfant n'a pu se situer dans l'équilibre des statuts entre lui et ses parents, ainsi que dans les échanges affectifs de leur couple, la situation est source d'angoisse.

Nous avons pu au cours de nos stages, observer des manifestations de cette angoisse de castration, notamment à travers deux enfants, Julien et Zoé.

Julien est un garçon suivi pour un blocage au niveau de l'écrit. Enfant très inhibé, on suppose chez lui une dépression sous-jacente associée à un manque de confiance important. Il est très mal à l'aise face à l'autre, pouvant rester de longues minutes sans répondre à nos questions, fuyant le regard et la parole de l'autre. Cette inhibition, ce mutisme renvoient une grande agressivité, notamment lorsque cet autre peut être identifié comme le personnage féminin, symbole de la mère. Lorsque le sujet abordé concerne cette dernière, nous avons observé à plusieurs reprises une transformation de son visage : ses yeux se mettent à cligner, sa bouche se tord, s'étirant d'avant en arrière. Il semble complètement envahi, empêché dans sa parole par l'angoisse. D'ailleurs, cette angoisse se confirmera durant la suite de la prise en charge.

Au cours du travail autour des techniques d'association, travail d'écriture inspiré de la pédagogie relationnelle du langage, il nous apporte essentiellement les thèmes de destruction, d'armes, de catch, de violence physique, de sang, de mort, etc. En dehors de l'écriture, comment supposer une telle violence à l'intérieur de cet enfant ? Il ne se prononce que très rarement, semblant redouter chaque mot énoncé. Il peut aussi entrer totalement dans l'échange lorsque l'on évoque le catch ou les jeux vidéo, ses deux passions. En revanche dès que la question induit une réponse en lien avec sa vie psychique, il se replie et se referme. Par exemple, il peut discuter autour du thème des instruments de musique, car il les a étudiés à l'école, et lorsque l'orthophoniste lui demande s'il aimerait jouer d'un instrument, il baisse le regard, et la communication est soudainement interrompue. Malgré les paroles de l'orthophoniste, il faut passer à un autre sujet pour qu'il revienne dans la relation.

Il semble donc que le catch et les jeux vidéo violents polarisent son intérêt, principalement car c'est cette violence qui l'empêche de sombrer dans la dépression. Ces jeux sont les seules choses qui l'animent et lui donnent du désir, dans un environnement familial difficile, avec un père absent, et une mère envahissante, un couple en rupture, sans communication, et un grand frère menaçant. Cette absence de « manque du manque », qui s'explique par une mère trop présente dont il peine à se détacher, et un père qui ne prend pas le rôle du tiers, le plonge dans une profonde angoisse. Julien demeure dans un comportement incestuel avec sa mère – différent du terme incestueux car il s'agit d'un fantasme non agi – qui le maintient dans une illusion de toute-puissance. Ces jeux violents lui permettent de sortir de la dépression, autant de la sienne que de celle de la mère. Ce qu'il nous donne à voir est un appel, il teste notre solidité pour soutenir cette violence. Il demeure entre rêve et réalité. L'illusion de la violence telle qu'elle existe dans le catch est le symbole de cet entre-deux dans lequel il se situe. Sa vie est monotone et déprimante, il recherche donc une excitation à travers ces activités, où il se crée un désir virtuel.

Nous avons également rencontré une petite fille de sept ans, prénommée Zoé. Dès la première séance, elle nous a paru étrange, en particulier dans son mode de relation à l'autre. C'est par la suite en observant son dossier, en discutant de sa prise en charge et en la suivant régulièrement au long de l'année que nous avons pu identifier sa problématique.

Zoé consulte en orthophonie dans le cadre d'un CMPP depuis 3 ans car elle présente un langage de façade impressionnant et une grande difficulté à accepter la demande de l'autre et la frustration. Le suivi par l'équipe pluridisciplinaire met à jour une grande faille narcissique avec des angoisses de séparation et de mort en lien avec la dépression de la mère, cette angoisse de séparation se traduisant dans la famille de génération en génération. Dans sa vie quotidienne, l'angoisse qui l'envahit se manifeste par de nombreux symptômes tels que la boulimie, l'onychophagie et les cauchemars. Dans ces moments d'envahissements par l'angoisse, elle se désorganise complètement psychiquement, rendant sa pensée instable et floue. En effet, l'angoisse de Zoé s'inscrit dans une problématique familiale où deux couples cohabitent, la mère et le fils d'une part, avec des sentiments ambivalents de la mère envers son fils handicapé, et d'autre part du père et de la fille. Cette structure familiale la met dans un état de surexcitation et de fragilité narcissique face à un oedipe qu'elle ne peut élaborer ; en effet, elle doit à la fois protéger sa mère de la dépression et gérer sa problématique

oedipienne. En conséquence, la relation à l'autre reste très perturbée pour Julia car elle demeure soit excitante, soit déprimante.

Au cours de la séance, nous observons donc une petite fille qui s'exprime avec un langage totalement dissocié de son corps et de ses affects, une parole très empruntée, exagérément polie, qui lui donne l'air d'un petit robot. Elle s'exprime dans un langage soutenu, qui peut varier de hauteur et de débit au cours d'une même phrase. Elle nous dira par exemple d'une voix monocorde, grave et lente : « Cette question est trop dure, je n'ai pas envie de la dire ». Puis, dans la seconde qui suit, passe dans un registre aigu, dans un débit accéléré, et s'exclame presque dans un cri : « Mais pourquoi tu me poses toujours des questions comme ça ! »

Son langage de façade, de faux self, non intériorisé et superficiel, est souvent mis en échec lors des échanges, ce qui la déstabilise mais lui permet également d'élaborer d'autres représentations. Ses croyances magiques sont également mises à rude épreuve : elle réalise que les détails auxquels elle s'attache en pensant gagner ne lui sont d'aucune aide. Cette pensée magique se traduit sous différentes formes : elle met en place des rituels comme écrire avec des feutres d'une certaine couleur, compter toujours les marches de l'escalier en arrivant et en partant, distribuer les cartes d'une certaine façon pour déterminer qui va gagner, etc.

Le travail en orthophonie est également largement orienté vers la structuration de la pensée et l'appropriation des mots. En effet, Zoé nous dit fréquemment que les mots sont dangereux pour elle : comment pourraient-ils ne pas l'être étant donné qu'elle pense qu'on peut lui voler ce qu'elle met dans sa tête ? Elle nous dira d'ailleurs récemment, lors d'un échange sur ses difficultés, tout en se tordant le visage entre ses deux mains, qu'elle ne peut pas garder les choses dans sa tête car c'est trop dangereux, qu'il pourraient venir à l'intérieur d'elle et qu'elle pourrait en mourir.

Malgré le diagnostic réfuté de psychose, il semble que Zoé ait des représentations faussées des limites de son corps, puisqu'elle s'obstinera également pendant tout le temps où l'orthophoniste met des mots sur ses difficultés, à maintenir ses oreilles bouchées, à se tourner vers la fenêtre, en roulant les yeux dans tous les sens comme pour échapper au regard de l'autre, qui pourrait pénétrer ses pensées.

La frustration et l'échec sont des thèmes essentiels travaillés lors de la prise en charge à travers l'appropriation des mots, afin que son langage ne soit plus délirant et qu'il ne constitue

plus seulement une fonction de remplissage et de pare angoisse. Pour cette petite fille dont le langage fait toujours illusion, il est difficile d'exprimer la réalité, lors d'un jeu par exemple, ainsi que la propre réalité de ses affects.

De nombreux supports permettent à Zoé d'exprimer cette angoisse en séance, comme le dessin qu'elle apprécie beaucoup et dont l'analyse révèle des idées intéressantes. Ces dessins peuvent représenter sa famille, avec des personnages de profil, ce qui peut refléter la dualité de la famille, et avec une mère totalement différenciée des autres car démembrée, représentée par une grande flaque de couleur jaune ; ou encore d'immenses montagnes perçant un soleil, symbole du père, recouvrant tout l'espace de la feuille, inondant tout le ciel de sa lumière.

L'utilisation de supports ludiques, des jeux et de leurs règles est un travail prépondérant dans son suivi, car il lui permet de travailler sur la frustration, l'acceptation de la loi, et du désir de l'autre.

Zoé a également énormément investi le théâtre des marionnettes, enchaînant les pièces pendant plusieurs séances. Ces dernières devenaient de plus en plus construites, l'agitation et le délire faisant place à un scénario plus posé. A travers ces pièces, c'est toujours sa problématique qu'elle met en scène : une mère mettant sa fille en danger, un père omniprésent et sauveur, des dangers terribles, plusieurs monstres se réunissant pour dévorer la petite fille. Elle intitule par exemple sa pièce « Le prince et la princesse, le père et la méchante sorcière », faisant dire à cette dernière, image de la mère, « tu es la princesse du roi, tu ne m'échapperas jamais, je peux apparaître partout et je sais toujours où tu vas ! C'est moi qui lui ai jeté un sort pour que tu ne sois plus jamais avec lui, il sera mort ! »

CONCLUSION

Chez Freud, le développement se fait donc par l'angoisse : l'angoisse apparaît comme un véritable opérateur historique. La première angoisse du nourrisson est liée à la détresse, à la séparation face à l'Autre, prodigateur de soins. L'angoisse de l'enfant se joue autour de la perte de l'amour, l'Autre étant cet objet détenteur de l'amour. Enfin, l'angoisse oedipienne et son phénomène de castration symbolique place l'Autre dans le rôle du castrateur. A chaque étape du développement correspond donc une angoisse, constitutive du sujet et créatrice, mais destructrice si elle rencontre des points d'achoppements. Si l'on considère donc que

l'angoisse est présente tout au long du développement normal de l'enfant, nous sommes en mesure de dire que nous allons rencontrer l'angoisse en séance d'orthophonie. Seulement sommes-nous, en tant que thérapeutes, préparés à cette rencontre ? Devons-nous la considérer comme une entrave au travail orthophonique ? Quelles ressources pouvons-nous trouver face à l'angoisse en séance d'orthophonie ?

PARTIE 3 : L'ENQUÊTE PAR ENTRETIEN

I. QU'EST-CE QU'UN ENTRETIEN ?

La méthode de l'entretien en sciences humaines constitue un avantage considérable : elle permet de faire le lien entre un savoir et un savoir faire. A travers un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté, pour que ce dernier ne se sente pas contraint de donner des informations, nous obtenons une réponse-discours grâce à des interventions indirectes de l'enquêteur.

La caractéristique principale de l'entretien est qu'il constitue un fait de parole : l'intérêt de laisser parler et d'écouter son interlocuteur est la base de cette rencontre.

1. Les caractéristiques de l'entretien

« Un entretien est un événement de parole dans lequel une personne A obtient une information d'une personne B, information qui était contenue dans la biographie de B. »¹

Il est important de noter le caractère vécu de l'information, que souligne le terme biographie. À la différence d'une information recueillie en direct sur un événement, celle apportée par l'entretien a l'avantage d'avoir été au préalable assimilée et subjectivée.

D'autres entretiens font appel à la biographie de l'individu, comme la cure analytique ou encore même une simple conversation. En revanche, seul l'entretien est produit à l'initiative du chercheur et au profit de sa communauté. Les autres entretiens cités précédemment sont tous des faits de parole sollicités par l'enquêté. Son voisin le plus proche est l'interrogatoire de police, qui diffère seulement par le domaine d'activité du bénéficiaire.

¹ Labov et Fanshel (1977), dans Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris, Armand Colin, p. 17.

« Conçu pour apporter une information biographique, à la demande de A et au bénéfice de la recherche (et de son représentant B), l'entretien de recherche se caractérise enfin par opposition au questionnaire dans la mesure où, visant la production d'un discours linéaire sur un thème donné, il implique que l'on s'abstienne de poser des questions pré rédigées. Ce en quoi il est exploration. »¹

2. L'entretien est avant tout une rencontre

L'enquête par entretien est une démarche participative, qui s'impose lorsque l'on veut aborder certaines questions. Outil flexible, il permet de soumettre un questionnement au lieu de le fixer à l'avance.

Variable d'un entretien à l'autre, en tant que rapport social interpersonnel, c'est en effet l'interaction entre l'enquêteur et l'enquêté qui va décider du déroulement de l'entretien. Chaque discussion ne nous a pas permis de recueillir les mêmes informations, en excluant les différences intra personnelles, mais sur le plan de la nature de ces informations. En effet, chaque individu se livre différemment, insistant individuellement sur ce que lui-même trouve prépondérant dans son vécu, son savoir-faire. C'est en ce sens que l'entretien est rencontre. Il ne peut être codifié, anticipé, maîtrisé. S'entretenir avec quelqu'un, c'est accepter de ne pas tout gérer, accepter « un certain nombre d'inconnues, et donc de risques, inhérentes au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire et non d'un prélèvement d'informations. »²

Il met en avant la dimension humaine et sociale dans la recherche de réponses. La simple écoute de l'autre, l'expression de parole libre sur un thème donné, permet d'aller à la recherche des questions que se posent les enquêtés eux-mêmes. Il fait appel en premier lieu à leur point de vue, en donnant une valeur prépondérante à leur expérience, leur logique et leur ressentis.

¹ Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris, Armand Colin, p. 17.

² Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris, Armand Colin, p. 19.

3. L'entretien comme fait de parole

Mettant l'accent sur le fait de parole, l'entretien interroge sur le sens que donne l'individu à ses propres actions. Il répond plus à la question du « comment ? » qu'à celle du « pourquoi ? ». L'exploration du vécu suppose le recueil d'informations dans le discours qui mettent en lumière les pensées des individus concernant leurs comportements sociaux et leurs états mentaux. Instrument d'investigation spécifique, il aide à mettre en évidence des faits particuliers.

« L'enquête par entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal, cette conversation par laquelle la société parle et se parle. »¹

4. La valeur de l'entretien

L'un des objets privilégiés de l'entretien est justement d'avoir une « organisation d'opinions, d'attitudes et de valeurs, une façon d'envisager l'homme et la société. »², en somme « une certaine vision du monde », « un cadre de références »³. Contrairement à la théorie, très rationnelle, ces visions et valeurs ont une forte connotation affective. C'est un savoir que l'individu élabore au sujet d'une partie de son existence, une interprétation qui devient pour l'individu sa réalité.

L'enquête par entretien devient alors particulièrement pertinente quand on s'interroge sur le sens que les individus donnent à leurs pratiques, « aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs »⁴, afin de mettre en valeur les repères à partir desquels ils s'orientent et se déterminent.

La valeur de l'entretien tient au fait qu'il s'inscrit dans un réseau de signification. Il est une articulation entre l'épreuve personnelle concrète, pratique, singulière, située dans le temps et l'espace social, et les enjeux collectifs dans lesquels ils peuvent se comprendre et doivent être interprétés.

¹ Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris, Armand Colin, p. 23.

² Adorno, (1950), dans Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris, Armand Colin, p. 23.

³ Raymond et Haumont, (2001), dans Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris, Armand Colin, p. 23.

⁴ Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris, Armand Colin, p. 24.

5. L'entretien face aux résistances

Le discours recueilli est empreint d'une certaine profondeur, ce qui justifie parfois que l'enquêté mette en place certaines défenses. S'il prend la forme d'une succession de dévoilements intimes risqués, situés dans des zones mal défendues, le chercheur se verra opposé à des résistances.

Ces dernières sont liées à deux facteurs sociologiques. La première consiste en l'objectivation du discours. En effet, celui-ci se constitue au fil de la discussion, il n'a pas d'aspect prédéfini. L'enquêté passe du registre procédural, le savoir-faire, au registre déclaratif, le savoir-dire.

« Explicitant ce qui n'était encore qu'implicite, s'expliquant sur ce qui jusqu'ici allait de soi, extériorisant ce qui était intériorisé, l'interviewé passe de l'insu au dit et s'expose, au double sens du terme, posant à la fois hors de lui-même et en vis-à-vis. »¹

Le deuxième facteur de résistance réside dans le fait que toutes les représentations ne sont pas formulables partout ni en n'importe quelles circonstances. Il peut dès lors paraître déplacé d'évoquer certaines situations dans un contexte diamétralement opposé.

Ces résistances relèvent moins d'un refoulement psychique que d'une hiérarchisation sociale des représentations. Avancé sur un terrain inconnu et amené à produire un discours non conventionnel, les résistances de l'enquêté sont surtout liées au désir de ne pas être déstabilisé par l'enquêteur.

2. LA PRÉPARATION DE L'ENQUÊTE

Elle succède à l'élaboration de la problématique de recherche. Tout au long de l'enquête par entretien, l'enquêteur peut se permettre d'effectuer des allers-retours de la théorie à la pratique. En effet, la réflexion sur le sujet se poursuit durant l'enquête et une rencontre peut faire naître de nouvelles hypothèses. Les discussions vont venir alimenter les idées du chercheur. Dans le cas où il s'agit d'une enquête en réseau, où les individus sont interviewés

¹ Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris, Armand Colin, p. 26.

en tant que membres d'une communauté ou d'un groupe, comme c'est le cas pour le groupe de profession orthophoniste, chaque entretien constitue une base nouvelle d'interrogation.

1. L'entretien versus le questionnaire

Le choix entre ces deux types d'enquête revient à la nature des données que l'on recherche. L'entretien s'impose à chaque fois que l'on veut éviter les à priori et que l'on souhaite s'intéresser à des groupes restreints. Au niveau des résultats, il vise les processus et les « comment », sans classement ni établissement de lien de causalité entre des caractéristiques descriptives et des comportements, contrairement au questionnaire. Il révèle la logique d'une action et son principe de fonctionnement. « L'entretien est un parcours. Alors que le questionneur avance sur un terrain entièrement balisé, l'interviewer dresse la carte au fur et à mesure de ses déplacements. »¹

2. Nature de notre enquête

L'enquête par entretien à usage principal, comme nous l'avons utilisée, présume que ce mode de collecte d'informations soit le principal utilisé. Il suppose que les hypothèses aient été dégagées et agencées en présuppositions explicatives. Dans ce cas, le plan d'entretien, lui-même structuré, sera élaboré pour que les données produites puissent être confrontées aux hypothèses de départ.

L'enquête se définit en trois points : la définition de la population et la sélection du corpus, le mode d'accès à la population et la planification des entretiens.

¹ Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris, Armand Colin, p.19.

2.1 La population

Elle est définie par la catégorie de personnes sélectionnée et à quel titre, en l'occurrence ici la profession d'orthophoniste. Il est essentiel de déterminer les acteurs qui sont en position de produire des réponses aux questions que nous nous posons.

Nous avons rencontré dix orthophonistes dont nous allons présenter le parcours professionnel. Le témoignage n° 1, noté (t1), est celui d'une orthophoniste diplômée en 1972 et travaillant en exercice mixte en libéral et dans un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Elle a suivi de nombreuses formations au long de sa carrière, notamment des formations longues en Pédagogie Relationnelle du Langage (PRL) et la formation de logicomathématique du GEPALM, mais également des formations sur le bégaiement ou encore les ateliers d'écriture.

Le témoignage n° 2 est celui d'une orthophoniste diplômée en 1996 et travaillant dans un centre pour enfants sourds. Elle a principalement exercé dans le domaine de la surdité mais possède également une expérience en service ORL.

La troisième orthophoniste rencontrée est diplômée de 1975. Elle travaille actuellement en libéral mais a une longue expérience en pédopsychiatrie. Elle a suivi de nombreuses formations comme la PRL, ou encore le bégaiement.

Le témoignage n° 4 est celui d'une orthophoniste diplômée en 1974. Elle travaille depuis ses débuts en surdité, et jusqu'à récemment y associait un mi-temps en libéral.

Le témoignage n° 5 est celui d'une orthophoniste diplômée en 1973, travaillant en CMPP. Elle a suivi plusieurs formations longues comme la PRL, la formation de thérapeute de groupe ou encore d'animatrice d'atelier d'écriture.

L'orthophoniste rencontrée et notée (t6) est diplômée en 1975, et a d'autres diplômes universitaires comme une maîtrise de linguistique et une licence de psychologie. Elle travaille depuis ses débuts en pédopsychiatrie et actuellement dans un CMPP. Elle s'est beaucoup formé sur les groupes thérapeutiques contes récemment, mais a également suivi la formation PRL et de techniques des associations, ainsi qu'une formation longue orientée vers la psychomotricité.

Le témoignage n° 7 est celui d'une orthophoniste diplômée depuis 1987, qui a principalement exercé dans le domaine de la surdité.

Le témoignage n° 8 est celui d'une orthophoniste diplômée en 1978. Exerçant désormais en libéral, elle a néanmoins une longue expérience en pédopsychiatrie. Elle travaille d'ailleurs

toujours dans un centre accueillant des enfants avec des troubles du comportement. Elle est également spécialisée dans les prises en charge d'enfants déficients mentaux.

Les témoignages n° 9 et 10 sont regroupés, puisqu'il s'agit de deux collaboratrices d'un cabinet qui se sont proposées de me rencontrer en même temps. La première, désignée par l'initiale E, exerce depuis 1982, et a une longue expérience en pédopsychiatrie. La deuxième quant à elle, exerce depuis cinq ans, principalement en libéral. Elle est désignée par l'initiale F.

2.2 La sélection du corpus

Il est généralement plus réduit que pour un questionnaire, dans la mesure où les informations issues de ces entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. En effet, une seule information mentionnée peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans un questionnaire. La détermination du nombre d'entretiens dépend du thème de l'enquête et surtout de la redondance des informations. Dans notre enquête, nous nous sommes entretenus avec dix orthophonistes. Pensant au départ en effectuer un plus grand nombre, nous nous sommes justement aperçus que les informations apportées au fil du discours étaient très proches, malgré la diversité des milieux d'exercice. Il est important de noter que nous nous sommes entretenus uniquement avec des orthophonistes de sexe féminin. Ceci relève du hasard des rencontres- et reflète également la proportion de femmes dans la profession- Néanmoins, pour que le lecteur ait une vision complète de la recherche, ce point est important à préciser.

2.3 Le mode de constitution du corpus

On bâtit le plus souvent un corpus diversifié qui repose sur la sélection de composantes, non pas représentatives, mais caractéristiques de la population. Là se situe le difficile équilibre à obtenir entre diversifier son corpus au maximum pour qu'il soit valide et obtenir des informations qui se recoupent suffisamment pour être significatives. Il est intéressant dans cette diversité, de faire apparaître « au moins quelques cas capables de perturber notre système et de nous pousser à remettre en question ce que nous croyons savoir. »¹

¹ Becker, (2002), dans Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris, Armand Colin, p. 51.

Dans notre enquête, il est par exemple important que le corpus contienne des orthophonistes exerçant dans différents domaines, ce qui sous-entend qu'elles peuvent ne pas toutes avoir la même conception de leur profession, en fonction de théories auxquelles elles s'attachent. Nous avons donc pris le parti de nous entretenir avec des orthophonistes exerçant dans trois domaines différents : en centre médico-psycho pédagogique (CMPP), en exercice libéral, et en centre pour enfants sourds. Il est évident que même ce choix ne détermine en rien l'orientation des réponses, puisque l'entretien interroge sur tout un vécu et que beaucoup d'orthophonistes du corpus ont exercé auparavant dans des domaines autres.

2.4 Les modes d'accès aux interviewés

Le mode d'accès doit répondre à une double exigence : pratique et à la fois de neutralité. Les modes d'accès directs sont les plus neutres, car ils ne sont pas médiatisés par la présence d'un tiers, mais ils ne sont pas toujours évidents à mettre en œuvre. Il s'agit de contacter les interviewés par l'intermédiaire de listes (annuaires, électorales) ou par la démarche du porte-à-porte. Etant donné la nature que possède notre sujet à intriguer les professionnels, il nous paraissait peu opportun de solliciter ceux qui, non familiers au sujet, nous auraient peut-être offert leurs plus belles résistances.

Les modes d'accès indirects passent, à l'inverse des précédents, par l'entremise d'un tiers, institutionnel ou personnel. La demande de l'enquêteur se double alors de la demande du médiateur, ce qui peut être plus contraignant pour l'interviewé.

Enfin, la méthode de proche en proche, que nous avons plus largement utilisée, consiste à demander à un premier interviewé potentiel de désigner d'autres interviewés potentiels, et d'ainsi créer une chaîne. Ce dispositif repose essentiellement sur des relations de types sociales. Elle suffit lorsque la probabilité de rencontrer les sujets choisis dans un réseau familial est suffisamment grande.

3. La trame de l'entretien

Elle comprend l'ensemble des termes que l'on souhaite aborder. C'est une étape importante entre la conceptualisation de la recherche et sa mise en œuvre concrète. Tout d'abord, nous devons traduire les hypothèses de recherches en indicateurs concrets, et reformuler les questions de recherche qui nous sont adressées, en questions d'enquête, adressées à l'interviewé.

Le degré de structure de l'entretien dépend des connaissances déjà possédées sur le sujet : plus il est structuré, plus le chercheur connaît des informations précises sur le domaine étudié et sur la façon dont il est perçu et caractérisé.

Cherchant des éléments de réponses précis sur le travail orthophonique avec l'enfant angoissé, nous avons mis en place un entretien structuré, détaillant plusieurs thèmes : la notion d'angoisse, l'enfant angoissé, la résonance avec l'histoire personnelle du thérapeute, et enfin les conséquences dans la mise en place de la prise en charge. Sous chacun de ces thèmes, diverses questions sont formulées afin d'inviter l'interviewé à approfondir sa réflexion sur différents axes. Dans ce sens, notre entretien peut être appelé semi dirigé. Il nous a paru important de soumettre cette trame au préalable à l'interviewé, afin qu'il se familiarise au maximum avec le sujet de notre recherche. Ainsi, comme nous avons pu l'observer dans un cas où cela n'a pas été possible, le discours de l'orthophoniste est beaucoup plus spontané car détaché de certaines résistances. L'anticipation sur les axes de discussion a permis aux professionnelles de ne pas se sentir prises au piège face à des questions parfois déstabilisantes car personnelles. Préparées à la tournure que prendrait l'entretien, elles se sont senties plus en confiance et plus libres d'évoquer des situations cliniques parfois difficiles à vivre à la fois en tant qu'orthophoniste et que personne.

Ce guide d'entretien se distingue fortement du questionnaire car il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours. Il s'agit d'un système organisé de thèmes, que l'interviewer doit connaître sans avoir à le consulter, et qui ne doit pas déterminer l'ordre d'apparition des thèmes dans l'entretien. Il a pour but d'aider l'interviewer à improviser des relances pertinentes, et non de diriger l'interviewé. Cette technique permet à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et qui puisse répondre aux attentes des interrogations de la recherche.

3. LA RÉALISATION DES ENTRETIENS

Ce qui compte surtout dans les conseils de technique de l'entretien concerne principalement l'attitude de l'interviewer. Celle-ci se doit d'être patiente et bienveillante, tout en n'omettant pas d'être critique (sans autorité). Les conseils, jugements de valeur et échange d'opinion ne sont pas les plus adéquats pour ce genre d'enquête.

L'enquêteur doit « intervenir pour aider l'interviewé à parler, dissiper ses inquiétudes, encourager l'expression fidèle et précise de ses pensées et sentiments, aiguiller le discours sur les points oubliés ou négligés, soutenir l'émergence de l'implicite et susciter si nécessaire l'explication. »¹

Les stratégies d'interview sont définies comme une planification de la situation : elles incluent une intrigue (le thème et l'objectif), une scène (le temps, le lieu et la définition de la situation), et une distribution (les différents acteurs).

1. Les paramètres de la situation d'entretien

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

1.1 L'environnement

Le cadre extérieur commande en partie le déroulement de l'entretien. Le temps où l'on s'entretient est contaminé par les actions précédentes ou suivantes. Il est donc important d'avoir cet élément à l'esprit pour pouvoir être capable de définir si l'interviewé peut s'abstraire des situations antérieures.

Outre le fait que la plage horaire doit être déterminée en fonction des disponibilités de l'enquêté, ce paramètre temporel peut avoir une valeur décisive sur le déroulement de l'entretien. C'est pourquoi nous avons trouvé préférable de rencontrer les orthophonistes à des plages horaires libérées par des séances annulées, ou à la suite de leur travail, afin qu'elles

¹ Roethlisberger et Dickson, (1943), dans Blanchet A. et Gotman A. (2007) *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris, Armand Colin., p.65.

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

1.2 La scène

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

1.3 Les acteurs

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

2. Le cadre

Il est constitué par les croyances et les représentations mutuelles des interlocuteurs et concernent les enjeux et les objectifs du dialogue.

Pour garantir le cadre, nous devons en priorité annoncer les motifs et l'objet de notre demande, ainsi que garantir la confidentialité de l'entretien. C'est dans ce cadre qu'il est également essentiel de définir les modalités matérielles de l'entretien, en ce qui nous concerne l'enregistrement audio phonique du discours de l'interviewé, selon son accord, ainsi que la transmission d'un compte-rendu écrit fidèle et d'une possibilité de modifier ou supprimer tout élément à fortiori.

3. Les modes d'intervention

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

3.1 L'écoute

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

3.2 Les interventions

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

4. L'ANALYSE DES ENTRETIENS

L'entretien ne parle pas de lui-même. Pour renseigner le chercheur sur ses interrogations spécifiques, il doit passer par le filtre de l'analyse.

Nous avons choisi dans notre enquête d'analyser le contenu du discours plus que sa forme, puisque c'est plus le sens que les orthophonistes donnent à leur pratique, que les composantes linguistiques qu'elles utilisent pour en parler, qui nous intéresse.

À travers la sélection et l'extraction de certaines données, nous avons pu confronter nos hypothèses aux faits cliniques.

Nous avons analysé chaque entretien indépendamment en tant que discours singulier porteur de sens. Chaque fragment de discours, celui-ci étant découpé transversalement selon les axes thématiques, illustre une notion théorique. Nous ne saurions établir laquelle de la notion clinique ou théorique, préexista à l'autre. En effet, elles se sont mutuellement associées dans notre esprit afin de former la réflexion la plus cohérente et harmonieuse possible.

PARTIE 4 : À QUOI L'ANGOISSE FAIT-ELLE ÉCHO CHEZ LE THÉRAPEUTE ?

Comme nous avons pu l'étudier dans les chapitres précédents, l'angoisse revêt de multiples formes, notamment chez l'enfant, qui ne peut la distinguer de lui-même. A travers les nombreuses manifestations auxquelles l'angoisse peut nous confronter, nous pouvons être, en tant que thérapeutes, déstabilisés. Que ce soit de l'inhibition, de l'agressivité, ou une totale sidération, nombreuses sont les situations qui peuvent nous interroger, et parfois même nous inquiéter.

Cette inquiétude peut porter sur l'étonnement dans lequel nous laisse cet enfant angoissé, le doute et le questionnement qu'il fait naître : que puis-je lui proposer ? Quelle attitude dois-je adopter ? Comment mener à bien la séance malgré son angoisse envahissante ?

Mais cette inquiétude peut également nous toucher plus en profondeur, souvent même inconsciemment, en résonnant en nous de façon particulière. Pourquoi son attitude m'a-t-elle blessée ou agacée aujourd'hui ? A-t-il réveillé une fragilité en moi ? Cela fait-il écho à un ressenti douloureux, en lien avec mon histoire personnelle ?

1. EN QUOI UN MATERIAU EST-IL ANXIOGÈNE ?

Dans quelles situations peut-on définir qu'un élément est source d'anxiété ? Selon Georges Devereux, il existe quatre conditions où nous pouvons mettre en lumière la présence d'un matériau anxiogène.

La première caractéristique d'un matériau anxiogène est lorsque la vulnérabilité fondamentale de tout être humain est menacée, ce qui arrive souvent lors des prises en charge où un enfant prend des risques pour lui-même, ou au contraire dirige son agressivité vers nous.

« Alors il y a aussi les troubles du comportement qui peuvent être très anxiogènes. Je suis une petite équipe d'enfants qui sont dans un centre qui accueille des enfants qui ont des troubles du comportement. Ils en ont plus ou moins de façon plus ou moins spectaculaire ou

inattendue. C'est-à-dire qu'on a des enfants assez calmes qui tout d'un coup vont devenir très agressifs. C'est effectivement un peu surprenant. » (t8)

« Il y a l'enfant provocant, tout de suite en train de tester les limites, de venir s'asseoir tout de suite dans le fauteuil par exemple en arrivant, alors qu'on ne se connaît pas et que c'est la première fois, d'aller essayer d'écrire sur le tableau, sur les murs, de déborder, de dire « caca boudin »...Ou « Pfff, c'est nul ici, c'est moche, t'es pas belle, de toute façon je m'en fiche ». » (t1)

« J'ai eu un enfant qui vraiment m'angoissait parce qu'au niveau purement vital c'était vraiment difficile. Il partait dans la rue, il fallait que j'attende que le taxi vienne le chercher et j'ai dû le maintenir sur le fauteuil pendant les vingt dernières minutes de la séance parce qu'il était déjà parti. Il était sorti dans la rue et je l'avais rattrapé au moment où il montait dans le bus, les portes s'ouvraient. Je l'avais remonté dans mon bureau et on avait passé les vingt dernières minutes comme ça parce que je pense que je ne pouvais pas faire autrement. Donc là, oui j'étais angoissée. » (t8)

La deuxième caractéristique concerne ce qui va venir raviver des angoisses en rapport avec des expériences passées.

« A cette période là, je répondais avec une affectivité débordante, c'est comme si ça me touchait vraiment moi profondément. Ça me blessait à un point très fort parce que je n'avais pas fait un travail sur moi pour m'apercevoir que justement dans mon passé on ne m'avait pas donné de valeur. Et cette valeur c'est mon travail qui me la donnait. Et ne pas être reconnue à nouveau en tant que professionnelle, comme je ne l'avais pas été enfant, était insupportable. (...)Donc, écho à ma propre histoire, c'est sûr, c'est grandiose.» (t2)

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

« C'est un jour où j'étais arrivée au travail avec un souci dans ma vie personnelle. Au niveau affectif elle a senti qu'il y avait une faille et elle a poussé le bouchon jusqu'à ce que je sorte de mes gonds parce que son comportement de mensonge devenait inacceptable. Elle est allée jusqu'au bout. Et je me suis trouvée très stressée après cette séance. Je sentais tous mes membres trembler, la colère était là mais je me suis dit que ce n'était pas normal. Et le midi, une collègue m'a interrogée sur ma situation personnelle, et en répondant, c'est là que j'ai

senti toute l'émotion qui, en fait, était sûrement de ce tracas là en moi depuis la veille, mais je n'avais pas du tout conscience que ça venait interférer. » (t2)

« C'est-à-dire que si on arrive très en forme, (...) une agression ne va pas nous atteindre comme un jour où on est extrêmement fragilisé, quand on a peur d'un diagnostic vital pour nous ou que quelqu'un de très proche a la même inquiétude, ou qu'on vient de se disputer avec son conjoint, enfin peu importe...Evidemment on ne va pas recevoir les choses de la même façon. Si le terrain est déjà labouré, ça rentre bien. » (t1)

« Là on n'a pas tous le même seuil de tolérance. Même la même personne d'un jour à l'autre n'aura pas le même seuil de tolérance. Moi je sens bien, il y a des jours où j'ai l'impression de supporter ces choses là et puis d'autres où je me dis « pff, non on ne va pas laisser faire ça, ça m'énerve, on va passer à autre chose. » Donc oui c'est important qu'en tant que professionnel on sache identifier ça. » (t7)

2. LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LE THÉRAPEUTE

1. Acceptation de la souffrance et des sentiments hostiles

Face à un enfant qui nous adresse une violence verbale ou physique, ou une inhibition si massive qu'elle ne peut receler également qu'une immense agressivité, assouvie justement par le sentiment de malaise dans lequel elle nous plonge, comment rester calme sans se sentir démuni ? Connaissons-nous nos capacités à pouvoir recevoir la souffrance de l'autre ? Cette souffrance est dure à accepter pour l'individu qu'est le thérapeute, surtout lorsque nous ne nous y sommes pas préparés et que nous n'avons mis en place aucun moyen de défense.

« John se présente extrêmement tendu, affolé, un peu comme un oiseau, un oiseau sur la branche, jetant des regards apeurés partout et il commence des phrases qu'il ne finit jamais. Tout est saccadé, tout sort par jets, si bien qu'il provoque chez moi un sentiment de malaise, de peur. » (t1)

Dans notre travail, nous allons rencontrer beaucoup d'enfants, et de parents en souffrance. Connaissons-nous notre seuil de tolérance à accompagner une personne en souffrance ? Savons-nous trouver les mots pour soutenir un enfant, ou un parent en grande détresse ?

« Il y a quinze jours, j'ai vu une maman avec son bébé atteint d'une trisomie 21 pour la première fois. Elle était extrêmement angoissée, je ne sais pas si je la reverrai. Par rapport à

cette maman par exemple, voir une maman effondrée avec un bébé de trois mois ce n'est pas facile. » (t8)

« Je connaissais une petite fille qui vivait une situation très difficile, les deux parents étaient alcooliques. Ils allaient régulièrement en cure, la mère a fait plusieurs tentatives de suicide et la petite était mal. J'en parlais à mon époux, quand je voyais des amis j'en parlais...Elle m'avait beaucoup touchée cette enfant. Elle me faisait confiance, elle me racontait tout ça et c'était dur. » (t9)

Parfois, la souffrance ressentie par un enfant peut nous inquiéter au point qu'elle nous empêche d'être suffisamment serein pour le prendre en charge.

« J'ai l'expérience d'un enfant que je suivais qui m'angoissait parce que je trouvais qu'il n'allait pas très bien et que j'ai sûrement partagé mon angoisse, si tant est qu'on puisse parler d'angoisse, au moins mon inquiétude, auprès de la maman que ça a probablement beaucoup angoissé et du coup il y a eu une rupture. » (t8)

« J'avais aussi été confrontée à une enfant qui m'avait dit que son père avait voulu abuser d'elle. Elle m'en n'avait pas parlé d'emblée. Elle était en cinquième et sur un mois ou deux je l'ai vu partir. Elle m'a annoncé ça, c'était dur, en plus à l'époque j'étais jeune, c'était le début de ma pratique. Dans ces cas là il fallait être très prudente dans ses réflexions et c'est cela qui m'inquiétait. Il ne fallait pas aggraver les choses. Il y a des situations comme celle-là qui m'ont vraiment tracassée. » (t9)

« Suis-je réellement capable de permettre à un autre d'éprouver des sentiments hostiles envers moi ? Puis-je accepter sa colère comme une partie intégrante et légitime de sa personnalité ? Puis-je l'accepter tandis qu'il a envers moi une attitude positive, qu'il m'admire et cherche à me prendre pour modèle ? »¹

« On se prend ça en pleine figure. Quand un enfant vous dit « je t'aime, je veux que tu sois ma maman » c'est pareil que quand il dit « t'es moche et je ne veux plus te voir ». C'est pareil, ce n'est pas à nous que ça s'adresse, c'est complètement du transfert tout ça. » (t1)

¹ Rogers C., (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris, p. 19.

2. Le manque d'objectivité

« L'objectivité résulte de la maîtrise créatrice de réactions irrationnelles, consciemment reconnues, *sans perte d'affect.* »¹

Il semble pourtant difficile pour un thérapeute de garder une certaine objectivité, conscient de ce qui se joue pour l'enfant, et des émotions que cela provoque chez lui, lorsqu'il est bouleversé par le comportement d'un enfant. En effet, « plus l'angoisse provoquée par un phénomène est grande, moins l'homme semble capable de l'observer correctement, de le penser objectivement et d'élaborer les méthodes adéquates pour le décrire, le comprendre, le contrôler et le prévoir. »²

L'un des premiers réflexes du thérapeute peut alors être de tenter une isolation inconsciente. Nous pouvons être tenté de vouloir « découper » l'enfant avec qui nous travaillons en plusieurs domaines, afin d'évincer le champ de l'angoisse de nos compétences. Cette isolation n'est évidemment pas décidée de façon consciente par le thérapeute, qui la considère comme une objectivité authentique ; ce qui diminue par conséquence sa capacité à contrôler ses préjugés.

« Le nombre de jeunes orthophonistes rencontrées qui avaient cette réaction là devant un enfant qui apportait ce genre de choses. « On n'est pas là pour ça, pour parler de ça », mais alors pourquoi est-on là si on n'est pas là pour entendre et être capable de recevoir ça ? »
(t6)

Manquant d'objectivité, car trop impliqués humainement dans la relation, nous tentons souvent d'empêcher une contre observation du patient de se faire. Désirant par tous les moyens maîtriser la relation thérapeutique, c'est en prétextant une réelle objectivité que nous essayons de ne pas paraître tels que nous sommes aux yeux de nos patients.

« Nous cherchons à empêcher la contre observation parce que *nous ne nous connaissons pas nous-mêmes* ni ne connaissons notre valeur de stimulus...*et que nous ne souhaitons pas le connaître.* (...) » Au lieu d'apprendre à nous observer et à nous comprendre nous-mêmes, nous cherchons donc à empêcher nos patients de nous observer et de nous comprendre.

¹ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 151.

² Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 25.

3. Les moyens de défense

Il est donc fréquent qu'inconsciemment, le thérapeute mette en place des mécanismes de défenses pour se protéger de ces situations anxiogènes. Minimiser la teneur du problème, déléguer sa prise en charge, se focaliser sur une autre difficulté, etc. sont autant de comportements qui permettent d'échapper à la réalité de l'enfant et de la situation clinique. Ainsi, le thérapeute se protège contre l'angoisse.

« Il y a une situation qui m'angoisse : ce sont les enfants qui n'arrivent pas à apprendre à lire malgré tout ce que je peux mettre en place. Ceux qui savent lire au début de la séance et plus à la fin. C'est angoissant parce que c'est du terrain mouvant en permanence. Ça me met très mal : l'insaisissable, la non compréhension. En général ça développe chez moi de l'agressivité. Et je me mets à faire faire des exercices parce que je reviens sur des choses très techniques, parce qu'il y a de l'angoisse chez moi, que je n'identifie pas très bien. Et puis je réussis à identifier, et je me sens plus à l'aise. » (t5)

« En fait c'est à nous vraiment de faire le travail sur soi pour savoir pourquoi, par exemple, je ne peux pas supporter qu'un enfant n'obéisse pas? Pourquoi j'ai besoin que ce soit maîtrisé et cadré les séances? Pourquoi je suis « chez les sourds »? Ce n'est pas pour rien...C'est parce que justement on a un cahier, c'est cadré, on travaille une structure. Ça va doucement mais dans un sens précis...Enfin bon, je pense que j'avais besoin de me rassurer. » (t2)

« Une bonne compréhension de l'usage névrotique que l'on peut faire de ces dispositifs est une condition préalable à leur exploitation d'une manière authentiquement scientifique et sublimatoire. »¹ L'essentiel pour le thérapeute serait donc une bonne analyse du matériel qu'il peut avoir en sa possession avant toute utilisation. Il est important qu'il sache au préalable dans quel but il choisit tel ou tel matériel.

« Je me souviens bien que j'ai eu des tas de moments, où on essayait d'être dans quelque chose de pas du tout pédagogique, et puis où en fait, quand on était un peu en panne avec un enfant, ou qu'on doutait de la pertinence de notre manière d'être, arrivaient souvent des moments où on se remettait à faire de la grammaire, des exercices... Un peu aussi presque pour défendre notre position d'orthophoniste, parce que ce n'est pas facile je trouve. Du

¹ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p.129.

coup, il y a des tas de moments défensifs où on se réfugie dans une espèce de technique, qui souvent, en fait, n'en est pas une. » (t6)

La question essentielle posée ici n'est pas d'incriminer les orthophonistes ayant recours à des médias ludiques. Au contraire, ces derniers sont la preuve de la créativité nécessaire à cette profession. Il s'agit plus de se questionner sur l'usage que l'on fait de ce matériel à notre disposition. S'il est utilisé et adapté en fonction de ce que l'on observe chez l'enfant, il garde toute sa valeur.

En revanche, si son utilisation n'a de but que de permettre à l'orthophoniste de fermer les yeux sur un comportement qui la déstabilise, il n'est en aucun cas pertinent. Les outils, tout comme les tests d'ailleurs, « entre les mains de personnes qui n'ont pas peur des réalités psychiques, (...) ne sont pas des échappatoires mais des chemins vers la compréhension des êtres vivants. »¹

Il est tout à fait légitime qu'un thérapeute ayant affaire à une situation anxiogène cherche des moyens pour contenir l'angoisse de l'enfant, et par la même occasion la sienne. Le meilleur moyen pour réduire cette angoisse est une bonne méthodologie, consciente et acceptée.

« (...)l'important n'est donc pas de savoir si on *utilise* la méthodologie *aussi* comme un moyen de réduire l'angoisse, mais de savoir si on le fait *en connaissance de cause*, de manière sublimatoire, ou, de façon inconsciente, *seulement* de manière défensive. »²

Elle ne vide pas la situation clinique de son contenu anxiogène, mais elle permet en quelque sorte de l'appivoiser, afin de vivre au mieux avec.

Il faut également avoir à l'esprit que ce refuge derrière les dispositifs techniques n'est qu'un pansement, mais qu'il ne résout pas notre situation de manière durable. Un moment ou un autre, le problème que nous avons rencontré ressurgira. Il est donc préférable d'écouter l'angoisse de l'enfant et d'essayer de comprendre notre propre ressenti. Ainsi, l'angoisse peut devenir la dynamique de la relation. Nier son existence et chercher à la supprimer de façon temporaire n'entraînerait qu'une réactivation ultérieure, parfois encore plus violente.

¹ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 139.

² Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 147.

En conclusion, « l'attitude professionnelle tout comme les méthodes et les techniques scientifiques n'ont d'efficacité que si l'on comprend qu'au niveau inconscient elles fonctionnent *aussi* comme des défenses contre l'angoisse déclenchée par nos données. Si l'on nie leur fonction défensive, on les utilisera bientôt à des fins essentiellement défensives, particulièrement si on les met *ostensiblement* au service de la « pratique scientifique ». »¹

3. L'ORTHOPHONIE APPARTIENT AUX SCIENCES HUMAINES

1. Les sciences humaines ne sont pas des sciences physiques

Ayant mis en avant les difficultés que peuvent rencontrer les orthophonistes dans l'exercice de leur profession dues au manque d'objectivité dans la relation thérapeutique, il nous paraît important de définir justement cette relation. Loin de considérer que ce manque d'objectivité est une faille dans la prise en charge, il faut plutôt souligner le fait que c'est une des caractéristiques principales du domaine à laquelle elle appartient : les sciences de l'homme. A ce titre, il est tout à fait justifié de rencontrer ces difficultés. A nous alors de les remettre dans le contexte, et de les analyser en fonction du système de valeurs auquel nous appartenons en tant que thérapeutes.

Est-il utile de rappeler que nous ne nous situons pas dans un domaine où nous agissons sur des objets matériels pour quantifier des résultats ? Nous entrons en relation avec des êtres humains, et appartenant nous-mêmes à l'humanité, nous ne pouvons pas scinder l'affectif de notre travail. Pour autant, cela ne signifie pas que les sciences humaines ne soient pas des sciences. Au contraire, elles parviennent à maintenir ce statut à travers des thérapeutes conscients de cette donnée.

2. Qu'est-ce que les sciences humaines ?

Pour qu'une science du comportement puisse conserver son aspect scientifique, nous devons pouvoir analyser toutes les significations dans lesquelles nos données prennent racine, et permettre au chercheur d'avoir accès à ces significations pour un travail lucide.

¹ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 153.

Puis, comme nous le mentionnions précédemment, cette science doit aider son chercheur à prendre conscience de son implication humaine lors de ses prises en charge et des conséquences qu'elle amène.

La seconde étape consiste en l'étude de l'engagement personnel de l'orthophoniste dans la relation et des déformations de la réalité qui résultent de ses réactions de « contre-transfert ». En effet, le chercheur est « émotionnellement impliqué dans son matériau, auquel il s'identifie ; ce qui en dernière analyse, rend l'angoisse inévitable. »¹

L'obstacle à la science n'est pas que le thérapeute soit impliqué émotionnellement, mais plutôt que cette implication ne soit pas reconnue et identifiée, pour pouvoir être par la suite analysée. L'angoisse pour le thérapeute vient du fait qu'il ne puisse mettre de mots sur ses difficultés, qu'il ne puisse même pas les reconnaître comme telles. Accepter d'atteindre ses limites et d'être désarmé est la meilleure position pour être capable d'écouter un enfant en souffrance. « 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. »²

La troisième étape consiste en l'analyse de cette rencontre et de la relation qui s'établit entre l'observateur et l'observé. Cette étude permet une prise de recul, un regard critique, permettant un point de vue objectif sur la nature et le lieu de la relation.

Enfin, la dernière étape, et non des moindres, est d'inclure dans la démarche scientifique la prise en considération de la subjectivité de l'observateur. Il est essentiel d'accepter le fait que sa présence influence la relation. En effet, l'orthophoniste n'observe jamais le comportement qui aurait lieu en son absence, et qu'il ne perçoit pas la même chose de l'enfant qu'un autre que lui. C'est ce qui fait la richesse de l'observation mais aussi son danger. Un thérapeute doit non seulement être conscient de ces données mais il doit également les exploiter.

« Par bonheur, ce qu'on appelle les « perturbations » dues à l'existence et aux activités de l'observateur, lorsqu'elles sont correctement exploitées, sont les pierres angulaires d'une science du comportement authentiquement scientifique et non – comme on le croit

¹ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 29.

² De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 243.

couramment – un fâcheux contretemps dont la meilleure façon de se débarrasser est de l’escamoter. »¹

3. Le transfert et le contre-transfert

Le transfert en psychanalyse est le matériau principal de la cure analytique. Il concerne tous les sentiments que le patient projette inconsciemment sur son analyste. L’analysé développe des réactions caractéristiques qu’il a pour une personne, envers son analyste. Parfois, il tend à réagir envers ce dernier, comme s’il était réellement cette personne, même à travers une déformation importante de la réalité.

Très étudié, le transfert existe, non seulement en psychanalyse, mais aussi dans toutes les relations thérapeutiques, comme celle qui existe dans un travail orthophonique. La principale différence est que dans ces dernières, il n’est pas matériau du travail. Cependant, le simple fait qu’il soit présent interfère dans la relation qui s’installe. L’orthophoniste, en tant que thérapeute du langage, ne peut ignorer cette notion lors de ses prises en charge. Même si elle ne constitue pas le point nodal de la relation, sa présence vient interférer. Il faut donc la connaître et savoir la repérer pour observer le plus justement ce qui se joue lors du travail.

Le contre-transfert, moins étudié, concerne également tout thérapeute. Il est la somme totale des déformations qui affectent la perception et les réactions de l’analyste envers son patient. Ces déformations consistent en ce que l’analyste se comporte dans la situation analytique en fonction de ses propres besoins, souhaits et fantasmes *inconscients*, d’ordinaires infantiles.

En psychanalyse, ce terme regroupe l’ensemble des réactions inconscientes de l’analyste à la personne de l’analysé, et plus particulièrement au transfert de celui-ci.

Freud développe peu cette notion mais il y voit tout de même le résultat de « l’influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin »² et souligne « qu’aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne le lui permettent »³ ; ce qui sous-entend la nécessité pour chaque analyste d’être lui-même analysé.

¹ Devereux G., (1980), *De l’angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 29.

² Freud (S), dans Laplanche J. et Pontalis J.B., (1967), *Vocabulaire de psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Paris.

³ Freud (S), dans Laplanche J. et Pontalis J.B., (1967), *Vocabulaire de psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Paris.

Depuis Freud, le contre-transfert a été l'objet d'une attention plus particulière par les psychanalystes en raison de l'évolution des cures : non seulement cette dernière est de plus en plus envisagée comme une relation, mais également du fait de l'intervention de la psychanalyse auprès de pathologies comme les psychoses, domaine où les orthophonistes interviennent également, où les réactions inconscientes du thérapeute peuvent être très sollicitées.

Au niveau du concept de contre-transfert, deux points essentiels se distinguent. Tout d'abord au niveau de la définition : certains auteurs estiment qu'il fait appel à tout ce qui, dans la personnalité de l'analyste, peut intervenir dans la cure, et d'autres pensent qu'il se limite aux processus inconscients que le transfert de l'analysé induit chez l'analyste.

Du point de vue technique, on peut noter trois orientations essentielles. Dans un premier temps, il s'agirait de réduire le plus possible les manifestations contre-transférentielles par une analyse personnelle. Ainsi, la situation analytique se trouverait uniquement structurée par le transfert de l'analysé.

Puis, en suivant l'indication de Freud selon laquelle « chacun possède en son propre inconscient un instrument avec lequel il peut interpréter les expressions de l'inconscient chez les autres »¹, il s'agirait alors d'utiliser, tout en les contrôlant, ces manifestations de contre-transfert dans le travail analytique.

Enfin, pour l'interprétation en elle-même, il faudrait pouvoir s'appuyer et se guider sur ses propres réactions contre transférentielles, souvent en lien avec les émotions ressenties. « Une telle attitude postule que la résonance d'inconscient à inconscient constitue la seule communication authentique psychanalytique. »²

Le contre-transfert, à travers tout ce qu'il implique pour le thérapeute est une notion qui dérange. Elle semble mettre en péril la neutralité du thérapeute en soulignant que lui-même peut avoir des projections inconscientes vis-à-vis de son patient. Pourtant, à la lumière de la définition des sciences de l'homme que nous venons d'étudier, il paraît indiscutable que le thérapeute, en tant que sujet, s'engage consciemment et inconsciemment lors de cette rencontre thérapeutique. Le contre-transfert est à la fois « le moteur de la rééducation, et ce qui risque de l'empêcher d'évoluer. (...) Le transfert du rééducateur peut apparaître comme

¹ Freud (S), dans Laplanche J. et Pontalis J.B., (1967), *Vocabulaire de psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Paris.

² Freud (S), dans Laplanche J. et Pontalis J.B., (1967), *Vocabulaire de psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Paris.

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.»¹

Pourtant, il est toujours difficile d'être un observateur objectif lorsque l'on s'observe soi-même. Encore faut-il pour cela accepter d'exiger de soi-même, au nom de l'éthique, de reconnaître ses propres manifestations inconscientes. Délibérément ici, nous ne parlerons pas de faille ou de fragilité. Cette réflexion nous apprend que c'est lorsqu'on considère nos affects comme tels qu'ils le deviennent. Bien analysé, nos affects ne sont pas nos faiblesses. Ils sont au contraire les « pierres angulaires », pour reprendre le terme de Georges Devereux, de notre travail.

De tout temps donc, l'homme a cherché à éviter de se confronter à cette réalité. Même la psychanalyse, qui en est à son origine, cherche à minimiser son importance. Très peu d'ouvrages théoriques sont consacrés au contre-transfert en psychanalyse, ce qui suggère que les psychanalystes eux-mêmes, qui sont supposés étudier leurs propres émotions, sont quelque peu réticents dans l'étude des réactions de contre-transfert.

Ainsi, certains dispositifs de la cure analytique apparaissent sous un jour nouveau. Freud a reconnu l'existence à la fois du transfert et du contre-transfert. Pourtant, pour des raisons thérapeutiques valables, il a structuré la situation analytique de telle sorte qu'elle entrave systématiquement la contre-observation de l'analyste par l'analysé. En effet, l'analyste, par exemple, souvent silencieux, se tient derrière le divan et n'est pas vu de son patient. Le but recherché est de créer une situation dans laquelle le patient ait trop peu d'informations sur son analyste pour obtenir un tableau « complet » de la situation analytique. Ainsi, il doit avoir recours à ses propres fantasmes, qui créent le matériau du transfert, et qui sont, bien sûr, nécessaires au travail thérapeutique.

Bien loin de suggérer que la psychanalyse serait biaisée par ce dispositif, puisqu'il permet justement au transfert tout son déploiement, il vient tout de même étayer l'hypothèse qui vise à démontrer que nous évitons d'être observés aussi bien par l'autre, que par nous-mêmes.

Cet évitement peut exister dans le cadre thérapeutiques, seulement, le thérapeute doit être conscient de son existence.

¹ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducative*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 224.

4. Les pièges du contre-transfert

Dans ce contre-transfert, c'est toute la personne du thérapeute qui est engagée. Il s'agit de ses manifestations inconscientes, mais également de toutes les caractéristiques visibles qui constituent sa personne.

« On a relativement peu étudié l'influence de l'idéologie, du statut ethnique et culturel, de l'appartenance de classe et de la position professionnelle du savant qui œuvre dans le cadre de certaines tendances historico-culturelles et de certaines modes scientifiques. (...) peut-être parce qu'on pense que la science est supra personnelle. »¹

Pourtant, l'âge et le sexe du thérapeute influencent la relation thérapeutique. Pour les orthophonistes, le statut d'adulte qui leur est conféré par l'enfant a également une incidence. Nous pouvons être pris à parti lors d'un conflit avec les parents, être sollicité à travers des demandes d'affection ou de protection excessives, être engagés malgré nous dans la problématique de l'enfant. Ces exigences, légitimées par la souffrance de l'enfant mais non adapté à notre statut, peuvent nous mettre dans une position difficile à assumer. Cette dernière peut être également difficile à défendre car le déplacement des affects qui s'opère nous empêche de parer avec nos moyens de défenses habituels.

« (...) quand il dit « tu m'aimes », et « tu voudrais être ma maman ? » c'est drôlement embêtant, surtout si sa mère entend ça ! Ce n'est pas facile à gérer. C'est adressé à sa mère bien évidemment. » (t1)

L'âge et le sexe du thérapeute déclenchent donc souvent un certain nombre de réactions de transfert et de contre-transfert. Généralement peu repérées, ces réactions incitent parfois les patients à lui faire jouer le rôle qui convient, selon eux, à son âge et son sexe.

Le contre-transfert n'est donc pas à ignorer car il peut également aller trop loin et avoir des conséquences sur le déroulement du travail thérapeutique. Si le thérapeute ne peut voir ce qui se joue, le travail ne se fait pas de la même façon. Le transfert de l'enfant sera présent, mais le thérapeute ne pourra l'analyser. Non conscient de ce qui peut se jouer dans la relation, le thérapeute peut vite se retrouver pris dans une situation à laquelle il n'est pas préparé, et jouer un rôle, que lui donne le patient, sans avoir le recul nécessaire pour s'en apercevoir.

¹ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 193.

Le patient, en particulier l'enfant, a une forte tendance à vouloir identifier son thérapeute à travers une image parentale, ce qui représente une tentative pour obliger celui-ci à assumer un rôle complémentaire, selon le terme de H. Deutsch.¹ Si le thérapeute croit devoir accepter ce statut, il réussira à trouver dans la réalité un fait sensé l'obligeant à accepter ce rôle, une excuse plausible pour ne pas avoir à analyser les satisfactions inconscientes qu'il pourra en retirer. Cette situation peut se révéler dangereuse si le thérapeute trouve en effet dans cette demande un moyen de satisfaire des besoins névrotiques non résolus.

C'est lorsque nous nous sentons le plus sûr de notre neutralité et que nous ne voyons même pas l'intérêt d'en parler que nous sommes le plus susceptible de la perdre.

« Le jour où vous ne doutez plus que ce qui se joue vient complètement de l'autre et que vous pensez n'y être pour rien, vous n'êtes plus dans une problématique rééducative. »²

D'où l'idée essentielle de mettre en place dans les sciences du comportement, un dispositif permettant au thérapeute de travailler son objectivité, de réguler et contrôler son engagement dans ses prises en charge cliniques.

Nous ne pouvons jamais prétendre avoir une observation la plus objective qui soit, du fait simplement de notre âge, notre culture, notre sexe, notre caractère, nos défenses, etc. Cependant, le thérapeute « atteindra plus sûrement son but s'il s'efforce consciemment de comprendre dans quelle position il est placé, et puis en entreprend l'analyse tant dans sa signification subjective que dans ses implications objectives, exactement comme le psychanalyste analyse à la fois la position complémentaire dans laquelle son sujet cherche à l'installer et ses propres réactions à cette manœuvre. »³

CONCLUSION

L'orthophoniste est confronté dans sa pratique à des situations anxiogènes. L'angoisse de l'enfant peut perturber le thérapeute, en venant faire écho à son histoire personnelle ou en bouleversant ses moyens de défense. L'orthophoniste peut se trouver en difficulté face aux

¹ Deutsch H., (1926), dans Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 322.

² De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 229.

³ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 344.

sentiments d'agressivité ou d'amour exprimés par l'enfant, même s'ils ne sont que le jeu du transfert.

Nous avons polarisé notre recherche autour de l'angoisse de l'enfant. Pourtant, il est essentiel d'évoquer les autres éléments du travail pouvant être également anxiogènes : l'angoisse des parents et la difficulté de leur accompagnement ; l'angoisse du patient adulte, l'accueil de sa souffrance ; ou encore les demandes et les attentes des autres instances rencontrées lors du travail : les exigences pédagogiques, le lien avec l'équipe médicale, le diagnostic du centre du langage.... Ces points, seulement évoqués dans ce mémoire, méritent d'être traités plus longuement dans une autre réflexion car ils sont également essentiels à prendre en compte dans le travail orthophonique.

Face à la souffrance de l'autre, l'esprit critique de l'orthophoniste peut être mis en danger, par le déni de ses sentiments ou le recours systématique au matériel, permettant de cacher son angoisse. Seulement, comme nous l'avons expliqué, l'orthophonie est une science humaine qui ne peut nier l'implication affective du thérapeute dans son travail. L'objectivité de l'orthophoniste relève donc plus de l'acceptation et de la connaissance de sa subjectivité. Véritable support du travail, cette relation humaine est ce qui donne du sens aux rééducations.

PARTIE 5 : L'ANGOISSE EST-ELLE UNE ENTRAVE AU TRAVAIL ORTHOPHONIQUE ?

1. QUELLES SONT LES RESSOURCES DE L'ORTHOPHONISTE EN DEHORS DE LA SÉANCE ?

1. La formation

Pour comprendre l'angoisse d'un enfant, et parfois par la même occasion comprendre aussi celle qu'elle provoque chez nous, la formation théorique est un bon soutien, si elle n'est pas utilisée dans un but strictement défensif. En effet, accroître ses connaissances dans un domaine particulier, sur un outil, une pathologie ou une méthode, permet dans un premier temps de combler un vide. Or c'est bien souvent l'absence de maîtrise et l'incompréhension qui entraînent une certaine inquiétude professionnelle.

« Comme on est démuni, c'est ça qui est angoissant, rien n'accroche, on ne sait pas, on ne comprend pas : ça c'est de l'angoisse. Tout à l'heure je parlais du vide de pensée : là c'est l'absence, l'inconnu qui dans ces situations est angoissant. » (t5)

Dans ces situations, avoir confiance en ses appuis théoriques, en sa formation professionnelle, est un recours privilégié. Le seul bémol à éviter est « tout ce qui dans la formation conforterait le sujet dans une maîtrise imaginaire de lui-même. »¹ Sûr de ses gestes, on dynamise la relation, on instaure un climat serein, de confiance, que le patient perçoit et qui influe sur son comportement.

1.1 La formation universitaire

Notre formation universitaire est notre base, mais est-elle suffisante ? Pouvons-nous y trouver une aide dans les situations difficiles ?

« J'ai l'impression qu'on a eu des choses très théoriques et pas trop en lien avec la clinique : des descriptions théoriques des névroses, etc. » (t10)

¹ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducative*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 242.

« C'est vraiment sur le terrain qu'on découvre. C'est bien parce que c'est aussi à ce moment-là qu'on se pose des questions, les réponses sont plus percutantes. C'est quand on y est confronté qu'on avance le plus. Quand on est étudiant, on n'est pas du tout engagé dans quelque chose. Alors que quand on travaille, on est engagé dans une relation. » (t9)

Parmi les réponses recueillies, nombreuses sont les orthophonistes qui ont insisté sur la nécessité de continuer à se former tout au long de sa carrière, notamment les plus expérimentées, qui reprochent à la formation universitaire de l'époque son manque d'approfondissement et de clinique.

« C'était très peu ouvert sur l'aspect psy. En dernière année, j'ai suivi un stage en PRL, et donc, dès la fin de l'école, à l'époque trois ans, j'ai fait la formation. C'était beaucoup trop tôt parce que je n'avais pas encore d'expérience professionnelle. On avait fait ça aussi avec une amie de promotion un peu contre nos professeurs. C'était tellement fermé qu'on avait besoin d'ouverture. » (t3)

« La formation universitaire est une formation d'école, donc elle n'est pas suffisante. Ça s'acquiert au fil de l'expérience. Il y a des gens ou des écoles qui ne travaillent pas du tout comme ça : une orthophoniste que je connais ne fait que du scolaire. Elle n'a aucune formation sur le plan pédopsychiatrique et pour elle ça ne fait pas partie de son univers. Ça dépend des écoles. Ça dépend des stages aussi. » (t5)

« Dans ma formation, on n'était pas formé à être en situation clinique réellement. On a des connaissances, mais bien souvent non seulement s'appuyer dessus ce n'est pas suffisant et même parfois c'est aussi contre productif. (...) J'ai été un peu insatisfaite du côté extrêmement pseudo médical d'un côté, et pseudo pédagogique de l'autre. » (t6)

1.2. La formation continue

Les orthophonistes rencontrées sont donc unanimes en ce qui concerne la nécessité de se former après l'obtention du diplôme. Non seulement, elle offre des clés pour une meilleure compréhension de certaines situations cliniques, et par conséquent une meilleure adaptation ; mais de plus, elle permet un échange constant avec d'autres professionnels de domaines variés, d'autres lieux, d'autres villes...et donc d'autres manières d'envisager le travail.

« J'ai tout le temps fait des formations, pas forcément là-dessus, mais j'ai fait beaucoup plus d'heures de formation que d'heures de cours, bien plus. (...) C'est très dynamisant pour moi, c'est important de pouvoir échanger avec des collègues, en dehors d'ici. » (t1)

« La formation permanente, c'est la formation payée par l'institution où on travaille. Ça c'était vraiment une formation longue : pendant trois ans, six semaines par an. On explorait à la fois tout ce qui pouvait être la relaxation thérapeutique, le jeu sous les masques...ça ma beaucoup apporté. » (t5)

Pour Yves De La Monneraye, ce sont souvent les gens qui débutent qui sont le plus disponibles. Il ajoute bien sûr tous ceux qui sont capables, malgré leur expérience, de se réinterroger sur ce qu'ils font quotidiennement. « C'est pourquoi la théorie doit à son tour être questionnée par la pratique. C'est dans cet aller-retour permanent que se situe le véritable travail du rééducateur. »¹

1.3 Les groupes de lecture

Enfin, la formation continue peut aussi exister sous la forme de groupes de lecture. Dans ce lieu, l'orthophoniste se retrouve avec des gens de sa profession, mais également d'autres professionnels de la relation. Les échanges ont lieu à partir d'un texte étudié en commun, portant sur différents aspects de la clinique.

« J'ai participé à un groupe de lecture et d'échange sur le Séminaire X L'angoisse de Lacan : c'était très mélangé avec des psychologues, psychanalystes, médecins, pas que des orthophonistes.(...) J'ai été intéressée par tout ce qu'il a écrit sur l'angoisse. » (t5)

« Mais il y a aussi tout le travail avec les collègues, et puis tout le travail encore maintenant sur les textes, aller en groupes cliniques avec les collègues psychologues, psychanalystes, psychiatres. » (t1)

« Et puis les livres aussi...Moi j'ai beaucoup lu. Ça me donne des clés, plus sur la psychologie de l'enfant, comment il réagit et pourquoi il réagit comme ça, que sur moi-même. » (t2)

La lecture de textes de grands auteurs sur la psychopathologie de l'enfant apporte donc beaucoup au thérapeute, qu'elle s'effectue en groupe, avec un échange dynamisant, ou seul, à

¹De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris.

travers une réflexion personnelle. Cet apport théorique vient s'associer par la suite à l'analyse clinique et permet au thérapeute d'enrichir sa pratique.

2. L'analyse

« La relation thérapeutique qui s'instaure nécessite en effet de la part du rééducateur un travail important de remise en question personnelle et de réflexion sur le déroulement de cette relation. »¹

Tout orthophoniste qui cherche à prendre du recul se rend compte à travers les situations cliniques qu'il rencontre qu'un travail hors séance est nécessaire. Ce travail consiste à s'interroger sur le déroulement de la rééducation, sur l'analyse qu'on peut faire du comportement et des paroles de l'enfant, mais il y a également tout un travail qui « consiste à s'interroger sur ses réactions personnelles face à l'enfant en séance. »² Nous n'essayons donc pas seulement de comprendre ce qui se passe sur le plan rééducatif, thérapeutique et psychique, pour l'enfant, mais également ce qui se passe en soi-même. « J'essaie d'entendre ce qui en moi a été touché par l'enfant. Une fois que je m'en serai aperçu, je pourrai en quelque sorte me « déprendre » de cette relation dans laquelle mon désir s'est trouvé pris, pour redevenir disponible à ce que l'enfant essaie de me dire. »³

« Je dirais que j'ai réussi, pas forcément tout au long de ma vie, mais réussi à trouver des échanges, soit ponctuels ou plus formalisés, qui me permettent de ne pas me sentir angoissée en venant travailler ou avec tel enfant. » (t8)

Nous savons tous que nous faisons des erreurs, pour autant ce n'est pas cette reconnaissance qui nous donne le droit d'accepter de telles erreurs dans notre travail. « Le rééducateur n'a pas le droit de faire n'importe quoi dans ses rapports aux autres. C'est lui qui ne se donne pas le droit à l'erreur : dans son domaine cela consiste à s'obliger à analyser en termes de transfert toutes ses réactions, y compris celles qui lui apparaissent comme des erreurs. »⁴ Suite à cette analyse, ces interrogations sont « à la fois les mêmes et plus les mêmes du seul fait que l'attitude du sujet qui les regarde s'est transformée. Lui-même s'est transformé : il est le même qu'au début du parcours, mais *le même après avoir fait le parcours.* »⁵

¹ Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 57.

² De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 223.

³ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p.223.

⁴ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p.244.

⁵ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 245.

2.1 Le rôle de l'écrit

La première étape de l'analyse d'une situation clinique réside dans la première prise de notes effectuée à la fin de la séance. Mettre par écrit ce que l'on vient d'observer, ce qui a eu lieu, nos questions et éventuellement nos pistes de travail, permet un premier pas de distanciation. En effet, l'écrit a un rôle régulateur : ce qui est couché sur le papier est déjà extérieur à nous. Le travail de l'orthophoniste peut donc être considéré en trois temps : le travail qu'il fait en séance avec l'enfant, le travail de construction subjective du récit qu'il fait à partir de ses notes après la séance, enfin le travail pour se rendre disponible à une nouvelle écoute de l'enfant lors de la séance suivante.

« La prise de notes est importante. C'est à ce moment là que je me dis « on a fait ça, on peut poursuivre ou on passe à autre chose ? Qu'est-ce que l'enfant a voulu dire à travers ça ? » Je trouve ça important de s'asseoir et repenser à ça. Pour moi prendre des notes c'est à la fois noter le matériel utilisé, noter ce que l'enfant a fait, l'aspect plus technique et ça compte bien sûr. Mais c'est aussi se demander ce qui s'est passé niveau relationnel : qu'est ce que l'enfant a pu montrer ? » (t7)

C'est une observation, un ressenti exprimé en mots, qui se détache un peu de son affectivité.

« C'est là que je me suis rendue compte aussi de l'importance du travail écrit pour cette prise de distance, cette réflexion. » (t9)

Ecrire c'est poser les choses, au sens propre comme au figuré. C'est l'espace de recul qui permet une première analyse. Le travail effectué à la fin de la séance à partir des notes et des souvenirs permet de constituer un récit de ce qui s'est dit. Le thérapeute s'impose ainsi à tout « ramener au registre de la parole pour pouvoir entendre ce qui est en jeu. Souvent lors de ce travail lui apparaîtront des éléments qu'il n'a pas entendus pendant la séance.»¹

Tout l'intérêt de cette prise de note réside dans sa subjectivité : le thérapeute va y noter, comme nous l'avons déjà mentionné, ce qui l'a plus touché, interrogé. De plus, c'est également à travers ce qu'il n'a pas noté, et qui sera mis en lumière plus tard, soit par lui-même, soit par une tierce personne, qu'il pourra analyser ce qui se joue dans la relation avec l'enfant. « Qu'il y ait des trous, des oublis, des manques, des erreurs, et c'est tant mieux. Vous travaillerez dessus quand vous vous en apercevrez, car tout cela est significatif. »² D'où l'intérêt pour l'orthophoniste d'avoir une écoute très fine du sujet. Le recours à un enregistrement n'est en aucun cas une solution pour ne rien « perdre » de l'échange. Au

¹ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 248.

² De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p.248.

contraire, ce sont les effets de sa parole et son comportement sur nous qui ont de l'importance en terme d'analyse.

A partir des interrogations telles que : que m'a-t-il dit et que voulait-il me signifier ? Comment ai-je été atteint par son attitude ? , c'est « évidemment à partir de là, là où j'ai été touché, que je puis entendre où se trouve la difficulté qu'il aborde et qu'il essaie d'exprimer et de symboliser. »¹

Ce travail par l'écrit devient par la suite encore plus élaboré lorsque le thérapeute rédige son compte-rendu clinique, qu'il soit d'un bilan ou d'évolution de la prise en charge. Il est bon périodiquement de prendre du recul et de relire l'ensemble de ses notes. Ainsi on se détache et on perçoit mieux le cheminement de la relation dans son ensemble.

« C'est comme quand on rédige le bilan qui permet de souligner certains détails qu'on aurait oubliés. Pour moi c'est nécessaire. » (t9)

« Même régulièrement au cours des rééducations, c'est important de faire le point sur l'enfant par rapport au bilan, voir où on en est pour prendre du recul. » (t10)

Par la reprise des notes, traces du parcours effectué ensemble, le travail de synthèse permet au thérapeute d'envisager le patient dans sa globalité et sous différents paramètres. Document sur lequel s'appuie l'échange entre les différents professionnels s'occupant du patient lors de la réunion de synthèse, il permet une prise de distance sur le travail et la relation établis avec le patient. « Le but est de permettre au rééducateur de travailler sur son transfert afin de pouvoir analyser en termes de transfert ce que déroule l'enfant dans son cheminement rééducatif à travers les séances. »²

2.2 Introduction d'un tiers

Suite à ce travail de mise à distance par l'écrit, il est important de mettre en avant l'importance de l'intervention d'une tierce personne dans l'analyse que l'on peut faire d'une situation clinique. Pris dans la relation, engagé professionnellement et affectivement, certains points peuvent être faussés par notre subjectivité.

« On est tellement « le nez dans le guidon » avec cet enfant qu'on ne pense plus. Parfois je demande à mes collègues « tu ferais comment là toi ? » (t7)

¹ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 248.

² De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 245.

Cette subjectivité, si elle est consciente, n'est pas un obstacle au travail, comme nous l'avons déjà évoqué. Au contraire elle est le terreau où prennent les racines de la relation. Mais elle nécessite la parole d'un tiers pour pouvoir être élaborée.

« Quand j'ai un problème maintenant, j'appelle mon ancienne collègue avec qui je suis restée amie et qui m'apporte un nouvel éclairage. Evidemment, ce n'est pas aussi fouillé que dans une supervision. » (t3)

Il est important de rappeler qu'une société commence avec trois personnes qui ne vivent pas les mêmes choses ensemble. Elle vivent les choses à deux et racontent à la troisième ce qui s'y est passé : c'est la naissance de la relation triangulaire. Elle commence « avec cette parole que chacun adresse à une tierce personne qui ignore ce qui a été réellement vécu et qui n'en connaît quelque chose que par ce qu'on lui en dit. (...) ici commence la relation humaine, en ce que l'homme est un être de langage. »¹

C'est par le discours de l'autre que l'individu avance dans l'analyse. Il aura déjà fait émerger certaines idées par une réflexion solitaire, mais de nouvelles pourront être soulevées par l'autre, qui peut avoir une interprétation différente de la situation clinique. Ainsi, il pourra tirer profit de cette remise en question pour proposer la prise en charge la plus adaptée qui soit.

« Oui bien sûr, mais ce qui aide aussi, c'est de faire des groupes de collègues et d'en parler. Des groupes où on est bien, où on se connaît bien, qui dure des années quelquefois, et où on a confiance et on n'a pas peur d'être jugé. « Tiens voilà ce qui m'est arrivé. » « Et bien moi, ça ne m'est jamais arrivé, mais voilà ce que j'aurais fait. » « Ah tiens, je n'y avais même pas pensé. » Ça m'est arrivé de présenter une situation qui m'angoissait follement et d'avoir une collègue qui me répond « Et bien moi, ça m'intéresserait bien de savoir comment ça va évoluer ». Elle n'était pas du tout prise dans la même angoisse que moi, et donc ça ne résonnait pas de la même façon. Alors que moi j'étais très inquiète. » (t1)

« En tant que professionnel, je peux aussi dire à ma collègue : « tu pourrais essayer ça, ce serait peut être moins intrusif pour l'enfant. » Peut-être que ça va l'amener à telle et telle chose, « ah je n'y avais pas pensé ». On est tellement le nez dans le guidon avec cet enfant qu'on ne pense plus. Parfois je demande à mes collègues « tu ferais comment là toi ? » ». (t7)

¹ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducative*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p.231.

2.3 Les synthèses en équipe

Les orthophonistes qui travaillent en institution participent à ces réunions de synthèse en équipe. Sur chaque cas clinique énoncé, les professionnels concernés exposent leur travail, ainsi que leur point de vue sur l'évolution de la prise en charge. Cette réunion permet un échange à l'équipe pluridisciplinaire qui suit l'enfant.

« Quand on peut travailler en équipe ça aide. Quand on est seul ce n'est pas simple. (...) Cette réunion a une valeur régulatrice par rapport à un travail entre autre avec les tout petits où il n'est pas question de faire répéter et où les progrès sont très lents, où on travaille beaucoup avec les familles, etc. » (t 4)

« On a besoin des regards croisés à la fois de l'enseignant, de l'orthophoniste, de la psychologue, de l'éducatrice...Je trouve important de croiser nos regards pour identifier que c'est sans doute de l'angoisse. Parce qu'un trouble du comportement, ça peut être aussi éducatif ou autre. Là si on croise nos façons de voir, on peut la déceler. » (t7)

Cette réunion d'équipe permet d'échanger des points de vue, de donner des avis, des conseils, sur lesquels les professionnels pourront s'appuyer. Elle permet une prise en charge harmonieuse et cohérente de l'enfant par les différents thérapeutes.

« Moi je suis pour le travail en équipe pour les situations difficiles comme les enfants psychotiques. Je ne sais pas comment font les orthophonistes en libéral.» (t5)

« J'ai quand même vu des situations bloquées, dont on pourrait nommer l'origine l'angoisse, une enfant qui a l'équipement pour progresser et qui s'empêche, qui n'est pas dans le plaisir de développer ses capacités. Alors on reçoit la famille. Il y a besoin d'un travail psychologique spécifique sur la relation. C'est bien d'être relayé. » (t4)

« Chez un enfant, ce n'est pas évident d'identifier l'angoisse parce que ça va être un trouble de comportement, ou une difficulté dans les apprentissages. Après pour identifier, il faut avoir travaillé en lien avec la psychologue, les parents, pour avoir son histoire, rattacher ça à son histoire. » (t7)

« Je suis intimement persuadée que c'est ça qui fait avancer les choses parce qu'il permet qu'on ait une certaine cohésion dans notre discours de professionnel. Je crois que ça renforce l'angoisse des parents quand l'un dit une chose, l'autre une autre. Ils peuvent s'engouffrer là dedans et être très angoissés : ça génère des attitudes revendicatives, des attitudes de retrait... On n'est pas sur la bonne piste, ça renforce l'angoisse. Si ils sentent que les

professionnels ont un discours relativement cohérent, ils vont se sentir plus soutenus à mon avis. » (t7)

La réunion d'équipe permet donc de parler des situations cliniques, et, dans certains cas, des difficultés rencontrées par les thérapeutes lors de leur prise en charge. Seulement, comme nous avons pu le constater, rares sont les équipes où du temps soit consacré à la parole du thérapeute. Cette réunion a plus souvent une valeur de contrôle des prises en charge, que d'expression des difficultés cliniques personnelles à chaque thérapeute.

« La psychologue (de l'équipe) me disait que je n'avais pas à me justifier. Mais je ne pouvais pas ne pas me justifier. Et je comprenais bien ce qu'elle me disait, mais j'avais besoin absolument d'être entendue. » (t2)

« Il y a certaines personnes de l'équipe avec qui j'ai pu toujours avoir des contacts riches. Mais ce n'est jamais facile les réunions, décisions, prises de parole... Chacun a aussi ses cas, même dans l'équipe, on n'a pas toujours le temps d'échanger. » (t3)

« Le travail d'équipe ça peut être intéressant. Parfois ça peut être lassant aussi pendant de nombreuses années de travailler toujours avec les mêmes personnes. Mais il y a eu une époque où ça m'a beaucoup apporté. » (t9)

« Le travail d'équipe c'est intéressant parce qu'au moins on peut dire, mais ce n'est pas suffisant. Il n'y a pas de jugement, on est confiant, on a un avis professionnel, mais ce n'est pas suffisant. » (t2)

« On peut aussi choisir de demander à un psychologue, un analyste de venir superviser, c'est très fréquent. Cela vaut mieux en dehors de son institution, il y a trop de proximité, et des positions très différentes autrement. Les synthèses ne font pas « office de ». » (t6)

2.4 Les groupes de supervision ou de contrôle

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

Le groupe d'analyse des pratiques est une méthode de formation ou de perfectionnement fondée sur l'analyse d'expériences cliniques, récentes ou même en cours, présentées par leurs auteurs dans le cadre d'un groupe composé de personnes exerçant ou non la même profession. « Le contrôle n'est que l'institution d'un artifice qui vient signifier et faire jouer

au rééducateur sa propre relation à la communauté humaine. C'est en quelque sorte la mise en scène de sa propre relation triangulaire, condition nécessaire à ce qu'il puisse être garant lui-même que sa relation rééducative avec l'enfant soit bien triangulaire. »¹

« J'ai également fait des suivis de contrôle pendant plusieurs années dans le cadre du CMPP. On se retrouvait à plusieurs thérapeutes : psychologues, orthophonistes et psychomotriciens. On se voyait régulièrement entre nous et, une fois de temps en temps, un psychanalyste formé aux thérapies de groupes venait nous aider à réguler notre pratique. J'y trouve de l'intérêt, je trouve que c'est quand même très important vu qu'on est amené à travailler avec des enfants très en difficulté. » (t5)

« Je me suis penchée sur cette notion en psychanalyse, en groupe de réflexion sur les textes de Freud et de Lacan, en groupe aussi, j'ai fait partie d'un groupe Balint pendant une année, avec d'autres orthophonistes, et puis en formation PRL aussi. » (t1)

« Au départ c'était parti d'un cartel lacanien et puis après j'ai fonctionné autrement avec d'autres collègues. On a toutes fait ça, et on avait envie de se regrouper par affinités. C'est entre nous mais on bâche les textes, on travaille beaucoup quand même et ce qui est bien c'est qu'on est en toute confiance, qu'on a beaucoup de clinique et voilà c'est très précieux. » (t1)

« J'ai fait partie d'un groupe Balint il y a longtemps. J'ai fait ça pendant deux ou trois ans avec un pédiatre. Ça m'a pas mal aidé. » (t8)

Sans nier qu'il permet un processus cathartique à travers l'expression de situations professionnelles parfois douloureuses, le groupe se distingue pourtant de la psychothérapie. En effet, ce sont les cas cliniques apportés par les participants qui servent ici de support et non leur histoire familiale ou personnelle.

« J'ai fait des supervisions, des contrôles, où tu vas voir un psychologue ou psychanalyste à qui tu parles de cas qui te posent problème. J'ai participé pendant pas mal d'années, dans le cadre de la PRL, au suivi de la PRL. C'était sous forme de groupe avec une animatrice plus férue de psychanalyse. On était un groupe de cinq ou six orthophonistes et on parlait de nos cas. Ça m'a aidé. On n'en sait jamais assez. » (t3)

« Il faut avoir l'occasion de travailler sur soi je pense face à des enfants comme ça. Savoir se dire « là c'est moi ». Moi qu'est ce que je renvoie de ça ? Est-ce que moi-même ça ne m'angoisse pas cette situation là, de voir cet enfant qui fait n'importe quoi ? Du coup je n'ai pas de prise et c'est quand même inquiétant en tant que professionnel de se dire qu'on ne peut

¹ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 230.

rien. Il y a forcément des moments dans notre pratique où on est confronté à ça, où on se dit : qu'est ce que je peux faire ? » (t7)

Le groupe permet une réflexion sur l'identité professionnelle de l'individu et sur son implication personnelle dans le cadre de son travail. Tout ce qui renvoie au fonctionnement psychique de la personne hors du domaine professionnel n'a en principe pas à être évoqué lors de ces groupes.

2.4.1 Historique

L'analyse des pratiques comme démarche de formation se développe depuis les années soixante. Initiée par le psychanalyste anglais Michael Balint, elle est à l'origine un outil de développement des pratiques relationnelles des médecins. C'est à travers son ouvrage Le médecin, son malade et la maladie qu'est abordée l'importance et l'influence de la relation entre le médecin et son patient dans le processus de guérison. Les notions psychanalytiques de transfert et de contre-transfert viennent étayer son argumentation pour tenter d'éclairer tout ce qui se joue dans cette pratique relationnelle.

Ces notions sont par la suite reprises par tout le champ sanitaire et social, rassemblant des professionnels d'équipes soignantes, paramédicales ou éducatives, pour soutenir leur approche relationnelle vis-à-vis du patient.

Aujourd'hui, les domaines de l'enseignement et de la formation des adultes a également recours à ce travail de réflexion.

2.4.2 Pratique professionnelle

Il s'agit alors de réfléchir sur cette pratique professionnelle sur différents points.

Dans un premier temps sur ce qui est notre quotidien et dont on ne parle pas et qui peu pour autant poser question, mais également sur ce qu'on ne fait pas et que l'on souhaiterait faire. Ainsi seront développées tous les empêchements qui viennent entraver notre idéal professionnel.

Puis peut également être abordé tout ce qui touche dans notre pratique aux actes qu'on aimerait éviter, qui nous semblent ne pas correspondre avec notre conception du métier.

Enfin, il est possible justement de s'interroger également sur ce qui ne nous questionne pas dans notre travail : le fait de n'avoir d'avis ni positifs ni négatifs sur certains aspects de notre travail révèle-t-il un manque de jugement critique ? Sommes-nous donc bien conscients de tout ce qui se joue dans ce domaine s'il ne nous interroge pas ? Devient-il dangereux de considérer certains côtés de la pratique comme routiniers ? Ou est-il simplement confortable de ne pas se pencher sur ce qui paraît évident ?

Avant de pouvoir entamer un travail d'analyse sur la pratique professionnelle, la réflexion débute toujours par une prise de conscience de ce qu'est ou n'est pas notre travail et de ce qu'on aimerait qu'il soit ou ne soit plus également.

Après avoir exprimé les ressentis d'une expérience clinique, l'intérêt du groupe réside en la recherche de pistes explicatives et compréhensives. Ce travail sur les paroles se construit en verbalisant et en échangeant avec les autres participants. La confrontation d'un vécu problématique, parfois envahissant par son caractère douloureux, aux regards croisés du groupe permet de construire l'expérience. Cette construction implique d'en dégager les composantes subjectives et objectives et de laisser parler la dynamique émotionnelle et affective de ce vécu. Ainsi, déchargé son implication affective, l'individu peut tenter de percevoir tous les mécanismes en jeu dans sa difficulté professionnelle.

« Ça permet de nous aider dans des moments où on est face à des enfants plus angoissés où on ne réussit pas à trouver le moyen qui marche justement, dans toute sa palette, et où on se sent démuni. Ça c'est important de pouvoir en parler. Ça permet de supporter des situations difficiles, on est confronté de temps en temps à des choses qui bousculent et qui bouleversent. C'est une bonne chose. » (t5)

« C'est vrai qu'il y a des patients qui nous font vraiment travailler. Soit on peut mener cette réflexion seul dans son coin, ou à plusieurs. Tout le temps où j'étais en pédopsychiatrie, j'avais un groupe de contrôle. On était quatre orthophonistes puis le groupe s'est fini, mais ça a duré de longues années. Pendant mes dix-huit ans d'expérience, j'ai eu pratiquement un contrôle toutes les trois semaines. On avance super bien. » (t9)

« Forcément la psychologue et la pédopsychiatre mettent en regard des choses. « Pourquoi tu as travaillé comme ça ? » Après vingt ans de pratique on se pose aussi ces questions :

pourquoi j'ai fait ça à ce moment là ? Qu'est ce que j'aurais pu faire ? Pourquoi je ne l'ai pas fait ? Qu'est-ce que cet enfant me renvoie ? Qu'est-ce que ce parent me renvoie de ma propre incapacité ? Etre capable de dire « là je ne sais plus où j'en suis, je ne sais pas ce que je dois faire, éclairez moi ». » (t7)

2.4.3 Principes fondateurs

-la demande

Ce qui fonde essentiellement le groupe est la demande des professionnels. C'est la condition sine qua non au bon déroulement de l'échange. De ce principe, aucune participation ne peut être définie comme obligatoire ou sanctionnable par une institution, qui peut tout au plus, fortement la conseiller. En effet, un professionnel présent contre sa volonté ne pourra afficher que résistances et empêchements à la réflexion commune. Cela aboutit inévitablement à l'échec du dispositif mis en place.

L'investissement de chaque participant est donc une des notions principales à respecter. Le participant doit venir pour réfléchir sur lui-même en tant que professionnel. Il doit parler de ce qui le touche mais être prêt aussi à entendre et à réfléchir sur des données dont il n'avait peut-être pas encore pris conscience.

Cette question de la demande est à mener avec souplesse par l'intervenant qui peut proposer un nombre de séances déterminées à l'issue desquelles les participants sceptiques ont le choix de poursuivre ou non le travail entrepris. Cette notion est fondatrice de la légitimité du lieu et doit être régulièrement retravaillée avec les participants du groupe.

-la constitution du groupe

Le nombre de participants du groupe doit être assez restreint afin de permettre une expression libre. En effet, on sait l'inhibition que peut provoquer la prise de parole en grand comité, inhibition qui n'a pas sa place dans un tel groupe d'analyse. Au contraire, un groupe contenant une dizaine de personnes au maximum favorisera la mise en place d'une certaine intimité propice à l'échange. Ainsi, chaque individu peut s'autoriser une parole sur soi et dispose d'un temps suffisant pour énoncer ses diverses réflexions.

-le lieu

Le deuxième principe concerne l'extériorité du lieu. Afin de prendre de la distance avec les habitudes des professionnels, l'idéal est de disposer d'un lieu dans un autre espace, vierge de toutes représentations pour les participants. Cela évite qu'ils soient rattrapés par le rôle tenu dans leur lieu d'exercice, pour que l'élaboration de nouvelles questions vienne à naître et puisse cheminer. La mise à distance du vécu professionnel est une des clés pour l'analyse de sa pratique : il s'agit d'être ailleurs pour voir autrement et par la suite faire autrement.

-l'animateur

L'animateur des groupes d'analyse doit lui aussi être extérieur au milieu professionnel. Il est important, pour sa neutralité, qu'il n'ait aucune relation avec l'un des participants en dehors du groupe, qu'elle soit amicale ou hiérarchique. Il pourra alors être au plus proche d'un véritable accompagnement des professionnels lors de l'élaboration de leur réflexion, des questionnements et des analyses qui s'en suivront. Pour autant, il doit éviter de se positionner comme expert : les participants vont être amenés à mettre en mots des ressentis cliniques conflictuels, qu'ils n'ont peut-être encore jamais exprimé jusqu'alors.

Il faut veiller à ne pas tomber dans « l'apprentissage d'une maîtrise du contre-transfert qui ne serait d'ailleurs qu'une illusion de maîtrise et aboutirait purement et simplement à la négation de l'inconscient. »¹

« La garantie que doit donner le contrôleur est de maintenir les choses ouvertes. (...) Il le peut parce qu'il ne connaît pas la séance, il ne sait pas ce qui s'y est passé, il ne connaît que ce qui lui en est dit et comment cela lui est dit. »²

Pour soutenir au mieux cet accueil de leur parole riche en expériences, il garantit un cadre serein où les silences et les échanges de chacun seront respectés. Dans ce lieu, l'animateur n'a pas le rôle de celui qui possède le savoir. Au contraire, chaque participant prend conscience de la richesse que peut apporter l'analyse de sa clinique en terme d'approfondissement et de connaissance sur soi comme sur sa profession. Le travail de la singularité du vécu de chaque individu légitime un savoir pour le professionnel. Grâce aux mots ils apprennent de leur expérience et s'approprient leur savoir clinique. « Le contrôleur est avant tout le répondant du cheminement du sujet qui lui parle et qui l'a choisi comme interlocuteur. »³

¹ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 227.

² De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 230.

³ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod p. 227.

-la réflexion

Enfin, il est important de rappeler que la mise en place de ce dispositif est conséquente à un désir de la part de professionnels d'évacuer une souffrance psychique. Il est nécessaire pour que cette souffrance disparaisse de remettre du sens sur ce qui a été vécu.

La première phase du travail consiste en l'expression d'une blessure narcissique. Souvent le professionnel est renvoyé à ses difficultés plus qu'à ses compétences, à ses manques plus qu'à son savoir. Il accentue ses échecs et les intériorise, car ils sont souvent inavouables pour lui dans le cadre de son travail. Il est normal de vouloir donner aux autres l'image de soi qu'on souhaiterait avoir. « Etre seul radicalement serait de l'ordre de l'auto-analyse. On risque alors (...) de fermer les choses, de chercher à tout prix la « bonne » explication...quitte à se culpabiliser. »¹

« Pourquoi ça se passe comme ça, que nous renvoie l'enfant ? », c'est une sorte de va et vient, et on est forcément appelé à relire si il y a de l'angoisse ou pas. Ça fait partie des choses qu'il faut qu'on essaie de bien identifier pour bien travailler à mon avis. » (t7)

Puis, viennent les hypothèses, explicatives et compréhensives. Le professionnel entame sa recherche de réponses, pour lesquelles il devra dans un premier temps trouver les bonnes questions à se poser. Comment est née cette situation ? Qu'est-ce qui se joue pour le patient dans cette situation ? Et pour moi ? Pourquoi ai-je pensé mon attitude être la plus adéquate ? Au nom de quelle conception théorique ? Chaque professionnel donne alors son avis et le partage permet un brassage théorique enrichissant, permettant une mise à distance de l'individu face à ses problèmes. Une fois le problème objectivé, comment envisager une solution, ou du moins une alternative, plus efficace ? Une position plus cohérente avec telle ou telle situation s'élabore souvent dans l'entre-temps des séances, car la pensée perpétue son cheminement chez le professionnel au-delà du lieu et du cadre du groupe.

La confiance et la confidentialité des échanges permettent aux participants l'investissement que nous décrivions précédemment comme essentiel à toute participation à un groupe d'analyse des pratiques. Pour pouvoir se livrer chaque participant doit être convaincu que leurs propos ne seront en aucun cas rendus publics. Parfois la parole authentique, réelle expression du sujet, peut mettre du temps à émerger, à prendre le manteau du « je ». Elle fait

¹ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducative*, 2^{ème} édition, Dunod, p. 230.

face aux résistances du sujet, prêt à tout pour enfouir ses craintes et ses interrogations les plus profondes. Comme pour tout processus, cette parole en gestation doit elle aussi braver ce qui la retient et surmonter l'angoisse que génère une telle prise de conscience.

2.5 L'analyse personnelle

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

« Mais après personne ne peut travailler à notre place sur ce qui est touché dans notre histoire. Même si on parle de telle difficulté avec une autre orthophoniste, elle ne va pas avoir le recul d'un psychothérapeute, ou psychologue. Quand on en parle avec une psychologue, elle n'est pas là pour travailler avec nous, elle est là pour qu'on puisse déposer cette parole sur cette difficulté. Après, on ne peut pas faire le même travail avec une autre orthophoniste ou avec son conjoint. Le travail que moi j'ai fait, c'est en profondeur, ce n'est pas anodin. » (t2)

Ce travail personnel est différent du travail effectué dans les groupes de supervision dans le sens où le thérapeute parle de son histoire personnelle et plus seulement de ressentis dans le cadre de sa profession.

« Le travail que j'ai fait avec un psychothérapeute m'a beaucoup aidé. De revenir en arrière, de revivre tout ce qui a été douloureux et non vécu, parce que pas le droit de le vivre enfant en fait. Donc du coup, mes propres affects sont mieux gérés. » (t2)

Lorsque le thérapeute sent qu'il est dépassé par sa propre histoire et que celle-ci peut venir interférer dans ses prises en charge, la rencontre avec un psychothérapeute ou un psychanalyste permet de parler de tout ce qui reste non réglé dans l'histoire de la personne, afin de mieux vivre avec.

« J'ai mis beaucoup de temps à reprendre confiance en moi. Et là j'en ai parlé au groupe de collègues, j'en ai parlé en analyse, j'ai essayé d'apaiser tout ça mais voilà, ça peut arriver des situations comme ça. » (t1)

« Du coup en travaillant sur moi, je sais pourquoi, mais je sais aussi réparer, me dire que je ne suis pas ce qu'on dit de moi, cette personne sans valeur, ce n'est pas moi. C'est quelque chose qu'on a dit de moi, ce n'est pas propre à moi, ce n'est pas constitutif. Donc du coup, je suis détachée de beaucoup de choses. C'est vrai que dans mon travail, je vois que c'est

beaucoup mieux par rapport aux enfants parce qu'il y a beaucoup plus de comportements de non travail qui ne vont pas me déstabiliser. » (t2)

Cette démarche est évidemment très personnelle. Seul le thérapeute peut savoir quand se fait ressentir le besoin de faire un travail sur lui-même.

« Il y a un temps pour tout. Il y a un temps où on sent qu'il va falloir faire quelque chose pour soi, et un temps où on sait que ça va être difficile, que ça va remuer de la boue, des vieilles choses et on n'a pas envie de souffrir, on n'a pas envie d'y aller, on préfère vivre sur ses petits acquis. Et puis il y a un moment où on se dit " non, là il faut y aller". » (t2)

« Après, moi-même j'ai fait une démarche personnelle parce que j'en avais besoin et je me rends compte que pour mon travail c'est aussi très formateur. Les deux se complètent très bien. Ça permet vraiment de relire en soi-même et de comprendre aussi l'autre qui est en face. Je pense qu'on est plus ouvert à ce que peut ressentir l'autre puisque soi-même on a fait un travail sur ce qu'on ressent. Et puis je pense que ça permet de mieux analyser, de moins se laisser envahir. » (t7)

3. La connaissance de soi

L'orthophoniste qui se retrouve en difficulté face à un enfant angoissé peut donc trouver des ressources dans ses formations et les différents temps d'analyse et d'échange existant. Cependant, à travers toutes ces démarches, nous pouvons observer que l'objectif recherché est toujours le même : comprendre ses difficultés. Or, que ce soit à travers l'expression de cas cliniques qui bouleversent ou déstabilisent, ou à travers une analyse personnelle, le thérapeute cherche finalement à mieux se comprendre lui-même pour comprendre ce qu'il vit.

Il semble donc que cette réflexion nous dirige vers ce point essentiel qu'est la connaissance et la reconnaissance de son identité pour être capable, en tant que thérapeute, d'accepter l'autre. Cet autre qui est parfois un enfant en souffrance, aux prises avec une angoisse qui l'envahit et se manifeste à nous sous bien des aspects. Comment repérer cette angoisse, l'accepter et enfin la comprendre si nous ne sommes pas capables de nous comprendre nous-mêmes ?

Ce travail est un travail implicite, qui se déroule tout au long de l'expérience clinique. Il est nécessaire à tout thérapeute qui cherche, non pas forcément des réponses, mais les bonnes questions à se poser. Or, pour se poser les questions les plus judicieuses et les plus

pertinentes, il faut être conscient de ce que nous sommes. A travers ce travail de fond, le thérapeute développe alors petit à petit des qualités qui vont lui permettre d'être le plus professionnel possible dans la relation thérapeutique, et de bien faire une distinction entre son rôle de thérapeute et son identité de personne.

3.1 Acceptation de soi

« Mon intervention est plus efficace quand j'arrive à m'écouter et à m'accepter et que je puis être moi-même. »¹

Apprendre à reconnaître ce qu'on éprouve est primordial dans toute relation thérapeutique. Que ce sentiment soit de la colère, du rejet, de l'affection, de l'ennui ou de l'anxiété, nous devons apprendre à accepter nos ressentis tels qu'ils sont, sans jugement de valeur par rapport au thérapeute que nous souhaiterions devenir.

« Arriver à accepter les sentiments, comme un peu avec John tout à l'heure, arriver à se mettre à l'écoute de ce qu'on ressent et soit le verbaliser, soit en être conscient, ça permet de percevoir les manifestations. » (t1)

« On se sent démuni. Et en même temps, ce moment où on est démuni, c'est peut-être une chance de se dire « moi aussi ça m'inquiète, ça me renvoie à quoi ? », si on a la possibilité de relire ça en équipe ou par un travail personnel. Parce qu'autrement on se sent démuni et on reste démuni. Il faut réussir à en faire quelque chose pour que ce soit positif. » (t7)

Il n'y a pas de modèle d'excellence, contrairement à l'image que l'on peut se créer tout au long de nos études et à travers nos rencontres lors des stages cliniques.

« Au départ on a toujours tendance à se dire, et même après, « les autres auraient sûrement mieux réussi que moi. Comment faire dans ces situations là ? » Et puis quand on en parle ensemble, on se rend compte que tout le monde est dans la même situation. » (t1)

Penser qu'une autre personne aurait fait mieux, en mettant de côté l'expérience, c'est nier ce que nous sommes. Refuser d'accepter des sentiments, que nous jugeons inadéquats sans réel fondement, ne nous aide pas à être clairvoyant dans notre prise en charge.

« Ces différentes attitudes sont des émotions que je crois pouvoir écouter en moi. Il m'est devenu plus facile de m'accepter comme quelqu'un de très imparfait et qui certainement ne fonctionne pas toujours comme j'aimerais qu'il le fût.»²

¹ Rogers C., (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris, p. 16.

² Rogers C., (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris, p. 16.

Rogers met en avant ce curieux paradoxe qui est que je ne peux changer qu'à partir du moment où je sais profondément ce que je suis.

Cette acceptation permet au thérapeute de vivre des relations réelles, qui sont les relations les plus significatives. Si j'accepte le fait qu'un enfant m'agace, je suis alors mieux disposé à accepter les réactions que provoque mon attitude chez cet enfant.

« Il y a une adaptation, une souplesse à avoir, moi je trouve que ce qui convient, ça c'est la formation PRL qui me l'a appris, c'est se mettre en écho de ce qu'on ressent soi-même. » (t1)

Ainsi, je suis plus lucide sur ce que j'engage de moi-même dans cette relation. Je ne peux plus reporter les difficultés sur les seules épaules de mon patient.

« Mais c'est à nous de chercher, pas à lui. Lui, il a ce comportement de lui-même. Ce n'est pas par sa bonne volonté, en disant "écoute tu arrêtes" qu'il va arrêter. Non c'est à nous de changer pour que lui change ou s'y retrouve. » (t2)

Ainsi, je deviens plus efficace, et la prise en charge, elle aussi, devient plus efficace. Accepter d'être soi, et à partir de là peut-être changer, est la manière la plus évidente d'être à même de véritablement comprendre l'autre, dans son système de valeurs, sans jugement. Je sais qui je suis, et me mettre à la place de l'autre pour comprendre ses réactions ne me déstabilisera pas, car je sais que cela ne me changera pas tel que je me connais.

Reconnaître que certaines situations nous déstabilisent n'est pas un défaut professionnel. Il permet cette reconnaissance de soi qui est le préalable à tout changement.

« (...) des miennes (...) je parle ouvertement, espérant que ceux de mes collègues qui se rendent compte qu'il n'est nullement avilissant mais, en fait, réellement utile, de reconnaître ses propres limites humaines, publieront leur auto observation pour l'exploration plus ample de cet aspect important mais impardonnablement négligé du travail scientifique. »¹

« Il n'a qu'une idée en tête : ce sont les armes, la guerre, la destruction. (...) Il m'a dit qu'il trouvait ça magique parce qu'on pouvait tuer quelqu'un comme ça, d'un coup. Et moi c'est vrai que cet enfant j'en ai marre. Il n'en sort pas. (...) C'est son point d'ancrage et je trouve ça très inquiétant. Il n'investit rien, tout le monde est mort, tué. Il me met en échec je le reconnais. Pendant les séances je me dis « mince, comment l'aider à sortir de là ? » » (t9)

¹ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 76.

« Il faut savoir dire parfois « je ne sais pas ou plus faire ». Sans que ça m'embête, ça ne m'angoisse pas, car il faut être humble. » (t4)

« *Quelque fois j'ai été confrontée à des enfants psychotiques où j'avais dit un mot j'avais fait quelque chose qui les avait complètement angoissés, et c'est vrai que c'est assez déstabilisant.* » (t9)

« *Dans les ateliers d'écritures, on a bien repéré que cela arrive souvent qu'en faisant tourner les feuilles, l'une ou l'autre d'entre nous soit en panne. Il y a vingt ans, je ne l'aurais jamais dit devant des enfants, j'aurais essayé de trouver quand même quelque chose à écrire, et bien maintenant je dis que je suis en panne. L'effet que ça a sur les enfants, c'est extraordinaire. Ils se regardent : « elle aussi peut être en panne ? ». Ce qui vient les rassurer, c'est que ça ne nous affole pas. On vient leur signifier « tu vois je comprends ce que tu ressens parce que moi aussi je me sens bloquée ». » (t5)*

« Je pense que ce qui guérit nos patients, ce n'est pas ce que nous savons, mais ce que nous sommes, et que nous devons aimer nos patients. »¹

3.2 Ne pas jouer un rôle

« Dans mes relations avec autrui, j'ai appris qu'il ne sert à rien à long terme, d'agir comme si je n'étais pas ce que je suis. »²

Il est vrai que le patient, pour pouvoir être aidé, cherche avant tout de la sincérité. Peu importe qu'on se dise que notre ressenti n'est pas adapté à telle ou telle situation, il n'y a pas de modèle de réaction. L'important pour le thérapeute est d'être cohérent. Pour que cette cohérence puisse s'établir à long terme, et donc qu'une vraie relation s'instaure avec le patient, encore plus avec un enfant, le thérapeute se doit d'être lui-même.

« *Je pense que contenir son angoisse de professionnel, c'est-à-dire la masquer, je ne sais pas si c'est très bien. Celle de l'enfant non plus, je pense que l'enfant doit être amené à la montrer.* » (t8)

Il ne s'agit évidemment pas de laisser libre cours à des sentiments extrêmes qui n'auraient pas lieu d'être dans le cadre de la séance. Pour autant, le thérapeute peut et doit s'autoriser à l'expression de ses sentiments véritables. Feindre le calme et la gentillesse, la compréhension d'une situation qui nous étonne, déstabilise encore plus le patient. Il serait erroné de penser

¹ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 49.

² Rogers C., (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris, p. 15.

qu'une intervention de notre part, laissant voir notre doute, notre questionnement, serait une faille dans la prise en charge. Se construire un « rôle » de thérapeute idéal, là serait la réelle erreur.

« (...) je n'ai jamais trouvé utile ni efficace, dans mes rapports avec autrui, d'essayer de maintenir une façade, d'agir d'une certaine façon à la surface, alors que j'éprouve au fond quelque chose de totalement différent. Ce genre de comportement, à ce que je crois, ne me rend pas efficace dans mes efforts pour établir des rapports constructifs avec d'autres individus. »¹

Prétendre que quelque chose ne nous touche pas, s'imposer un certain type de réaction qui nous semble idéal, ou encore reproduire un comportement observé chez un autre thérapeute, ne sont que des manœuvres de dissimulation qui ne nous aident pas à approcher au plus près de la réalité de la personne. En niant notre propre réalité, nous nous éloignons de notre but thérapeutique qui est d'avoir une vision objective de l'enfant. De plus, il semble que « le patient apprend beaucoup sur l'analyste à partir des tentatives que celui-ci fait pour « se cacher », pour la simple raison que la nature du déguisement révèle indirectement la forme de ce qui est caché. »²

Georges Devereux cite en exemple Sigmund Freud, qui avait bien compris que les efforts déployés pour se constituer un rôle étaient vains. « Freud avait conscience de la vanité des dissimulations minutieuses, et recevait donc ses patients dans une pièce qui portait la marque de ce qui l'intéressait et l'empreinte de sa personnalité ; ainsi son chien était, pendant les séances, couché à ses pieds. »³

En conclusion, il semble que « (...) quels que soient le nombre et le type de dispositifs interposés comme une glace sans tain entre soi-même et le sujet d'observation »⁴, le thérapeute doit avoir conscience qu'il est impliqué en tant que personne dans la relation. Chercher à se dissimuler sous des attitudes et des propos empruntés à d'autres n'empêche en rien l'enfant de nous observer. En revanche, la dissimulation est une entrave à l'instauration de la relation thérapeutique.

¹ Rogers C., (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris, p. 15.

² Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 49.

³ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 50.

⁴ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 51.

3.3 Se faire confiance ainsi qu'à son expérience

Lorsque nous sentons qu'une de nos intuitions est bonne, nous pouvons la poursuivre. Parfois notre appréciation d'une situation, qui s'associe en réseau par analogie à d'autres situations cliniques déjà vécues, nous aide plus et est plus fiable que notre intellect et notre connaissance théorique du sujet.

« Là, avec l'expérience je voyais à peu près ce qui se jouait. » (t1)

« Plus on a d'expérience et de connaissances, plus on a de capacités à recevoir ce que nous donne l'enfant, et utiliser à bon escient ce que l'enfant est et ce qu'il a. » (t4)

D'où l'idée que nous pouvons faire confiance à notre expérience. « J'ai appris à respecter ces idées vagues qui m'apparaissent parfois, et que je sens être significantes. »¹ Notre expérience a beaucoup de valeur car elle intègre à la fois une rencontre avec un individu, une situation clinique, un contexte, mais également tout notre comportement psychique en tant que personne.

« Effectivement mon expérience joue un rôle dans ma pratique, à pleins de titres. Déjà quand je me suis installée, les parents que je voyais étaient plus âgés que moi, après j'avais à peu près leur âge et maintenant je suis plus âgée. Donc, dans la relation à l'adulte, je pense que ça change des choses. » (t8)

« C'est l'expérience qui fait qu'on se pose des questions, on voit ce qu'on produit chez les enfants. Là, ça ne va pas et c'est à moi de me remettre en question. Ce que je fais je pourrais peut-être le faire différemment. » (t2)

« Mais du point de vue de la formation en orthophonie, il n'y a pas grand-chose. On apprend de son expérience propre en fait. » (t2)

« C'est à elle que je dois revenir sans cesse, pour m'approcher de plus en plus de la vérité qui se développe graduellement en moi. »²

C'est donc cette confiance accordée à son expérience qui fera naître également une confiance en soi, en son jugement et ses compétences, professionnelles et personnelles.

Toute la singularité des sciences humaines réside dans le fait qu'un être animé observe un autre être animé. Cet être animé que j'observe ne peut pas pertinemment s'observer, ou dire quelque chose de lui-même, vu le contexte dans lequel il est. Cela permet de dire : « Je suis

¹ Rogers C., (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris, p. 15.

² Rogers C., (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris.

l'observateur et c'est ça que je perçois. »¹. Se positionner ainsi, comme celui qui perçoit l'autre objectivement, c'est se donner de la valeur en tant qu'observateur, et donner de la valeur à toutes les observations qui ont précédé et qui nous ont formé en tant que professionnel.

« C'est un peu exemplaire cette histoire de « pagaille », mais il y a des moments de grâce parfois de temps en temps, et c'est là dessus qu'il faut s'appuyer, sur notre possible créativité pour répondre à ce genre de chose. » (t6)

« Par rapport aux enfants, je pense qu'avec l'expérience, il y a des choses qu'on peut poser comme étant possibles ou pas possibles. » (t8)

« Dans la plupart des cas, celui qui étudie l'homme cherche à devenir un explorateur « idéalement » objectif de l'humanité. »². Or, comme nous l'avons démontré précédemment, aucune observation ne peut assurer une objectivité idéale. Le thérapeute approche une certaine lorsqu'il analyse la situation et quand, comme nous l'avons déjà mentionné, il prend conscience de sa subjectivité. Rappelons que toute analyse est personnelle puisqu'elle fait intervenir les représentations et les affects de l'individu. En ce sens, aucune observation n'est idéale. Toute observation est unique et singulière car elle est humaine, et objectivée car consciente.

« Il n'y a pas de super orthophoniste, chacune on est avec ce qu'on est. » (t1)

« Au fur et à mesure de l'expérience et des connaissances, on sait plus de choses mais on a conscience de tout ce qu'on ne connaît pas. Avant on avait de l'insouciance et maintenant on a de l'humilité. » (t4)

3.4 Etre conscient de l'implication affective

Les sciences humaines impliquent l'observation d'un être humain par un autre être humain. Ayant donné cette définition, comment envisager que les affects n'entrent pas en jeu dans l'observation ? Il faut bien différencier ici le terme « d'entrer en jeu » de celui « d'interférer ». En effet, cela signifie que dans chaque relation thérapeutique les affects sont présents, sans pour autant qu'ils soient source d'interférences. Au contraire, « tout psychanalyste, comme n'importe quel autre analyste du comportement, est obligé, bon gré mal gré, de reconnaître

¹ Watson J.B et Guthrie E.R dans Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris.

² Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 214

que son principal outil et son « sens » le plus important est son inconscient, lequel englobe aussi le domaine des affects. »¹

« Il y a peut-être des enfants pour lesquels je me suis beaucoup impliquée dans le sens où j'ai eu envie de les aider à tous points de vue en voyant leurs difficultés et il a fallu que je prenne du recul et que je me dise que ce n'était pas mon rôle. » (t10)

« Naturellement, nous entrons, nous rééducateurs, dans cette relation avec ce que nous sommes et avec ce que nous y cherchons, consciemment et inconsciemment. »²

Pourtant de tout temps, l'homme a cherché à éliminer cet engagement affectif par différents dispositifs. Nous pouvons prendre pour exemple Montesquieu qui, par souci de neutralité, prend la voix d'un étranger en France dans ses Lettres persanes pour décrire les mœurs de sa société. « Les efforts pour neutraliser la tendance (motivée par le contre-transfert) de l'observateur à s'identifier avec ses sujets est une longue histoire. »³

Essayer de minimiser l'ampleur de l'implication affective du sujet dans sa recherche est une entreprise absurde, allant à contre-courant de la définition même de sa science. Pour Georges Devereux, il devient urgent de réintroduire les affects dans la recherche, en prouvant qu'ils sont moteurs et non entrave de l'observation.

« C'est vrai on parle de rééducation mais parfois c'est vraiment de la thérapie du langage. Je ne me considère pas que comme une technicienne. Je considère mon travail comme un travail de relation entre des êtres. C'est une prise en compte de l'affect forcément. » (t7)

Le danger lors de la relation thérapeutique serait donc de nier cet engagement des affects. « De nombreuses défenses professionnelles sont de simples variétés de la défense par isolement qui « décontamine » le matériau anxigène en refoulant ou en niant son contenu affectif et humain, ainsi que sa pertinence personnelle. »⁴

L'objectivité de l'observation thérapeutique est plus mise en danger par ce déni que par l'éventuelle déformation qu'entraînerait l'introduction des affects. Les risques encourus peuvent être de l'ordre d'une désensibilisation totale de la prise en charge avec « des savants qui font de leur mieux pour penser et se comporter comme des ordinateurs. Leur échec est

¹ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 223.

² Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 55.

³ Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 129.

⁴ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 129.

d'autant plus remarquable que leur ambition perverse est suscitée par leur inconscient, « instance psychique » que les ordinateurs ne possèdent pas encore. »¹ L'autre effet pervers de cette conception de l'observation déshumanisé serait d'adopter une position normative de ce qui est humain, ce qui engendrerait un jugement de valeur, notion en pleine contradiction avec l'idée de soin attendu dans la relation orthophonique. A trop vouloir se différencier de son patient, on peut aller dans l'excès qui consiste à se considérer soi-même comme l'archétype de ce qui est humain.

« La perte de sensibilité qui en résulte et la dégradation du sens, bien rassurant, de sa propre humanité devraient constituer par elles-mêmes des raisons suffisantes pour éviter cette attitude distante. »²

Il paraît donc évident que la manière la plus féconde d'étudier l'homme passe par la médiation de sa propre humanité.

3.5 Mieux se comprendre

Dès lors, le thérapeute prend conscience qu'en observant l'autre, il s'observe aussi lui-même, ce qui explique sa tendance à vouloir jouer un rôle, à se dissimuler.

« Le conflit qu'éprouve l'observateur, du fait qu'en étudiant des sujets humains il s'étudie inévitablement lui-même, explique pourquoi on invente tant de procédés qui cherchent à augmenter le détachement et assurent l'objectivité en inhibant jusqu'à la conscience créatrice de la solidarité de l'observateur avec les sujets. »³

Chercher à nier ses limites personnelles, se dissimuler sous un rôle de thérapeute idéal, refuser de se faire confiance et nier son implication affective au risque de désensibiliser la relation thérapeutique, toutes ces attitudes sont incompatibles avec le travail.

Nous sommes des humains au même titre que nos patients, ce qui nous permet de mieux les comprendre sans les juger. Refuser d'accepter ce point essentiel revient à saborder la relation établie avec le patient. Nous ne mettons pas le travail en péril en assumant le fait que nous sommes engagés entièrement dans la relation.

¹ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 215.

² Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 222.

³ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 227.

Ainsi, la seule réponse possible pour le thérapeute est la suivante : il doit apprendre à se connaître pour ne pas redouter de se laisser découvrir, et de se découvrir lui-même, à travers son observation du patient.

« *C'est plus un cheminement personnel. (...) C'est un travail qui est difficile à faire sur soi.* »
(t2)

Freud paraît avoir été à l'initiative de la prise de conscience des problèmes que crée l'appartenance commune de l'observateur et de l'observé à l'humanité. Il est le premier à affirmer que cette appartenance n'exige en aucun cas la mise en place de manœuvres défensives mais « un contrôle et une exploitation conscients et rationnels de ce fait irréductible. »¹ Pour lui, l'auto-observation, directe ou par personne interposée, est la voie directe vers une certaine objectivité sur soi et sur les autres. Il souligne d'avoir que pouvoir prendre du recul face à l'observation des patients passe par une prise de distance vis-à-vis de soi-même, sans pour autant perdre le sens de sa propre identité.

En effet, la difficulté principale pour chaque thérapeute est de pouvoir retrouver à chaque séance avec l'enfant sa disponibilité d'écoute. Or, envahi par des interrogations sur lui-même et son rôle thérapeutique, cet accueil est impossible. « Pour arriver à ce type de disponibilité toujours renouvelée, il y a tout un travail à faire sur soi. »²

« C'est là qu'il faut pouvoir comprendre, se connaître, réagir sainement. Mais c'est ce chemin là qui sera le véritable moteur du changement. »³

¹ Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris, p. 227.

² De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 246.

³ Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 15.

2. QUELLES SONT LES RESSOURCES DE L'ORTHOPHONISTE DANS LE CADRE DE LA SÉANCE ?

1. Savoir qu'on se situe dans une relation d'aide

Il est important d'avoir, en tant que thérapeute, une notion bien définie de ce qu'est une relation d'aide pour pouvoir ajuster au mieux notre objectif thérapeutique. La relation qui se développe entre l'orthophoniste et son patient, entre l'aidant et l'aidé, nécessite qu'on lui prête la plus grande attention.

1.1 Qu'est-ce que la relation d'aide n'est pas ?

Plus facile à définir par opposition, selon Rogers, nous remarquons aisément tout ce qui différencie la relation d'aide de toute autre forme de relation.

Dans un premier temps, elle n'est pas constituée de profonds liens affectifs avec une dépendance d'un côté et une responsabilité de l'autre, comme on pourrait le retrouver dans une relation parent-enfant.

Elle n'implique pas pour autant une totale réciprocité et une compréhension mutuelle observable dans une relation amicale. Elle n'est pas non plus, dans l'extrême inverse, la relation asymétrique du maître face à l'élève, impliquant un statut supérieur détenant le savoir, et un statut inférieur.

Si on la compare à d'autres relations dans un cadre thérapeutique, elle s'oppose aussi à une relation semblable à celle d'un médecin et de son patient : ici l'aidant a un rôle déterminant sur l'aidé, une parole qui se veut maîtresse et injonctive, attendant l'entière approbation du patient.

L'énumération pourrait aller encore plus loin, en citant le supérieur hiérarchique et son subordonné, le prêtre et son paroissien... Mais ces quelques exemples suffisent à mettre en lumière le caractère singulier de la relation qui unit l'aidant et l'aidé. Pour maîtriser entièrement cette relation, totalement nouvelle aussi bien humainement que socialement, de toutes celles vécues jusqu'alors, l'aidant doit apprendre à reconnaître tout ce qui caractérise ce lien.

1.2.1 Qu'est-ce que la relation d'aide ?

Après une description en termes négatifs, comment définirons-nous, dans ses caractéristiques propres, la relation d'aide ? On observe quatre points essentiels à la mise en place d'une aide véritable et utile.

La première consiste pour l'aidant à ressentir un intérêt authentique pour son patient, à travers l'expression d'une chaleur humaine et d'une sympathie qui vont rendre la relation possible. Il s'agit pour lui d'être en totale acceptation de la personne qu'est son patient.

Cependant, le thérapeute observe avec recul cette relation et connaît les limites du lien affectif qui est en train de se créer. Ces limites relationnelles sont d'ailleurs prédéterminées pour le thérapeute. Il est conscient qu'il y a une part d'implication personnelle dans ce lien mais il est capable, tout en restant sensible aux besoins de son patient, de contrôler au mieux ses émotions dans le but de servir au mieux les intérêts de celui qu'il doit aider.

Le thérapeute doit éviter les extrêmes que sont une trop grande implication affective ou au contraire une indifférence ou une réserve importante. Si le besoin s'en fait ressentir, il ne doit d'ailleurs pas hésiter à faire part au patient de ce qu'il ressent.

Le thérapeute s'efforcera donc de « créer un lien caractérisé par la chaleur, l'intérêt, l'émotion sympathique et un degré clairement et nettement limité d'attachement affectif. »¹

La seconde qualité de la relation d'aide est caractérisée par l'absence totale de jugement ou d'attitudes morales. Ce comportement va alors permettre à l'aidé une totale expression de ses sentiments, qu'il saura hors de considération positive ou négative. A travers l'acceptation de ce qui est dit, la compréhension qui imprègne l'entretien, le patient prend conscience que ce qu'il pourra exprimer ou confier en ce lieu thérapeutique sera simplement entendu et en aucun cas soumis à un quelconque jugement de valeur.

« Aucune attitude n'est trop agressive, aucun sentiment n'est trop coupable ou honteux pour être exprimé dans la relation. »²

Ces sentiments peuvent concerner aussi bien la famille comme le thérapeute lui-même sans qu'ils soient sanctionnés. C'est encore en ce sens que la relation d'aide diffère de toute autre : quelle relation pourrait accepter toutes ces paroles ?

¹ Rogers C. (1970) *La relation d'aide et la psychothérapie*, tome 1, Paris, Les éditions sociales françaises, p. 95.

² Rogers C. (1970) *La relation d'aide et la psychothérapie*, tome 1, Paris, Les éditions sociales françaises, p. 95.

S'ajoute à l'intérêt authentique et à l'absence de jugement une troisième notion, celle des limites de l'espace thérapeutique. Ces dernières sont déterminées à l'avance et permettent de donner une forme et un cadre à la prise en charge, afin que l'aidé puisse aussi progresser dans sa prise de conscience. On peut prendre pour exemple les limites du temps : le patient est libre d'utiliser le temps accordé par l'aidant à ce qu'il veut mais ne peut en aucun cas revendiquer une plus grande disponibilité de la part du thérapeute. Il doit accepter la fin de l'entretien, même s'il réalise avoir encore beaucoup de choses à dire ou à faire en ce lieu. Ce n'est qu'à travers un cadre aussi structuré qu'il pourra utiliser de la façon la plus bénéfique ce temps qui lui est consacré. Il est bien connu qu'on ne met notre temps à profit que lorsqu'on en connaît le terme.

Il en est de même pour les limites matérielles : le patient est libre d'exprimer tous ses sentiments, en paroles comme en actes, tant qu'ils ne dépassent pas le cadre de la séance. Pour ce qui est d'un enfant par exemple, il peut exprimer son agressivité par le langage. L'orthophoniste est justement là pour accueillir l'agressivité de l'enfant et pour lui donner du sens. Mettre des mots sur la violence qu'il exprime est une caractéristique du cadre. S'il la met en acte, il peut s'attaquer aux objets présents, ou à ce que représente le thérapeute pour lui, mais en aucun cas risquer de blesser une personne extérieure au cadre avec un de ces objets ou s'attaquer à la personne qu'est le thérapeute. Si l'enfant nous frappe, la limite que nous pouvons poser passe par la parole : « Je n'accepte pas que tu me tapes, ça me fait mal. Que cherches-tu à me dire ? » Dans un premier temps, l'enfant s'efforce de trouver les limites qu'on va lui accorder au sein de cet espace qu'on lui propose. Il ne faut donc pas hésiter à interdire des activités destructrices lors de la prise en charge sous prétexte que cette injonction serait un obstacle à la thérapie. Elle permettra au contraire de matérialiser les limites même du cadre de la vie en société afin de permettre au patient d'y faire face et de s'y adapter.

La dernière caractéristique de la relation d'aide est qu'elle est exempte de toute forme de pression ou de coercition. Il est de notre devoir professionnel de s'abstenir d'introduire dans la situation thérapeutique nos désirs, nos réactions ou nos penchants personnels. L'espace de la prise en charge est réservé à l'accueil et à l'écoute de la parole du patient et en aucun cas aux opinions personnelles du thérapeute. Imposer un choix, suggérer fortement une attitude ne sont pas des comportements adéquats pour un thérapeute. Il s'agit plutôt d'adopter une

attitude positive qui permet au patient le développement d'une pensée autonome. « C'est dans cette qualité du sol que peut avoir lieu la croissance. »¹

Cette attitude générale du thérapeute permet au patient, peut-être pour la première fois de sa vie, d'être authentiquement lui-même, de se libérer de ses défenses puisqu'en ce lieu il n'est pas jugé, il n'a pas à souffrir de considérations morales, d'une sympathie exagérée ou d'une opposition gênante. Ainsi, il va pouvoir affronter la relation, microcosme dans lequel tous les aspects de base qui caractérisent la vie sont représentés.

« Je rappelle souvent aussi le travail de l'orthophoniste, c'est-à-dire qu'on est là pour prendre soin de l'enfant, pas pour le forcer à faire des choses. Et prendre soin de quelqu'un c'est le respecter, ce n'est pas aller plus vite que lui. » (t8)

« Personne ne nie, je crois, maintenant, le rôle fondamental de la relation dans notre entreprise thérapeutique vis-à-vis de l'enfant ou de l'adulte. Le patient, le malade...notre interlocuteur n'est pas une machine détraquée qui fonctionne mal. C'est un être humain qui n'a pas investi, qui n'a pas pu investir, pour des raisons organiques, psychologiques, ou les deux à la fois, le langage. Notre rôle sera de l'aider à communiquer, de l'aider à vivre...mieux. »²

2. L'attitude thérapeutique

2.1 La souplesse

Face à un enfant angoissé en séance d'orthophonie, l'attitude la plus contre-productive serait de rester figé sur ses positions, d'adopter une rigidité, une attente de réussite qui ne ferait qu'accentuer son angoisse.

« Parfois aussi on provoque des situations qui renforcent l'angoisse chez l'enfant, si on est trop rigide, trop dans la proposition. Ça peut provoquer un regain d'angoisse chez l'enfant. Il faut avoir une certaine souplesse pour laisser s'exprimer cette angoisse sans soi-même se sentir détruit. » (t5)

En effet, seule une certaine souplesse dans son comportement permet d'accueillir au mieux cet enfant. Pour pouvoir écouter ce qu'il nous dit à travers son attitude, nous devons apprendre à reporter parfois certaines attentes, certaines activités, certains échanges à plus tard.

¹ Rogers C. (1970) *La relation d'aide et la psychothérapie*, tome 1, Paris, Les éditions sociales françaises, p. 96.

² Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 15.

« Moi ça m'est arrivé de fermer ce que j'avais prévu. Complètement. De dire aujourd'hui ça, ça ne marche pas. On le reprendra un autre moment, je te propose autre chose. » (t2)

« Parfois on est agacé. On se rend compte parfois aussi avoir raté sa séance ou imaginer qu'on va pouvoir faire un travail et on se fourvoie à l'intérieur de la séance. Le tout c'est de s'en rendre compte, on a le droit à l'erreur. » (t4)

« Un exemple très concret : l'enfant qui se cache sous la table. C'est énervant quelque part : pourquoi il se cache sous la table ? Mais je pense qu'il a besoin de faire ça. Mais pourquoi il a besoin de faire ça ? Quelque part il n'a pas fait ces expériences là suffisamment, puisqu'à cinq ans passés il a encore besoin de faire ça. Il y a quelque chose qui n'est pas résolu chez lui et il faut que moi j'entende ça pour travailler. Si je le retire de sous la table et je n'en tiens pas compte, même si après je fais un bon travail de phonologie ou autre, et bien je suis passée à côté. Je ne m'adresse plus à la globalité de l'enfant. » (t7)

On ne peut jamais rien attendre d'un enfant, encore moins s'il est pris dans l'angoisse. Ainsi, le thérapeute ne doit pas se sentir remis en cause dans ses compétences lorsque l'enfant n'est pas prêt à faire le travail. Cet empêchement crée par l'angoisse fait partie intégrante de cet enfant et c'est à nous de veiller à ne pas avoir d'exigences, à l'accepter dans son propre temps.

« Il faut sûrement avoir de la souplesse dans sa pratique, accepter des détours. » (t3)

« C'est vraiment ça le travail : un ajustement permanent à l'enfant. Je dis que mon travail ne se voit pas et que c'est difficile pour une stagiaire de repérer tous les ajustements que je fais parce que je suis justement dans l'observation en permanence de l'enfant et je réajuste mes propos. » (t5)

2.2 La mise à distance psychique, affective et physique

Il est essentiel que le thérapeute puisse prendre de la distance lors du travail avec un enfant envahi par l'angoisse. En effet, pour que cette dernière n'envahisse pas non plus l'orthophoniste, il se doit de prendre du recul sur la situation clinique. Ce recul, il peut apprendre à le trouver à travers les différents points d'analyse possible, comme nous l'avons détaillé précédemment. La distanciation psychique lui permet de ne pas se laisser envahir, de ne pas tomber dans un vide de pensée face à l'enfant. L'orthophoniste peut rester serein et observer la situation clinique.

« Donc c'est vrai qu'avec l'expérience on arrive à faire un pas de côté et puis à regarder les flèches partir et les bouquets de fleurs passer à côté. C'est plus agréable quand il dit « tu

m'aimes », mais « tu voudrais être ma maman ? » c'est drôlement embêtant, surtout si la mère entend ça ! Ce n'est pas facile à gérer. C'est adressé à sa mère bien évidemment. Et puis un enfant ne peut pas vous détester la première fois qu'il vous voit, ce n'est pas possible. C'est complètement décalé, donc il faut arriver à faire un pas de côté et regarder la situation. » (t1)

« Heureusement qu'on ne se laisse pas envahir non plus par les angoisses de ces enfants, il faut éviter ça. » (t9)

L'orthophoniste ne doit pas se sentir agressé par les manifestations de l'enfant qui lui sont adressées : qu'elles soient agressives ou au contraire très élogieuses, leur excès montre qu'elles sont le langage de l'angoisse. S'il parvient à prendre une distance affective, il proposera à l'enfant une écoute encore plus attentive.

« Cela permet d'entendre des choses difficiles, de les prendre en compte mais pas d'être contaminé. Parce que je crois que, si nous on se sent impuissant et, du coup, très angoissés par ce genre de situation, on ne peut pas trouver quelque chose à l'intérieur de soi pour être là. Avoir cette espèce de distance, c'est dur mais ça fait réfléchir, ça fait associer, et c'est comme ça aussi, parfois, qu'on trouve des mots qui nous viennent. » (t6)

« Déjà on se dit, son trouble du comportement, ce n'est pas dirigé vers moi, c'est moi qui prend mais ce n'est pas contre moi ; et après on va aller chercher après qui en a cet enfant, pourquoi il est violent, ou pourquoi il se ferme. Ça permet une distance et je trouve que, pour exercer nos professions, c'est drôlement important. » (t7)

Pour répondre au mieux à l'enfant, une attitude de distanciation est nécessaire, elle nous permet à la fois de bien appréhender ce qui se joue pour l'enfant dans cette situation, dans ce comportement ou cette parole, et également d'être présent dans la relation tout en restant extérieur.

« Il faut une certaine capacité de dépassement de l'impact que peuvent avoir sur nous les difficultés de l'enfant. Il y faut une prise de distance et en même temps la conscience précise que l'on est là pour aider l'enfant dans ses difficultés de langage, pour justement lui donner ainsi un clavier beaucoup plus riche de modalités expressives à travers son langage. »¹

¹ Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 45.

« J'ai l'impression que je suis suffisamment ouverte et disponible un peu à n'importe quoi pour que moi, ça ne m'angoisse pas, et que, les enfants, ça les angoisse peut être toujours, mais qu'il y ait une possibilité de faire quelque chose. » (t8)

« L'enfant essaie de montrer quelque chose, c'est un appel. Il faut qu'on sache ce qu'il appelle, ce n'est pas pour t'accuser toi. Du coup, je crois qu'on se trompe si on n'a pas la distance. Pour certains, la distance est difficile et ils peuvent faire fausse route, en vouloir aux parents, à l'enfant, le trouver insupportable... Certes, il est insupportable, mais si on se met à essayer de comprendre pourquoi, il devient plus supportable. » (t7)

Le plus important pour l'orthophoniste est de ne pas se sentir agressé en tant que personne pour pouvoir comprendre qui nous représentons dans la parole que l'enfant nous adresse. Ne pas coller aux affects de l'enfant permet de garder tout son sang-froid de thérapeute, ainsi que sa sérénité. C'est également un réel accueil pour l'enfant et ce qu'il cherche à exprimer, une acceptation et un respect de ses difficultés.

« J'ai été extrêmement blessée de ma réaction en fait. Et là du coup je ne voyais pas l'enfant, je ne voyais plus l'enfant. Je ne voyais pas que lui avait quelque chose à dire par ce comportement là, parce que j'étais uniquement dans « moi, je ne peux pas vivre ça, je ne peux pas accepter ça, je ne peux pas avoir du recul en vivant ça ». Et en fait c'est une situation qu'on a à vivre en tant que professionnel, les enfants ne sont pas des machines faites à nos désirs. Il faut savoir aussi accepter que ce ne soit pas toujours facile. » (t2)

C'est donc une position difficile à trouver pour l'orthophoniste qui consiste à la fois à avoir de l'empathie, qui au sens propre signifie « souffrir avec » et dans le même temps, pouvoir se détacher de la souffrance de l'enfant. Il s'agit d'avoir une attitude d'écoute, une attitude qui permette à l'enfant de se sentir autorisé à dire tous ses ressentis car il voit que l'orthophoniste ne sera pas blessé en lui-même par ces paroles. Il sera capable de mettre immédiatement des mots sur ce comportement, une inhibition de la parole ou une agressivité verbale ou physique, de l'exprimer sereinement sans affect personnel démesuré, comme de la colère ou de la déception.

« Je suis convaincue que si tu ne prends pas cette distance en compte, tu passes à côté. Alors tu peux être très bonne technicienne, faire une bonne rééducation, mais on n'a pas résolu le problème de l'angoisse de l'enfant. Alors est-ce qu'on demande ça à une orthophoniste ? » (t7)

Avec un enfant angoissé, comme dans toute relation thérapeutique, il faut tenter d'« être assez proche de celui qui souffre pour lui porter un soutien affectif, être assez loin de lui pour ne pas nous laisser engluier dans son système relationnel : il y faut un juste équilibre, une empathie, une connaissance de soi, une maîtrise de la relation (...) »¹

Cette prise de distance psychique et affective s'accompagne en séance d'une distance physique. En effet, quoi de plus angoissant qu'un dépassement de nos limites corporelles ? Pour l'enfant angoissé, notamment chez les enfants psychotiques, la proximité physique peut être génératrice d'angoisse. Georges Devereux parle de la « frontière du soi ». Il explique que cette notion est culturelle et également intra personnelle : chaque individu intègre ses propres limites. Il ajoute notamment que fréquemment, cette notion de frontière du soi ne coïncide pas avec la frontière du corps constituée par la peau. Certains névrosés ou psychotiques éprouvent comme extérieurs à leur corps certains organes, et parfois même, certaines de leurs fonctions psychologiques. Rien d'étonnant alors à ce que les frontières entre le thérapeute et l'enfant soient difficiles à délimiter.

L'orthophoniste doit donc veiller à ce point lors de ses prises en charge avec les enfants, fonctionner avec prudence, afin d'observer quelle distance adopter.

« Chez les enfants angoissés, pour certains c'est par la proximité, c'est intéressant. Moi je suis souvent dans un premier temps à mon bureau, et l'enfant est dans la pièce où il veut. Je me rapproche un peu et je vois l'effet que cela produit. Il y en a justement pour qui ça produit un effet d'angoisse de sentir le rapprochement et l'éventuel collage. Donc il y a tout un travail qui se fait justement sur la distance. Une trop grande proximité est vraiment source d'angoisse pour certains. Le face à face dans un bureau pour certains ce n'est pas supportable non plus. Et aller systématiquement à côté de lui, il faut faire attention à l'effet que ça produit sur lui. Il y en a pour qui ça a l'effet de les faire flamber. » (t5)

Le juste équilibre dans l'attitude thérapeutique que doit adopter l'orthophoniste est difficile à définir. Cette attitude peut parfois apparaître comme contradictoire mais elle nécessite en tout cas « un effort certain de réflexion sur le sens de nos rééducations. »²

¹ Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 47.

² Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 45.

2.3 Le cheminement

La notion de temps et de délai comme valeur thérapeutique est essentielle. Il s'agit de considérer le temps comme quelque chose dont on dispose plus que comme quelque chose qui nous domine. L'orthophoniste doit éviter d'être pris par le temps pour être amené à prendre son temps. C'est aussi considérer ce temps qui est toujours source de maturation et de réflexion.

« Souvent c'est savoir attendre, respecter des silences, du désordre, ça ne se mesure pas, ne se codifie pas. » (t4)

« Je pensais à Marine aussi : à travers le dessin c'était intéressant. (...) Et après, on laisse les choses venir, parce que, à travers le dessin, il peut se passer plein de choses : il y a du langage, de la relation. (...) Il faut accepter de ne pas faire ce qu'on a prévu. » (t7)

« Il faudra donc le respecter dans un premier temps, l'écouter, l'attendre. Et c'est là qu'il se passe des choses, extrêmement importantes, c'est là que nous sommes questionnées en tant que personnes et dans notre équilibre affectif. »¹

« C'est vraiment dans le lâcher prise. Ne pas en rajouter sur les exigences, voir comment il fait de lui-même, observer dans la séance si il fait peu de choses ou s'il se lance à corps perdu dans les activités. Avoir une attitude à la fois contenante et très respectueuse de ses choix, et à la fois valorisante de ce qu'il peut en dire et en faire. C'est sûr que quand l'angoisse est essentiellement sur le scolaire, il faut éviter de repasser par là. » (t8)

Le thérapeute a la place de celui qui accompagne sans jamais imposer, qui chemine avec l'enfant, attentif pour pouvoir l'aider, qui sait attendre quand il le faut et prêt à répondre dans le respect du désir de l'enfant.

« Il y a des séances où on a prévu de travailler telle et telle chose et on va travailler même pas un cinquième, et il faut accepter. Aujourd'hui, c'est comme ça. Peut-être que demain ce sera différent. Aujourd'hui, on a toute la bonne volonté qu'on veut, et bien aujourd'hui c'est comme ça. C'est assez frustrant mais maintenant j'accepte. Alors qu'avant pas forcément. » (t2)

« Pour moi, il ne faut pas être dans la maîtrise, surtout pas. Ma conception c'est que c'est le patient qui doit cheminer et on doit arriver à l'aider dans son cheminement. Ce n'est pas notre désir à nous mais c'est le désir du patient qu'il faut prendre en compte. Le prendre là

¹ Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 15.

où il est rendu, accepter le temps qu'il faut avec toutes les arcanes. Ça je pense que c'est important. » (t4)

Nous tenterons donc d'organiser ce temps dont dispose l'enfant, le gérer pour mieux lui en laisser la liberté.

« Et donc là ma stratégie c'est de respecter ses lenteurs, ses blocages, ses ratages...et petit à petit il devient plus performant. » (t1)

« Il fallait accepter qu'il y ait des choses qu'on ne pouvait pas exiger dans le moment, attendre, la rassurer. Prendre le temps de cheminer, d'accéder aux choses. » (t4)

Nous pouvons prévoir deux ou trois séances de mise en relation, de découverte. Cette décision n'est pas réductrice, elle permet au contraire de rassurer l'enfant, de lui montrer qu'il a le choix d'accepter ce travail ou de le refuser.

« Tout dépend du cas, mais c'est vrai que, bien souvent, il faut quand même savoir mettre de la distance, ne pas sauter sur le symptôme, se laisser du temps. Donner du temps à l'enfant pour lui permettre d'appivoiser ses peurs. Le rassurer avec des activités moins en lien avec le symptôme. L'abord c'est la pâte à modeler, le dessin, le jeu sur le tapis avec les petites voitures, ce que les parents ne comprennent pas toujours. Il y a bien sûr la notion de plaisir mais aussi qu'il lâche ses craintes, qu'il oublie et se rende compte qu'il est capable d'entrer en relation avec l'autre et que ça peut se faire par le langage. » (t4)

Parfois cette attente peut durer longtemps dans le travail thérapeutique. Avec un enfant qui n'est pas du tout réceptif à ce qu'on peut lui proposer et qui manifeste dans son instabilité psychomotrice et de la pensée, toute l'angoisse qui l'envahit, l'orthophoniste peut s'autoriser à une présence en retrait.

« Et, du coup ma position ça a été de faire « rien », c'est-à-dire de « rien » proposer. Mais il faut que ce « rien » ou ce retrait de la part du thérapeute soit vraiment un choix thérapeutique délibéré. Il faut l'habiter, être capable de faire « rien », de le laisser tout un temps errer dans le bureau, dessiner ses ectoplasmes, dire « t'es nul, je suis nul, c'est nul ». (t6)

« Cette forme « d'attente active » de la part du thérapeute ne s'improvise pas. Elle n'est ni passivité, ni démission ; elle est au contraire présence forte, dynamisante ; elle sait être

stimulante chaque fois que l'enfant très fusionnel ou totalement passif s'enferme dans une absence d'initiatives et de communication, afin de susciter et d'étayer le désir. »¹

Il ne s'agit donc pas d'un abandon, d'un renoncement ou d'un quelconque fatalisme. C'est une attitude thérapeutique que choisit délibérément l'orthophoniste.

« C'est un enfant, je crois, qu'on avait beaucoup sollicité. Et du coup, face à mon attitude, c'était très différent. L'important, c'est que ce faire « rien » n'angoisse pas le thérapeute. Je suis là, on est là tous les deux, mais je ne fais rien, et ça ne m'angoisse pas, ça ne m'affole pas. » (t6)

« Je me souviens d'une de mes associées qui me disait « les enfants inhibés je ne supporte pas, ceux qui courent partout je veux bien, mais inhibés, non ». Moi ça ne me dérange pas, c'est-à-dire avoir une partie de séance où, de façon répétée, l'enfant ne fasse rien, où il soit là en s'interrogeant sur ce qu'il va faire, moi ça ne m'angoisse pas. Je suis capable de parler avec lui, de lui parler de ça, « peut être que là tu as envie de ne rien faire, moi je vais peut être faire quelque chose en attendant », je peux me saisir d'une activité, voir comment lui il s'y accroche. » (t8)

Elle permet à l'enfant de trouver ses repères, d'investir le lieu et le temps, de tester les limites, et d'exprimer ce qu'il souhaite. En même temps, ce retrait va susciter petit à petit un questionnement, une curiosité puis un intérêt chez l'enfant.

« On se rend bien compte que cette position là, à un moment ou un autre, ça finit par faire bouger des petites choses. L'interrogation ou la curiosité commencent à émerger et finalement la demande aussi. Son dessin a commencé à changer un peu, petit à petit, c'était moins ectoplasmique, moins menaçant. « Tiens, il a l'air plus gentil ton monstre aujourd'hui ». » (t6)

L'orthophoniste n'aura alors pas le rôle de l'adulte qui va imposer une norme à l'enfant : il aura le rôle de celui qui peut et qui sait attendre et écouter.

Cette attente, cette mise en retrait de la technique, des exigences langagières n'est possible et ne prend son sens que lorsque l'orthophoniste est « en mesure d'y renoncer tout le temps nécessaire à l'éclosion et la maturation de la demande de l'enfant. »²

¹ Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 68.

² Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 68.

2.4 La réassurance

Ce terme désigne l'attitude du thérapeute consistant à rassurer le patient pour empêcher l'anxiété de dépasser ses limites.

« En fait, il y avait une angoisse de la maman que sa fille soit en échec. Il est arrivé plusieurs fois au cours du bilan que la petite fille ait les larmes aux yeux parce qu'elle avait peur d'être en échec. Il suffit que je la rassure et on sent que ça passe. Il y a un moment où ça la paralyse un peu. » (t10)

« On lisait des histoires, et ce petit garçon, au moment où je faisais le loup, était complètement terrorisé. Après j'étais très prudente. Une autre fois, il y avait des travaux dans la rue, il entendait la perceuse et il était complètement paniqué. Il avait une hypersensibilité au bruit qui avait tendance à le figer, à le sidérer complètement. Alors je le rassurais, je lui expliquais ce que c'était, d'où ça venait, on regardait par la fenêtre, etc. Il faut mettre des mots, faire un lien entre ce bruit et l'angoisse de l'enfant. » (t9)

Il n'est pas forcément utile que le thérapeute ait besoin de réitérer cette réassurance verbale si il a réussi à accueillir les attitudes du patient, en reformulant et clarifiant tout ce qu'il a pu exprimer, tout en veillant à éviter de mettre l'accent sur ce qu'il n'est pas encore prêt à accepter.

En revanche, l'essence même d'une réassurance véritable est celle que le patient reçoit lorsqu'il découvre que toutes ses révélations les plus choquantes, les plus socialement inacceptables, sont acceptées sans indignation par le thérapeute.

« Parce que je n'ai aucune parole jugeante, je ne manifeste même pas d'étonnement quand il fait des choses aberrantes, donc il peut s'autoriser à dire... » (t1)

Il faut noter que « la seule forme de réassurance qui puisse être utile est celle qui libère le client de son sentiment de singularité ou d'isolement. »¹ On peut juger intéressant dans le cadre de la thérapie de dire que d'autres individus ont souffert ou souffrent encore des mêmes problèmes que lui. Cette parole rassurante peut alléger une sensation de culpabilité ou rendre l'individu moins anxieux.

« Par exemple pour Victoire, je vais beaucoup dans le sens de la rassurer. Je lui disais « c'est comme quelqu'un qui veut apprendre à nager sans aller dans l'eau ». » (t3)

« Rassurer évidemment et pointer les acquis, pointer tout ce qui est positif. » (t1)

¹ Rogers C., (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris, p.167.

A l'opposé, l'attitude qui tendrait à minimiser les problèmes de l'individu et leurs conséquences, par une « réassurance guillerette »¹ et des formulations de type « ce n'est pas grave », « ça va passer », ont une très mauvaise influence sur le travail.

C'est nier les propres sentiments du patient en affirmant qu'ils représentent peu de choses, et lui rendre presque impossible d'amener en séance ses anxiétés, ses conflits, ses questionnements, qui sont pourtant moteur de son investissement et donc de la poursuite de la thérapie. « Aucune affirmation n'éliminera le fait qu'elles existent. »²

2.5 L'adaptation

L'adaptation du travail orthophonique est primordiale avec un enfant envahi par l'angoisse. Que proposer qui ne le mettrait pas en situation d'échec, qui ne raviverait pas son angoisse ?

« Dès qu'elle était face à quelque chose qu'elle ne savait pas, qui la mettait en difficulté, c'était un peu l'effondrement, soit dans la colère et l'agressivité, et l'effondrement qui s'en suivait très vite. Un séisme à chaque fois devant quelque chose un tout petit peu trop dur. Il fallait vraiment peu à peu que j'apprécie bien ce que j'allais lui demander, ça je ne l'ai vu que peu à peu. On a travaillé sur cette négociation de ne pas savoir, c'était certainement de l'angoisse aussi, même si je n'ai pas mis ce mot là dessus. » (t3)

« Il faut une phase d'adaptation pour sortir de cette angoisse et passer à autre chose. Parfois c'est difficile de passer à autre chose et c'est là où on est mis en difficulté, quand on sent des enfants très angoissés, je pense à des angoisses de séparation, avec des enfants très accrochés à leur mère. » (t9)

C'est pourquoi l'orthophoniste doit observer attentivement l'enfant, ses gestes, expressions et paroles qui tradiraient une inquiétude massive. Cette observation fine permet au thérapeute d'être au plus proche de la réalité de l'enfant, d'échanger avec lui sur ses difficultés actuelles.

« Dès que la séance est finie, je me dis « est-ce que c'était juste par rapport à l'enfant? » Et puis j'ai toujours des idées, je me dis "tiens la prochaine fois j'essaierai ça", ou "qu'est ce qui a bougé dans la séance? Est-ce qu'il y a quelque chose de nouveau?" » (t2)

L'adaptation est source de créativité, c'est elle qui permet à l'orthophoniste d'être dans un renouvellement perpétuel, de passer d'un support à l'autre sans inquiétude car l'objectif thérapeutique a été cerné.

¹ Rogers C., (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris, p.167.

² Rogers C., (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris, p.167.

« Et c'est une ouverture. Là je me dis que je vais pouvoir travailler telle chose parce que j'ai vu telle ouverture... Donc il faut tout le temps s'adapter. » (t2)

« C'est aussi accepter en tant que professionnel d'aller où on ne sait pas ce qu'il va se passer. Il faut avoir réfléchi à ça pour être capable d'accepter cette situation. Tant pis, si on ne fait que ça, la peinture ou des choses qui ne nous semblent pas construites. (...) L'enfant a quelque chose à nous dire dans ce qu'il montre. » (t7)

« Enfin je suis tout le temps en train de me questionner, je suis tout le temps en train de me dire "est-ce que là j'ai bien fait?". Dès que la séance est finie, « est-ce que c'était juste par rapport à l'enfant? » (...) Il faut toujours un regard en arrière en fait, on se sert de ce qu'on vient de faire pour se dire "qu'est ce que je propose qui va coller au plus juste?" » (t2)

2.6 L'expression des sentiments

Une fois que le thérapeute a reconnu et accepté ses sentiments, seulement la moitié du chemin est parcourue. Encore faut-il qu'il soit capable d'exprimer à son patient, en termes clairs, ce qu'il ressent, bien qu'il ne s'agisse évidemment pas de se décharger d'une souffrance en culpabilisant ou en ayant des propos agressifs envers l'enfant.

« Il s'exprimait dans un grand désordre de mots coupés et jetés sans suite, comme ses gestes, à peine ébauchés et déjà repliés. J'essayais de lui dire qu'il me stressait à s'affoler comme ça. Ça le calmait un peu, un peu. » (t1)

Au contraire, l'orthophoniste doit être capable d'exprimer ses affects sans douleur puisqu'ils sont acceptés et analysés.

« Maintenant je sais dire "J'ai besoin que tu m'écoutes" ou "J'ai besoin que tu m'obéisses" et c'est très différent de "tu fais ça", "tu viens". Ça c'est pareil, c'est le temps qui fait qu'on progresse. » (t2)

L'orthophoniste, pour être à l'aise dans la relation à l'enfant, peut s'autoriser à lui dire comment il perçoit ce que l'enfant lui renvoie.

« J'essaie de lui reformuler avec des mots en disant « mais quand tu fais ça, tu sais, moi j'ai l'impression que je te fais peur, comment je pourrais faire pour ne plus te faire peur ? » » (t1)

C'est d'ailleurs à cet instant précis que l'on peut signifier tout l'intérêt de la relation thérapeutique : les sujets s'écoutent mutuellement, pour avancer ensemble. Le travail évolue quand on peut exprimer avec des mots ce que l'on vit. Cette parole a un effet bénéfique, non seulement sur l'orthophoniste, qui s'autorise à dire, mais aussi pour l'enfant, qui comprend à

travers cette parole tout l'intérêt que ce dernier donne à la relation thérapeutique. Elle lui signifie qu'il veut se sentir bien, pour être capable de mieux le comprendre et l'aider.

« C'est à partir du moment où je me suis autorisée à dire un peu mon ressenti que ça a apaisé les choses. Ça m'a permis de me positionner peut-être plus facilement. » (t1)

2.7 Etre positif

Qui n'a pas expérimenté la différence de réaction que l'on peut avoir en fonction de la façon dont un propos est énoncé ? Les grands orateurs, formés à l'art de la communication, jouent avec les mots pour induire tel ou tel comportement. L'utilisation de termes positifs ou négatifs lors d'une requête tient une importance capitale, d'autant plus face aux enfants.

Travailler en négatif correspond à ne plus être distrait, ne plus confondre, ne plus bégayer, ne plus se tromper... Ces paroles ont une forte connotation négative, elles renvoient à l'échec, allant même parfois jusqu'au sentiment de fatalité et d'impuissance.

Travailler en termes positifs impulse une autre dynamique au travail orthophonique. Plus que de la simple réassurance, le patient prend conscience de sa situation avec beaucoup moins de culpabilité. Le but paraît atteignable.

Il est important pour le thérapeute de connaître tous ces enjeux, de les décrypter et surtout de savoir reformuler. En effet, l'injonction peut venir du patient lui-même « je n'y arriverai jamais, pour moi c'est du chinois. » Il place son objectif dans le domaine de l'étranger, de l'inconnu et donc de l'irréalisable. C'est au professionnel d'apprendre au patient à distinguer « ne plus comprendre le français » et « retrouver une lecture fluide », pour un enfant, c'est pouvoir passer du « je ne sais pas », à « je cherche à comprendre ».

« S'exprimer en négatif induit l'acte que l'on veut éviter, n'avale pas ta salive engendre automatiquement le réflexe d'avalier, n'oublie pas de faire tes exercices...est la porte ouverte pour les oublier. »¹

« Alors j'ai remarqué aussi que parfois ça vient de nous parce que l'enfant s'identifie à ce qu'on pense de lui. Donc si on pense que la séance va pas être agréable avant même qu'elle ait commencé et que l'enfant est très désagréable, pas bien du tout en ce moment enfin bref...et bien on a soi-même une idée de l'enfant qui fait que quand on l'accueille, il a

¹ Estienne F. (2004) *Orthophonie et efficacité Les fondements d'une pratique*, Marseille, Solal, p. 143.

tendance à se conformer à cette idée là. Alors que si on est hyper positive et qu'on se dit que ça va super bien se passer aujourd'hui, et bien c'est très fréquent que ça se passe en effet beaucoup mieux. » (t2)

Il est prouvé que nos convictions et nos attentes peuvent avoir des conséquences sur le déroulement de la prise en charge. Ce qui se passe dans la réalité peut être modifié par le seul fait que nous y croyons. Mettant de côté un quelconque esprit magique, cette théorie s'est trouvée vérifiée par une étude de R. Rosenthal et L. Jacobson¹, sous le nom d'effet Pygmalion. Cette expérience met en évidence qu'un professeur, selon son attitude vis-à-vis de l'élève, peut entraîner un effet positif ou négatif sur la réussite de l'élève et sur ses qualités d'apprentissages, indépendamment de ses compétences intellectuelles. Le rapport que nous entretenons avec le monde se ressent dans notre communication aussi bien gestuelle, par notre attitude, que langagière, à travers nos messages. « C'est là aussi un effet de transfert : l'enfant a déclenché chez nous l'idée qu'on savait ce qu'il deviendrait. Cela veut dire qu'il est entré dans notre désir et qu'il répète. »²

« En tant qu'orthophoniste, il est utile de comprendre que nos croyances interfèrent constamment avec les résultats que nous obtenons. Il est indispensable de réfléchir sur l'impact du système de valeurs du thérapeute sur la relation et l'évolution d'un patient. »³

D'où l'importance que l'orthophoniste soit conscient de ces interférences, et capable de transmettre des messages clairs à l'enfant, refusant tout à priori, et portant en lui-même des présupposés positifs sur son évolution et sa communication.

3. Les outils

3.1 Les médias

Avec un enfant pris par l'angoisse, empêché dans son développement et parfois ses apprentissages, il est très intéressant de pouvoir adapter des supports au travail orthophonique.

¹ Estienne F. (2004) *Orthophonie et efficacité Les fondements d'une pratique*, Solal, Marseille.

² De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p.231.

³ Estienne F. (2004) *Orthophonie et efficacité Les fondements d'une pratique*, Solal, Marseille.

Plus que des simples objets matériels, ces outils, et notamment les jeux, se révèlent d'excellents supports d'échange.

« On peut utiliser une médiation, c'est-à-dire ne pas se regarder l'un l'autre, mais regarder vers quelque chose. Quelquefois aussi, avec les enfants psychotiques, je prends un livre, je m'intéresse au livre, j'ai l'air dedans parce que j'ai un œil...mais j'évite de les regarder parce qu'on sait bien que les regards, chez les psychotiques, ça les fait flamber. » (t1)

Néanmoins, ce support ne doit pas pouvoir être considéré comme manquant lorsqu'il est absent. C'est à l'orthophoniste de trouver un intérêt pertinent dans ce jeu, pour cet enfant en particulier. Encore une fois, ce média doit être empreint de la créativité de l'orthophoniste et adapté à la difficulté de l'enfant. Un simple imagier peut receler de nombreux trésors : tour à tour memory, jeu de loto, support de classification, jeu de bataille, ses ressources sont inépuisables et transformables à l'infini. Sans oublier les nombreux jeux autour des mots, qui mettent de plus l'inventivité de l'enfant à contribution ! Qui a dit qu'il fallait beaucoup de matériel en orthophonie ?

« C'est être soi-même une réserve. C'est là que je pense que le travail d'orthophoniste doit être un travail inventif autour des mots. Il y a tellement de choses et en même temps on n'a pas besoin de beaucoup de matériel. Donc la question est toujours : comment travailler avec l'enfant dans son lien au mot et au monde ? » (t5)

Tout l'intérêt du jeu comme support de rééducation réside donc dans l'utilisation qu'en fait l'orthophoniste. « Ainsi faut-il concevoir les différents matériels comme autant de langues que l'on met à la disposition de l'enfant pour parler. »¹ Loin d'être perdu sans son matériel, c'est son inventivité qui permet l'échange avec l'enfant.

« Mais il faut avoir une palette de propositions et ne pas se fixer sur quelque chose de précis, pas non plus laisser l'enfant choisir tout le temps, mais avoir soi-même des propositions à faire. Soit lire ou écrire pour lui, se faire son secrétaire, faire des jeux... Avoir en réserve une palette de propositions qui provoque à chaque fois des situations de relation différentes. Se faire « medium malléable » : proposer et faire que l'enfant choisisse et réussisse à investir l'une d'elles. » (t5)

L'essentiel est, de la part de l'orthophoniste, l'attitude thérapeutique : il est l'interlocuteur de l'enfant à travers les médiations que ce dernier lui propose pendant les séances. L'espace

¹ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 250.

orthophonique est « une scène où l'on joue, une scène où l'on parle, c'est une scène où l'on joue à se parler. »¹

3.2 La mise en place de rituels

Tous les enfants lors de leur développement, se construisent à travers des routines et des rituels. Ces jeux répétitifs, le plus souvent effectués avec la mère, permettent la construction de la pensée de l'enfant. En séance, des rituels peuvent également apparaître, notamment avec les enfants angoissés pour qui les rituels sont des repères rassurants.

« Avec Laure, le parcours par exemple, quand je vais la chercher, est très ritualisé. » (t7)

Ils peuvent être à l'initiative de l'enfant comme moyen d'apaisement, de réassurance, notamment lorsque ces enfants sont empêchés par l'angoisse.

« Effectivement avec une petite qui ne parlait pas du tout, pendant environ trois mois, on a commencé les séances par les deux mêmes livres. Elle avait besoin de ça, et je pense que ça répondait à une certaine angoisse chez elle. (...) Je trouve que ça se fait spontanément, surtout par les petits, d'aller redemander le même jeu. Ca vient d'eux aussi. » (t10)

« Ce petit garçon a besoin de se cacher sous la table. Laure se cache aussi. C'est une manière de rentrer dans la séance. C'est vrai qu'on peut essayer de se glisser dans ce que propose l'enfant. Le petit Léo en question se précipite sur les instruments de musique. Donc j'essaie d'être avec lui là dedans. Ce n'est pas facile parce qu'il est dans l'agitation, dans le « faire du bruit ». » (t7)

Il est donc important que le thérapeute se questionne sur ces répétitions. A partir du moment où il se sent coincé dans ce système de répétition, il est légitime de se demander ce qu'il devrait signifier pour lui. « 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 que l'on ne supporte pas d'entendre. Et c'est pourquoi l'enfant répète. »²

« Mais après il y a des rituels où il faut se demander si ça enferme l'enfant dans cette possible angoisse. Est-ce que justement, le fait que ce soit ritualisé, ça l'aide à prendre un appui pour aller vers autre chose ? Et c'est là que nous, professionnels, il faut sentir ça. » (t7)

¹ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris p. 262.

² De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 232.

L'orthophoniste peut également mettre en place des rituels dans le cadre de sa séance afin de contenir l'angoisse. Un enfant instable, violent ou très inhibé peut tirer bénéfice d'un de ces moments privilégiés que met à sa disposition l'orthophoniste. Cela peut se traduire par un début de séance assez répétitif, une activité qui clôture toujours la séance, comme une histoire, etc.

« Je peux mettre un rituel en place, en particulier chez les enfants psychotiques. On commence toujours par la même chose, on va reprendre le jeu de la dernière fois... » (t1)

Le questionnement qui peut survenir concerne le sens donné à ce rituel pour l'orthophoniste. On peut considérer qu'il a sa place lorsque l'orthophoniste est à l'aise avec cette activité ou ce comportement répétitif. A partir du moment où il vient interférer dans le lien avec l'enfant, où il le fige dans une pensée, il devient intéressant pour l'orthophoniste de se questionner sur la continuité de ce rituel, qu'il soit à l'initiative de l'enfant ou de l'adulte.

3.3 Les groupes thérapeutiques

Dans certains cas, la mise en place de groupes thérapeutiques en orthophonie peut s'avérer très enrichissante. A travers un groupe conte ou encore un atelier d'écriture, l'angoisse de l'enfant peut trouver d'autres voies pour s'exprimer. Le conte permet l'expression des conflits internes, à travers la mise en scène des marionnettes.

« Alors ça aussi c'est une manière de lier l'émotionnel, l'angoisse, les mots et par le biais d'histoires. Dans ces groupes, on rencontre effectivement beaucoup d'enfants pour lesquels le symptôme angoisse est très prégnant. Finalement, on répond à l'angoisse de ces enfants là, qui souvent tourne autour de la question des origines, de la perte des repères... » (t6)

Ainsi pourront apparaître justement les points d'achoppement au niveau du développement psychique de l'enfant, évoqués précédemment. Les histoires, supports de l'identification et traitant symboliquement de problématiques angoissantes comme la séparation, la mort, l'identité, le conflit oedipien, etc., permettent aux enfants de mettre des mots sur leur angoisse, de les extérioriser.

« C'est une manière de mettre des mots et des images extérieures à lui, mais qui correspondent à son agitation et du coup dès l'instant où c'est posé là, où ça peut être entendu comme quelque chose qui parle de lui, mais qui n'est pas lui, il peut se mettre en position d'entendre. A partir du moment où il la joue, ça la fait exister en dehors » (t6)

« Je trouve également très intéressants les groupes contes : en quoi une orthophoniste doit être présente ? Pour toute l'attention qu'il y a au langage. Comment travailler tout ce qui est de la parole portée dans le conte, comme pour les groupes d'écriture d'ailleurs ? » (t5)

Les groupes thérapeutiques d'écriture peuvent également jouer un rôle essentiel avec des enfants qui sont empêchés par l'angoisse d'entrer dans le code linguistique. Ce code représente symboliquement tous les autres codes que l'enfant rencontre dans son existence. Il est justifié que le symptôme de leur angoisse se fixe en particulier sur cet axe du langage, car il concentre tous les symboles de la loi, l'exigence parentale scolaire et l'entrée dans une norme sociale.

« Je pense aussi à Antoine que je reçois dans le cadre des ateliers d'écriture pour les adolescents. (...) Dans l'écriture il projette une quantité de choses intéressantes je trouve, et à partir desquelles je m'appuie pour parler avec lui. Alors ici, l'outil technique est l'écriture, ça fait une surface de projection pour lui. Ça permet de mettre en mots. » (t9)

« J'avais travaillé avec des ados sur des techniques d'écriture un peu inspirées de la PRL et c'était vraiment intéressant. Je trouvais que c'était assez libérateur. Ça peut faire partie des outils aussi, plutôt que d'être en dialogue frontal. » (t7)

3.4 Le cadre et les limites

Le cadre dans lequel s'effectue le travail orthophonique peut être un outil permettant de contenir l'angoisse de l'enfant. Bien que le but de la prise en charge ne soit pas de nier l'existence de cette angoisse, il devient plus facile de la prendre en compte lorsqu'elle est canalisée. D'où l'importance de veiller à instaurer des repères lors de nos prises en charge concernant aussi bien le lieu, l'espace, le temps, la durée ou encore le rythme des séances. La régularité de ces différents aspects qui constituent le cadre symbolique des séances est une aide lors du travail, en particulier lorsqu'on travaille avec l'angoisse. Un changement ou une instabilité constante de ces paramètres peuvent accentuer l'angoisse de certains enfants, ou du moins, les empêcher de se sentir en confiance dans la relation qui s'installe en orthophonie.

« Les variations de cadre également pour certains enfants sont très angoissantes. » (t5)

« Donc la rassurer et en même temps poser des limites, des interdictions, un cadre qui fasse que ça la rassure aussi. Si tout est permis en douce, on est dans la fuite. Elle même est dans la fuite tout le temps donc ce n'est pas rassurant. » (t3)

3.4.1 Le cadre spatial

Au niveau de l'espace, il serait inutile d'imposer une certaine norme concernant la taille du bureau, la disposition ou la décoration de la pièce. En effet, comme en ce qui concerne le thérapeute, son espace de travail doit être à son image, c'est-à-dire serein. L'important est que

cet espace permette à l'orthophoniste de se sentir bien, peu importe que cela passe par une ambiance plutôt neutre ou très investie.

« La décoration a son importance, mais elle ne fait pas partie du matériel pour s'exprimer, à cette nuance près : l'enfant peut toujours en parler. Mais en parler n'est pas s'en servir. Ainsi, le cadre est conçu comme un lieu favorisant la parole : il faut y penser et organiser l'espace en fonction de cet objectif. »¹

Il peut donc être intéressant que l'espace soit un support d'investissement, d'échange avec l'enfant : pour cela il doit être flexible, adaptable. C'est dans ce sens qu'il reflète les qualités thérapeutiques de l'orthophoniste. Comment un orthophoniste rigide sur l'utilisation du matériel ou des espaces investis, pourrait être souple dans la relation ?

« Pour lui, deux lieux très différents : par terre pour le jeu et au bureau. J'ai essayé d'aménager ces deux lieux : quand il racontait une histoire avec ses jeux, j'essayais de la noter, de l'écrire, et puis après essayer de la lui faire lire au bureau pour qu'il y ait des passerelles entre le jeu et l'écrit. » (t3)

Tout comme les affects, le bureau parle de l'orthophoniste : il est inutile qu'il cherche à se dissimuler, à obtenir un espace correspondant à des critères que d'autres auraient établis pour lui. En revanche, nous pouvons noter qu'en présence d'enfants envahis par l'angoisse, il est souvent préférable que le lieu ne soit pas source d'excitation, notamment pour les enfants dont l'angoisse se manifeste par une grande agressivité.

« Ce qui cadre aussi alors c'est la séance : fermer les portes, la salle, le lieu. Quand je vois Julie, qui est toujours partie par monts et par vaux, qui va se recoiffer trois ou quatre fois dans la séance, qui se lève, qui va chercher à aller boire, à aller aux toilettes ou autres, je n'ai rien sur le bureau la plupart du temps. Je n'ai même pas les crayons. Quand je travaille au feutre Veleda, rapidement on arrête, parce qu'elle est dans le jeu d'effacer, et à l'ordinateur, c'est la souris. Il faut au maximum que ce soit vierge parce que dès qu'il y a quelque chose à toucher, elle n'est plus dans la concentration. Donc le cadre de ce côté là joue aussi. » (t2)

¹ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducative*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 252.

3.4.2 Le cadre temporel

Le cadre temporel permet une mise en confiance à travers la régularité de la prise en charge, ainsi qu'une prise de distance. En effet, l'enfant apprend à chaque fin de séance à travailler sur la séparation, l'acceptation de la frustration, et les règles imposées.

Prendre l'enfant à la même heure, avec parfois des temps ritualisés dans la séance comme lire une histoire au début ou raccompagner l'enfant jusqu'à la salle d'attente, permet de contenir l'angoisse. L'enfant apprend à se repérer à l'intérieur du cadre de la séance et à investir le lieu qui lui est proposé.

Par la suite, la prise en charge peut se poursuivre avec des termes, des échéances, comme les renouvellements effectués par le médecin généraliste, en ce qui concerne l'exercice en libéral. Ces périodes déterminées permettent au thérapeute d'avoir à l'esprit des objectifs thérapeutiques concrets, et à l'enfant d'investir au mieux le temps qui lui est consacré.

« Travailler sans délais est la porte ouverte à la passivité, à la lassitude, au ronronnement. (...) On tombe dans un : On verra bien quand cela ira mieux. »¹

Evidemment, nous précisons qu'il faut éviter de prendre cette idée dans ses extrêmes : ce n'est ni une compulsion à faire vite, ni un impératif de rentabilité et d'efficacité. Ces délais sont à prendre comme des supports au cadre de la relation, bénéfiques pour l'aidant comme pour l'aidé. Ces délais sont propices à l'analyse des bienfaits de la prise en charge : on observe de façon plus lucide l'évolution de la thérapie. Ils permettent d'observer ce qui était et n'est plus, ce que l'enfant souhaite encore voir évoluer, et la façon dont on va avancer ensemble. C'est une voie royale à la projection de l'enfant et à son investissement dans le travail.

Il est important de rappeler que ce cadre temporel peut être à la fois contenant pour l'enfant angoissé, mais qu'il peut également faire surgir l'expression de son angoisse, notamment à travers la fin de la séance. Il est vrai que cette dernière peut être considérée comme un symbole de toute séparation. Or, nous avons pu observer que dans le développement de l'enfant la séparation engendre l'angoisse.

« Je pense à un petit garçon pour qui ça va jusqu'à un trouble du comportement : l'impossibilité de rester dans la salle, de sortir de la classe. Alors comment identifier que

¹ Estienne F. (2004) *Orthophonie et efficacité Les fondements d'une pratique*, Marseille, Solal, p. 24.

c'est de l'angoisse ? C'est en rencontrant les parents qu'on se rend compte que dans l'histoire familiale il y a une fusion avec la maman, et que du coup, toute séparation est angoissante. En sachant cela, on comprend mieux pourquoi il n'entre pas dans la salle d'orthophonie ; il ne peut pas aborder le langage parce que c'est en lien avec cette angoisse de séparation. » (t7)

Cette limite peut entraîner de nombreux comportements de la part de l'enfant : il peut être irrité et tenter de transgresser les limites imposées par le thérapeute. Cette limite peut également sonner comme un rejet pour lui et il peut s'en sentir blessé. Il peut éprouver du ressentiment et ne plus venir aux séances, ou seulement arriver avec du retard, pour se venger de l'attitude du thérapeute. Ce dernier, garant de l'équilibre de la relation, doit être conscient de ce qui se trame à travers les réactions de l'enfant. Il ne doit pas lui-même réagir par une culpabilité incongrue, ou tout autre affect n'ayant aucunement sa place dans une telle situation. Le thérapeute est conscient que la caractéristique essentielle de la limitation temporelle est qu'elle est utile et nécessaire, au même titre que toutes les autres limitations, « en ce qu'elle dote la situation de consultation de tous les aspects d'une situation de vie. La limite de temps fixe une limite humaine arbitraire à laquelle le client doit s'adapter. »¹

Rappelons que la relation d'aide est avant tout une relation humaine. Cette limite de la séance dans le temps permet une structuration de la situation afin que l'enfant en fasse bon usage. Le cadre est donc un juste équilibre entre rigidité et réassurance

3.4.3 La règle et la loi

Dans la prise en charge, l'enfant est confronté à la loi, tout simplement parce qu'il est confronté à l'autre. La relation duelle permet à travers l'échange langagier de poser un certain nombre de règles et d'interdits. Ces derniers sont souvent en jeu dans les problématiques où se débat l'enfant. Le langage représente la castration symbolique, puisqu'il rassemble à la fois la possibilité d'accepter la règle et de s'imposer un système de signes signifiants.

« Alors le cadre c'est très important, on est souvent sur de l'éducatif. A expliquer à l'enfant qu'il ne peut pas arriver sans dire bonjour. Rien que quand on va le chercher, c'est déjà le cadre qui commence. On ne peut pas accepter que ce soit n'importe quoi. » (t2)

¹ Rogers C. (1970) *La relation d'aide et la psychothérapie*, tome 1, Paris, Les éditions sociales françaises, p.106.

Mais une deuxième loi, plus symbolique, entre souvent en jeu lors du travail orthophonique, c'est toutes les règles auxquelles l'enfant se confronte par les supports ludiques proposés en séance. Parfois, tout l'intérêt du choix du jeu réside dans la simple acceptation et le respect d'une loi extérieure, et pas seulement à la victoire !

« On rit pour biaiser, pour tricher, pour ne pas se confronter à la difficulté. Et faire comme si on s'en fichait. Je me demande si là-dessous, il n'y a pas une blessure importante. (...)Elle voulait toujours feinter : regarder les lettres avant de les sortir du sac...Je lui ai dit « non, tricher c'est rester bébé, ce n'est pas grandir. Sinon on arrête de jouer ». Et plusieurs fois, à différentes étapes du jeu, il fallait rappeler ces règles. » (t3)

3.4.4 Limitation des responsabilités

« Une des limites que l'aidant doit formuler clairement est le point jusqu'auquel il prendra la responsabilité des problèmes et des actions du client. »¹

En effet, il est utile que le patient soit responsabilisé lors du travail. Nous devons recadrer dès les premiers entretiens les motivations du patient, définir par avance que nous ne prenons pas l'obligation de résoudre ses problèmes. Si, par exemple, nous sommes sollicités par la famille pour la préparation d'un quelconque devoir scolaire, notre rôle est d'accepter l'aide tant qu'elle vise une portée plus générale dans les apprentissages de l'enfant. Il s'agira de faire comprendre à l'enfant et à sa famille que nous sommes là pour l'accompagner dans sa réflexion sur son propre fonctionnement cognitif, pour l'aider à élaborer par lui-même de nouvelles stratégies. Ce travail est une traversée au long cours et non une béquille pour le devoir du lendemain.

Le risque est de penser bien faire car nous continuons de nous questionner. Mais quelles sont ces questions ? Elles concernent plus les embarras dans lesquels nous mettent ces nouvelles responsabilités plutôt qu'une réelle remise en question de nos actes. « Pouvons nous aider cet enfant pour sa dictée du lendemain ? Dans quelle mesure pouvons-nous lui assurer une bonne note ? Notre travail est-il garant d'une réussite ? »

¹ Rogers C. (1970) *La relation d'aide et la psychothérapie*, tome 1, Paris, Les éditions sociales françaises.

En réalité, nos interrogations devraient plus porter sur la position dans laquelle nous nous retrouvons, plus proche du soutien scolaire que de la relation d'aide, comme nous avons pu la définir plus tôt en nous appuyant sur la théorie de Carl Rogers.

3.4.5 Limitation de l'agressivité

Elle s'applique tout particulièrement lors d'une relation de jeu avec un jeune enfant et permet de limiter les dégâts et préjudices causés aux personnes comme aux biens. Il est bien connu que la liberté des uns s'arrête là où commence celle des autres. Afin que cet adage prenne sens pour l'enfant, il doit être clairement exprimé en séance que la liberté d'expression dont il dispose n'est pas une liberté aveugle.

« Mettre du tiers, soit symbolique soit la loi. Par exemple, si ici il y a un enfant qui se met en danger, on dit « Ici le directeur défend qu'on descende sur la rampe. » Mettre du tiers, ça permet de contenir. » (t1)

Pour affaiblir un sentiment d'attaque, parfois dire simplement « je sais que tu te sens en colère contre moi », permet de désamorcer la situation. A travers la reconnaissance de ses émotions, il est possible de canaliser en partie certaines manifestations d'agressivité.

De temps en temps, il paraît néanmoins nécessaire de stipuler verbalement la limite que nous n'accepterons pas qu'il franchisse. « Tu peux être en colère après moi autant que tu veux, mais je ne permettrai pas que tu me frappes. » Il peut alors être intéressant que l'orthophoniste mette des moyens d'exprimer cette agressivité à disposition de l'enfant : cela peut passer par l'utilisation de marionnettes, de playmobiles ou de pâte à modeler, pour poursuivre, peut-être, par les mots, d'autant plus symboliques.

3.4.6 Limitation de l'affection

« L'une des plus importantes limitations à la situation thérapeutique est la limitation du degré d'affection que doit montrer le thérapeute. »¹ Elle peut se manifester, comme nous l'avons évoqué précédemment, par une demande croissante d'actes de tendresse, la requête de certains services, cadeaux, pouvant aller jusqu'à la recherche d'un lien social à l'extérieur du

¹ Rogers C., (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris.

cadre thérapeutique. Il est important de comprendre qu'il est inutile d'essayer de répondre à ces demandes. En effet, le thérapeute, fort du travail personnel effectué autour des notions d'analyse de l'engagement et de la distance psychique, peut prédire les conséquences désastreuses d'une telle attitude sur le déroulement de la relation thérapeutique.

3.4.7 La valeur du cadre et des limites

Nous avons clairement mis en évidence ci-dessus l'intérêt pour le patient d'avoir un lieu thérapeutique bien limité. Néanmoins, il faut préciser que ces limites ont également une place de choix pour le professionnel. Elles permettent au thérapeute d'être dans un rapport confortable à son patient et d'agir ainsi plus efficacement. Il peut s'autoriser à être libre et naturel.

Ces limites ont l'avantage d'être un repère pour l'aidant : en situation difficile, il sait qu'il est en son devoir d'adopter une attitude ferme, tout en restant humain. Ainsi, il peut oublier toutes les postures défensives face à un comportement incompris, une réserve excessive qu'il tient, de peur d'être entraîné dans un piège, en écoutant trop son désir.

« Etre plus vigilant à l'égard des besoins et des sentiments du client, et jouer un rôle de stabilisateur à partir duquel le client peut réorganiser son Moi », tel est le comportement adapté d'un thérapeute

3.5 La symbolisation et le travail des mots

Si l'angoisse est l'affect qui saisit l'enfant quand il est confronté au désir de l'autre, à la loi symbolique, nous rencontrons forcément l'angoisse en orthophonie. Elle est réactivée lors de tous les jeux symboliques qui nous servent de supports pour travailler le symptôme langagier. Si, pour reprendre les propos de Lacan, elle est « ce qui est hors de doute, ce qui nous laisse dépendant de l'Autre, hors symbolisation », alors le travail sur les mots en orthophonie prend tout son sens.

« Dans les premières rencontres, on en voit des manifestations, et c'est d'ailleurs ce qui permet d'ouvrir le dialogue. Cette forme là est mobilisable, permet un échange, de mettre des mots dessus qui soient recevables par l'enfant. C'est effectivement un levier du démarrage du travail. » (t6)

Il ne s'agit pas des mots qui parlent de l'inconscient, mais des mots comme symboles suprêmes, permettant de sortir l'enfant de cette fusion, de cette dépendance à l'autre. A travers l'utilisation, dans un premier temps, de tous les médias susceptibles d'être investis symboliquement, comme le dessin, les personnages, les jeux de dînette, etc., c'est déjà une pré symbolisation qui s'opère, et qui vient sortir l'enfant de l'angoisse qui le laisse sans pensée.

« Dessiner, manipuler, modeler, c'est dire quelque chose : nous sommes déjà dans un pré symbolisme. »¹

« N'empêche que, maintenant, on arrive à être dans la nuance, de faire chacun son tour puis ensemble, d'avoir des spectateurs...Je me dis que ce petit arrive à construire des choses. Il n'est plus dans cette agitation où il se passe à la fois pleins de choses et rien. Ça devient symbolique maintenant.(...) Comment cette agitation complètement irraisonnée peut, petit à petit, entrer dans quelque chose de plus cadré ? Comment en faire quelque chose d'à la fois plus symbolique et de construit, et du coup qui l'aide à grandir ? » (t7)

Le jeu en lui-même est un langage symbolique. Il permet de dénouer et de rejouer les conflits psychiques de l'enfant, qui lui interdisent souvent l'accès au code linguistique. « Mais ce qu'il faut bien voir aussi c'est qu'en rééducation le jeu n'est un objectif pour personne, il n'est qu'un moyen. »² D'où l'intérêt de proposer à l'enfant des jeux polymorphes qui n'induisent aucune représentation particulière, comme du matériel scolaire ou des personnages communs, afin que l'enfant se les approprie et puisse leur donner le sens qu'il souhaite. La représentation abstraite qu'il aura choisie parlera pour lui.

« Deux choses sont génératrices d'angoisse : le vide et le plein. Il faut reconnaître que, généralement, c'est plutôt le plein qui est angoissant dans les salles de rééducation. Il y a souvent trop de matériel, ce qui fait qu'on joue, parfois même on travaille, mais on ne se parle pas. »³ Or, lors d'un travail avec un enfant angoissé qui nous manifeste une inhibition ou une agressivité massive, quelle aide pourrait nous apporter cette surcharge de matériel ?

C'est ici qu'intervient tout le travail autour de la langue et des mots. Qui mieux que le langage est capable d'exprimer l'angoisse ? Bien loin de chercher à interpréter les paroles de l'enfant, domaine réservé au psychologue, l'orthophoniste va mettre à la disposition de l'enfant, comme elle le ferait pour un autre média, les mots de sa langue.

¹ Chassagny C. (1985) *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS, p. 68.

² Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p.112.

³ De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducatrice*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p. 250.

« En rééducation, il n'est pas question de décoder les messages de l'inconscient, mais de leur donner, peut-être, un champ d'expression en rapport avec le langage et sa structure, en rapport avec le code linguistique. »¹

« Je trouve que la langue, le travail sur les mots, le travail avec les mots, est aussi un media tout à fait passionnant qu'il fallait défendre. J'ai aussi une formation PRL et de technique des associations, ainsi qu'une maîtrise de linguistique. Je me suis vraiment ancrée dans la langue. J'ai pris ce parti là, tout en sachant les effets thérapeutiques d'un travail sur les mots et avec les mots pour des enfants qui peuvent être très angoissés. » (t6)

Même si, lors d'un travail orthophonique, il n'est pas de notre ressort d'interpréter la parole de l'enfant ou le transfert qui se joue, l'orthophoniste peut, en revanche, donner à l'enfant les moyens d'exprimer cette angoisse.

« Le travail en série, c'est vraiment prendre en compte les mots de l'enfant, décrypter ce qu'il y a derrière mais ne pas forcément répondre en interprétant le symptôme. On choisit délibérément de donner d'autres mots pour élargir à ce moment là une pensée qui va pouvoir se développer. Je trouve ça très intéressant. En exemple, un enfant qui va arriver vraiment envahi par des représentations très morbides, comme le petit de tout à l'heure. Parce que c'est vraiment ça qu'il me dessinait au tableau : je suis cet ectoplasme, celui qui est resté coincé entre son frère et sa sœur. » (t6)

Cette expression passe alors par les mots. Seulement, bien loin de seulement être vecteur de l'angoisse, le langage est aussi ce qui permet de résoudre certains conflits. Il n'existe pas de code plus symbolique que celui du langage.

« Je lui dis « si il y avait un loup qui arrivait là dedans ! », « ça serait la...comment on écrit pagaille ? » Et là, pareil, au lieu de lui donner la réponse j'ai eu ce jour là cette bonne idée de lier le sens et le son et, toujours en retrait, je lui dis « qui va gagner la bataille ? » Et maintenant, la bataille, c'est la bataille des mots. De l'angoisse massive, les monstres et araignées partout, du coup on passe à la symbolisation. » (t6)

« Trouver un lieu d'expression dans une relation privilégiée, avec un rééducateur qui peut jouer le rôle du partenaire symbolique, offre déjà une possibilité de décharge de l'angoisse. »¹

¹ Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 85.

CONCLUSION

Notre questionnement d'origine est de savoir si l'angoisse peut empêcher le travail orthophonique. Or, selon sa définition, une entrave est ce qui vient faire obstacle. Selon les éléments que nous venons de développer, il semble que nous pouvons répondre de façon négative à cette question. En effet, comme nous l'avons développé, l'orthophoniste peut disposer de nombreuses ressources en dehors et également dans le cadre de ses séances, pour repérer, analyser et tenter de comprendre l'angoisse de l'enfant.

En dehors de sa séance, il peut s'aider des formations et des temps d'analyse pour essayer de développer une écoute qui lui permette de comprendre l'angoisse de l'enfant, ainsi que ce qu'elle peut provoquer chez lui.

Dans le cadre de la prise en charge, il semble que certaines qualités humaines soient essentielles dans le lien thérapeutique. Loin d'être une norme à acquérir, elles sont au contraire en lien avec l'évolution professionnelle et personnelle du thérapeute.

Elles ne sont certainement pas exhaustives, car issues de mes quelques rencontres, tout comme les différents outils dont nous avons pu développer l'intérêt. Néanmoins, ces notions sont présentes dans les propos de la majorité des orthophonistes avec lesquelles nous nous sommes entretenues.

En cela, elles peuvent constituer une ébauche de réflexion, une piste à poursuivre, pour enrichir ce questionnement, même si, comme nous l'avons mentionné dans l'introduction de notre recherche, l'essentiel en clinique est de toujours se questionner sans pour autant trouver de réponses. L'orthophoniste travaille avec l'humain, ce qui fait à la fois la richesse et la singularité de la relation thérapeutique.

¹ Dubois G. (2001) *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson, p. 74.

CONCLUSION

L'angoisse fait peur, elle renvoie au pathologique, aux non-dits, au plus intime de la personne. C'est pourquoi il est tentant de l'exclure de son domaine de compétences : je suis orthophoniste et non psychologue, je n'ai pas la formation suffisante. Seulement, nous venons de mettre à jour que l'angoisse n'est pas sélective. Au contraire, elle envahit l'enfant dans sa globalité. Il est donc illusoire de penser qu'un domaine d'activité puisse y échapper, illusoire d'envisager qu'une catégorie professionnelle en contact permanent avec des enfants en difficulté puisse l'évincer, illusoire de dire qu'en orthophonie nous ne rencontrons pas l'angoisse.

Face à un enfant, dont l'angoisse peut se manifester par l'instabilité, l'inhibition, l'agressivité ou l'effondrement, nous pouvons nous interroger. Quelle place prend-on dans ce qui se joue pour l'enfant lors de cette prise en charge ? Quel rôle nous donne-t-il ? Le rééducateur devant rester cet « adulte serein, témoin médiateur, porteur de la loi et de la sécurité »¹, il n'empêche que nous avons été, nous sommes ou nous serons tous, en tant que rééducateur justement, confrontés à « des situations pénibles, oppressantes, une attente inquiète de quelque chose d'imprécis... »².

Nous avons pu observer au cours de cette réflexion, à travers les expériences cliniques des orthophonistes rencontrées, que le déni ou le recours à des moyens défensifs ne constituaient pas une solution. Par solution, nous n'entendons évidemment pas une norme de réaction ou de prise en charge. Au contraire, cette recherche et ces rencontres nous ont permis de comprendre que la ressource essentielle de l'orthophoniste en difficulté est sa propre réflexion.

Nous ne pouvons nier que l'angoisse appelle l'angoisse. Elle fait toujours résonner une trace au fond de nous, elle réveille un écho. A nous de bien raisonner justement, pour la

¹ Chassagny C., (1988), Pratique des mots, revue PRL, n°61, IPERS-ENPRL, Paris, p. 17.

² Chassagny C., (1988), Pratique des mots, revue PRL, n°61, IPERS-ENPRL, Paris, p. 17.

comprendre et non la fuir. Professionnel de la relation, l'orthophoniste ne peut essayer d'éviter tout au long de sa carrière un affect si essentiel dans le développement et la vie psychique de l'individu. Particulièrement impalpable chez l'enfant, elle ne s'exprime en mots mais en maux. Accepter de voir ces agressions, ces replis ou ces effondrements, comme le langage de l'angoisse, c'est déjà faire un grand pas vers elle.

Impliqués affectivement dans la relation avec l'enfant, l'analyse est un passage nécessaire pour se défaire de l'emprise que l'angoisse exerce sur le thérapeute. Seule une réelle mise à distance de l'orthophoniste lui permet d'être clairvoyant dans sa prise en charge. Ainsi, il se protège à la fois lui-même, mais il devient également capable d'une réelle écoute de l'enfant.

Pour que l'angoisse ne devienne pas une entrave lors du travail orthophonique, c'est au thérapeute du langage de prendre de la distance par rapport à son travail. Nous devons être conscient que l'angoisse est présente et être capable de la repérer et de l'analyser pour pouvoir l'accepter comme partie intégrante du travail.

Laissons l'angoisse devenir créatrice et ne la fuyons pas. Elle saura devenir moteur de l'échange avec l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

Blanchet A. et Gotman A. (2007), *L'enquête et ses méthodes L'entretien*, 2^{ème} édition refondue, Paris, Armand Colin.

Chassagny C., (1985), *Pédagogie relationnelle du langage*, Paris, IPERS.

De La Monneraye Y., (2004), *La parole rééducative*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris.

Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Flammarion, Paris.

Dubois G., (2001), *L'enfant et son thérapeute du langage*, 4^{ème} édition, Paris, Masson.

Estienne F., (2004), *Orthophonie et efficacité, Les fondements d'une pratique*, Marseille, Solal.

Freud S., (2005), *Inhibition, symptôme et angoisse*, 6^{ème} édition, Paris, Quadrige/PUF.

Kapsambelis V., (2007), *L'angoisse*, 1^{ère} édition, Presses Universitaires de France, Paris.

Rogers C., (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris.

Rogers C., (1970), *La relation d'aide et la psychothérapie*, tome 1, Paris, Les éditions sociales françaises.

DICTIONNAIRES

Barus Michel J., Enriquez E., Levy A., (2006), *Vocabulaire de psychosociologie*, Eres, Paris.

Chemama R., Van Dermersch B., (2003), *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse, Paris.

Dictionnaire de philosophie, (2000), Encyclopédie Universalis, Albin Michel, Paris.

Kaufmann P., (1993), *L'apport freudien, éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*, Bordas, Paris.

Lafon R., (1963), *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, Presses Universitaires de France, Paris.

Laplanche J. et Pontalis J.B., (1967), *Vocabulaire de psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Paris.

REVUES

Chassagny C., (1988), *Pratique des mots*, revue PRL, n°61, IPERS-ENPRL, Paris.

Institut du Champ Freudien, (2005), La petite Girafe « *Bonjour angoisse* » n°21, Agalma, Paris.

MÉMOIRES

Beuparlant A.C., (1999), *Le doute de l'orthophoniste, En quête d'une éthique professionnelle*, Université de Nantes.

Béguin M., (2002), *Orthophonie et psychothérapie, Questions et limites dans la pratique libérale*, Université de Nantes.

ANNEXES

TRAME DE L'ENTRETIEN

L'ANGOISSE

- Comment la définiriez-vous ?
- Vous êtes-vous déjà penché(e) sur cette notion ? Dans quelle formation ?

L'ANGOISSE DES PATIENTS

- Avez-vous déjà rencontré des enfants angoissés ?
- Quelles en étaient les manifestations ? Comment avez-vous repéré cette angoisse ?
- Quelles en étaient les causes ?
- Pouvez-vous me décrire certaines de ces situations cliniques ?

LES PARENTS

- Y a-t-il des situations où vous ressentez de l'angoisse chez les parents ?
- Les parents repèrent-ils l'angoisse de leur enfant ?
- Avez-vous déjà repéré un lien entre l'angoisse des enfants et le comportement des parents ?

DANS VOTRE PRATIQUE

- Y a-t-il des situations où vous vous êtes senti(e) en difficulté face à un enfant angoissé ?
- Comment avez-vous réagi ?
- Cela fait-il écho à votre propre histoire ?
- Avez-vous déjà eu des ressentis ou des réactions surprenantes ? (des réactions nouvelles, inhabituelles, pas comprises, moins maîtrisées, etc)
- Cela a-t-il engendré un questionnement particulier, une réflexion plus approfondie ?

LE TRAVAIL ORTHOPHONIQUE

- Selon vous, cette angoisse ressentie par le patient peut-elle entraver le travail orthophonique ?
- Quelle place a pour vous la technique face à un enfant angoissé ? Que vous apporte-t-elle ?
- Que mettez-vous en place pour contenir son angoisse (dans le cadre de la séance) ?
- Quelles sont les spécificités du travail orthophonique qui permettent de cadrer l'angoisse ?

L'ORTHOPHONISTE ET LE PATIENT ANGOISSE

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de vous former davantage ou de faire un travail plus personnel lorsque vous vous êtes retrouvé(e) devant un enfant angoissé ?
- Trouvez-vous beaucoup de ressources dans la formation d'orthophoniste universitaire ?
- Resentez-vous parfois le besoin de prendre de la distance face à un enfant angoissé ? Quels sont les moyens à votre disposition ?
- Que pensez-vous du travail d'équipe ?
- Connaissez-vous les groupes d'analyses de pratiques, les groupes Balint... ?

Témoignage n°1

Comment définiriez-vous l'angoisse ?

Je suis partie de la peur, la crainte, l'angoisse comme on vient de le dire, puisque c'était mon sujet de bac, et pour moi l'angoisse c'est une alerte inconsciente devant une situation déjà rencontrée et mal supportée. C'est très précieux l'angoisse. Ça peut éviter de se mettre dans une situation insupportable, c'est utile.

Vous êtes-vous déjà penchée sur cette notion ?

En psychanalyse, en groupe de réflexion sur les textes de Freud et de Lacan, en groupe Balint aussi, j'ai fait du Balint pendant une année, avec d'autres orthophonistes, et puis en formation PRL. Par mes lectures aussi ça continue, je suis toujours en groupe de réflexion sur la clinique avec des psychanalystes.

Dès votre diplôme vous avez continué à vous former ?

J'ai tout le temps fait des formations, pas forcément là-dessus, mais j'ai fait beaucoup plus d'heures de formation que d'heures de cours, bien plus. Et puis j'y vais encore, demain j'ai un stage sur le bégaiement, et samedi dernier, j'étais au stage sur les ateliers d'écriture, donc je continue. C'est très dynamisant pour moi, c'est important de pouvoir échanger avec des collègues, en dehors d'ici.

Avez-vous déjà rencontré des patients angoissés ?

Il y a toujours une trace d'angoisse. Surtout si ils arrivent très calmes ou au contraire tendus...

Quelles en sont les manifestations et comment les repérer ?

Ça peut être une manifestation de repli, une défense, des gens très sur la défensive. Ça peut être un déni des difficultés « je bégai mais presque plus, presque plus » ou bien « oui ma voix est cassée mais ça m'arrive de moins en moins souvent quand même »... Ça peut être de l'agressivité aussi, et là c'est plus difficile à gérer, on doit décoder... Voilà, ça peut être la fuite aussi, les parents qui viennent et puis qui ne reviendront pas, qui ne supportent pas la situation. Là je pense aux parents, mais sinon je pense plus aux adultes et aux ados qu'aux enfants dans la fuite. Si, il y a des enfants aussi qui ne veulent pas revenir alors que pour nous ça s'est bien passé. Ça leur a coûté trop de prendre sur eux. Enfin ce n'est peut être pas que de l'angoisse aussi, peut-être autre chose... pas envie que ça change ou pas envie de laisser le petit frère à la maison avec papa, maman et surtout la télé pendant que lui il est là... Il y a plein de choses. Et puis surtout c'est la sidération, qu'on rencontre souvent chez les psychotiques mais pas uniquement... On pose une question et puis l'enfant est complètement en état de sidération. On propose un bilan aussi et puis il ne se passe rien...

Alors quelles en étaient les causes ?

Sûrement la peur d'être mal jugé, le regard porté sur eux, l'impression de ne pas pouvoir produire, de ne pas pouvoir répondre à l'attente, donc la peur du désir de l'autre, etc.

Quand vous parliez d'agressivité, quelle réaction justement avez-vous eu ?

Oui, on se sent attaqué.

Vous êtes-vous rendu compte que c'était de l'angoisse ?

Non, non pas dans un premier temps, c'est après. Des parents qui disent par exemple « Oui c'est l'institutrice qui a dit ça, mais moi je trouve qu'il n'y a rien du tout. De toute façon, il y a la moitié de la classe qui vient chez vous maintenant, on se demande un petit peu pourquoi... qu'est-ce que c'est que ces histoires là... Tout ça c'est des histoires de fric, etc. » Par exemple, ou bien « Si j'avais su que vous me posiez des questions comme ça, j'aurais envoyé ma femme! » Alors là... « Ben j'sais pas... la date de naissance oui mais alors quand est-ce qu'il a commencé à parler euh... pff »

Pour les situations cliniques, je pense à un ado qui vient pour un blocage en mathématiques. Il est en seconde, et il se présente, on va l'appeler John, il se présente extrêmement tendu, affolé, un peu comme un oiseau, un oiseau sur la branche, jetant des regards apeurés partout et il commence des phrases qu'il ne finit jamais. Tout est saccadé, tout sort par jets comme ça. Si bien qu'il provoque chez moi un sentiment de malaise, de peur, que j'essaie de lui reformuler avec des mots en disant « mais quand tu fais ça moi j'ai l'impression que je te fais peur, comment je pourrais faire pour ne plus te faire peur » Alors lui, je vais essayer de l'imiter : « euh... euh... oui... bonjour... hein ?... hein ?... oui... ça va... » Ça fait de l'effet non ?

Et donc ce sont des manifestations d'angoisse, il a les yeux comme ça qui passent. A peine, à peine il effleure le regard de l'autre que ça y est il est déjà parti. Il est tout le temps comme ça sur la défensive... Et ce qu'on a fait pour essayer de faire tomber ça, on prend un média, en l'occurrence là c'est le jeu du rush hour, l'embouteillage.

On s'y penche tous les deux. Moi je finis par ne plus regarder que les voitures parce que pour peu que je lève les yeux vers lui immédiatement c'est trop déstabilisant pour lui. Il ne sait absolument plus quoi faire, il a l'impression que le moindre geste va être faux, va être jugé... Alors en même temps, c'est une stratégie. C'est-à-dire qu'il me met tellement mal à l'aise que je n'ose plus, moi non plus je n'ose plus ni parler, ni bouger, ni respirer, et il me met à part... il met de la distance. Donc c'est utile pour lui.

Et il consulte uniquement pour des problèmes de logique ?

On ne fait que ça. Et ce qui est intéressant c'est qu'il est suivi par ailleurs en psychothérapie et que sa psychothérapeute me dit qu'il a des très bonnes notes maintenant, qu'il a des bonnes notes en mathématiques et il ne me le dit jamais. Et moi je suppose que si il me le disait « ça y est en maths ça va », il n'y aurait plus de raison de se voir. Donc il en prend quelque chose malgré ce qu'il fait. Dès qu'on parle il est agité de soubresauts, il expulse mots et gestes en bulles, en rafales. C'est très pénible pour celui qui l'écoute... et qui n'y peut rien. C'est comme si il se donnait des coups à lui-même. Et comme il dénie aussitôt tout ce qu'il dit, son langage n'est pas informatif. La seule chose qui l'apaise c'est de prendre « le garage des embouteillages » (rush hour). Et si je lui propose « tu m'as dit que tu avais du mal avec les fractions, tu veux qu'on s'en occupe ? » « Non !...fraction...non...hein...heu...non »

Et donc là ma stratégie c'est de respecter ses lenteurs, ses blocages, ses ratages... et petit à petit il devient plus performant. Parce que je n'ai aucune parole jugeante, je ne manifeste même pas d'étonnement quand il fait des choses aberrantes, donc il peut s'autoriser à dire... Il me provoque là aussi, il fait des choses qui n'ont pas de sens, et tout le temps il me met un petit peu à l'épreuve de ça. Est-ce que je le tolère, est-ce que je l'accepte tel qu'il est... ou pas. Donc il fait plein de progrès mais évidemment il ne le dit pas.

Et du coup la technique, elle vous sert ?

Ah oui alors la technique...

Quels outils, quels supports avez-vous ?

Alors l'expérience sûrement... J'ai aussi eu une longue formation GEPALM. La médiation, pour lui c'est évident. Au départ on était plutôt en train de reprendre des bases de mathématiques qu'il n'avait pas du tout, sur la numération, et ça le mettait dans un stress très éprouvant. Il ne pouvait prendre aucune initiative, tout était difficile. C'était une question de peur, de manque d'organisation, il n'osait pas. Le problème, c'est qu'il n'osait pas prendre la moindre décision et dès que je le lâchais un peu pour regarder autre chose, il se plantait. Je me disais : est-ce que c'est parce qu'il ne se sent plus sous surveillance ? Enfin je ne sais pas...

Au début, on travaillait sur le Logix, il y avait un message et il fallait trouver la place de chaque pion. Mais c'est élémentaire, je fais ça avec des maternelles, des grandes sections de maternelle, et bien il ne trouvait pas. Parce qu'il fallait prendre la décision de dire « bon, là, je pense, moi, que ça va là » Impossible, impossible. Donc dans un grand désordre de mots coupés et jetés sans suite, comme ses gestes, à peine ébauchés et déjà repliés. J'essayais de lui dire qu'il me stressait à s'affoler comme ça. Ça le calmait un peu, un peu.

Vous vous autorisiez à lui dire ce que vous ressentiez ?

A lui dire l'effet que ça fait oui. Petit à petit mais pas tout de suite. Mais au bout d'un moment je lui disais (elle se remet à lire ses notes) John fonce toujours dans une grande précipitation de mots, d'action, puis il s'apaise. Enfin, presque. La bouche est tordue, les gestes sont saccadés, il lance des coups d'œil vers moi. Par moment il est vraiment tranquille. Dès que je parle, il s'agit. Il ne se permet aucune étincelle, il est très peu efficace, il se permet aucun pas tout seul. A ma moindre parole il part dans un affolement de mots, et même dans une crise d'allergie... des éternuements en rafale comme ça, qui me réduisent au silence et au repli. Parce que plus j'essaie de l'apaiser et pire c'est. Voilà, et pendant ce temps-là et bien il progressait en classe. Donc il m'a fait vivre des choses très difficiles et j'ai accepté de vivre ça.

Et est-ce que vous, justement, vous avez pu en parler ? Est-ce que ça vous a perturbé ?

Non, parce que là, avec l'expérience ça va. Je voyais à peu près ce qui se jouait. C'est à partir du moment où je me suis autorisée à dire un peu, mon ressenti, que ça a apaisé les choses. Il était sûr de me faire vivre ça, lui il le savait un peu... Enfin, il ne voulait peut-être pas le savoir, je ne sais pas trop. Mais moi ça m'a permis de me positionner peut-être plus facilement. Il pose des questions absolument stupéfiantes, il est le seul à poser des questions comme ça, même les enfants de grande section ne les posent pas. Lui il va quand même tout, tout, tout vérifier. Si je le regarde, il ne trouve rien, il ne peut rien verbaliser, il me lance des coups d'œil et des onomatopées spasmodiques.

Sinon, j'ai des situations de sidération complète : je proposais de construire, avec une jeune fille, on va l'appeler Albertine, de prendre des syllabes au hasard, et de les mettre bout à bout. Alors là on avait construit le mot « babiloque » Alors « qu'est-ce que ça pourrait bien être un babiloque ? » Et là elle n'a rien pu dire, elle est

restée dans un état de sidération et toute l'aide apportée n'a absolument rien fait. C'est-à-dire qu'oser produire quelque chose inventé, ce n'était pas possible. Elle a fini par dire « c'est un baby-foot » parce que ça correspondait. Mais, des états de blocages comme ça aussi on en voit beaucoup. Alors j'avais vraiment beaucoup accompagné en lui disant « Mais on peut partir de n'importe quoi, c'est rigolo, un mot qu'on ne connaît pas quand même ! Babiloque, babiloque ? Qu'est ce que ça peut être ? Un babiloque, une babiloque ? Je babiloque ? Qu'est-ce que ça pourrait être ? » Et puis elle ne pouvait absolument pas s'en sortir. Donc une petite fille qui n'apprend rien en classe, et qui ne sait pas où est son père et qui ne veut pas en parler à sa mère, qui ne veut rien savoir de son père... Voilà, encore, les effets, un des effets que ça peut faire l'angoisse.

Une autre ado, elle a onze ans maintenant, je la vois depuis longtemps et ses parents sont séparés, elle ne sait rien de son père, et la maman vit avec un monsieur africain, donc elle a des petits frères et elle ne veut pas savoir que ce monsieur africain n'est pas son père de naissance, elle ne veut rien en savoir. Elle ne veut rien en savoir du tout et elle est complètement dans un état de sidération. Alors est-ce que ça a à voir avec l'angoisse ? Moi je crois quand même parce que elle aussi dit quelque chose et elle le dénie. Alors, elle va dire « Moi je crois que c'est ça. Non, non, non, non, ce n'est pas ça. » Aussitôt. Elle n'a jamais de demande, elle n'a jamais rien à raconter, avec le scrabble, elle ne trouve pas un seul mot, et elle est quand même en CM2. C'est un des bénéfice de l'âge, parce quelle est pas du tout au niveau. Elle n'a pas conscience que quand on dit « je fais » ça fait deux mots. Elle s'est débilitée en fait cette petite là. Là je l'ai revu il y a deux ans mais elle était venue plus petite parce qu'elle ne rentrait pas du tout, du tout dans la lecture. Elle était totalement perdue, avec aucune prise d'indices. On avait essayé la méthode Borel, qui marche très bien d'habitude mais elle a un problème de coordination gestuelle tel, et de représentations spatiales que même dessiner un « s » dans l'espace ça n'était absolument pas possible.

Je vais parler de Claudia, elle est en CP. Elle est décrite comme une enfant très étourdie qui n'arrive pas à se concentrer. La maman a tout de suite parlé de son histoire à elle. Elle a été abandonnée elle-même par sa mère à l'âge de onze ans, elle a été confiée au père et toute la fratrie, mais le père ne pouvait pas s'en occuper. Elle est allée en foyer à dix-sept ans puis ensuite elle a rencontré le papa de Claudia. C'est un homme extrêmement violent et donc elle s'est séparée assez rapidement de lui. En fait ils ont fugué tous les deux, et elle était très jeune. Bref, la maman a développé toute son histoire et Claudia n'a cessé de savonner la table d'un bout à l'autre, extrêmement agitée, ne tenant pas en place, ayant des troubles de langage importants. Par exemple, elle voulait dire « c'est pratique » elle disait « c'est patrick, ah, j'arrive pas, j'arrive pas ! » A l'école elle n'apprend absolument rien. Elle dit « M et A ça fait MI ? » Elle n'arrive pas du tout à utiliser ses capacités et puis tout d'un coup elle va se mettre à parler comme une adulte, avec un vocabulaire extrêmement précis, et puis tout retombe. Alors elle explique que tout le monde l'embête, elle saute du coq à l'âne sans arrêt, elle me dira « Mais non je sais lire moi ! J'ai envie de comprendre » Elle n'entend pas qu'elle dit comme ça « J'ai envie de comprendre, de savoir lire et écrire, et puis je sais déjà, maman a dit que je savais déjà » Je lui dis « Ta maman a dit ça ? » « Mais c'est pas vrai » elle dit « M et A, je le sais M et A, ça fait MA » » Ah bon tout à l'heure tu m'as dit que ça faisait MI. « Ah ? Non. Euh, M et A, non, M et A, ça fait MI » Voilà. Et alors, la première fois, la manifestation d'angoisse qui n'est pas toujours facile à repérer, c'est que je lui ai proposé pendant le premier entretien avec sa maman, comme sa maman déroulait son histoire, je lui ai proposé de faire un dessin, un dessin pour moi que je garderai. Le tout premier dessin, elle m'offre une fleur, ça c'est moi et là c'est elle et elle m'aime déjà. On s'est à peine connues, elle se pose là, sa maman raconte son histoire dramatique et elle fait un dessin d'amour pour moi. Donc ça s'est vraiment une manifestation d'angoisse, pour se protéger, « regarde comme je t'aime ». Il n'y a pas de distance, on ne se connaît pas, elle est adhésive comme ça et totalement inaccessible, on ne peut pas l'arrêter. Voilà, après elle va savonner la table d'un bout à l'autre en disant absolument n'importe quoi. Elle est prise complètement dans l'histoire de sa maman. Elle est montée sur ressort. Elle commente toujours dans le même sens « je l'aime bien, elle est jolie celle-là, c'est facile » Si je lui montre des histoires à classer et à raconter, à chaque image, à chaque fois elle va toujours la raconter comme ça. Elle parle tout le temps. Elle va me dire : « Il s'est venu installer dedans » . Elle suce ses doigts, elle se mouche dans sa manche, elle a les cheveux dans les yeux, ce qui lui donne l'air d'une jolie petite souillon, parce qu'elle est très jolie. Elle bat des mains, elle se tape le menton sur la table, elle crie, elle récite l'alphabet pour reconnaître les lettres. Si c'est écrit « ba » par exemple « A, B... b,b,b,a,a,a,b,b,b,a » et puis elle peut dire n'importe quoi, elle peut dire ça fait « si » ou « co » enfin...

Donc il y a l'enfant provocant aussi, tout de suite en train de tester les limites, de venir s'asseoir tout de suite dans le fauteuil par exemple en arrivant, alors qu'on ne se connaît pas et que c'est la première fois, d'aller essayer d'écrire sur le tableau, sur les murs, de déborder, de dire « caca boudin » tout de suite et hop... Ou « Pfff, c'est nul ici, c'est moche, t'es pas belle, de toute façon je m'en fiche » C'est fou, on a l'impression qu'il se défend comme si on allait le garder et lui faire des choses.

Et vous ne vous sentez pas attaquée ?

C'est casse-pieds ! Il faut quand même arriver à négocier. Mais bon ça se voit, il sue l'angoisse ce petit bonhomme là.

On se prend ça en pleine figure. Quand un enfant vous dit « je t'aime, je veux que tu sois ma maman » c'est pareil que quand il dit « t'es moche et je veux plus te voir » C'est pareil, c'est pas à nous que ça s'adresse, c'est complètement du transfert tout ça. Donc c'est vrai qu'avec l'expérience on arrive à faire un pas de côté et puis à regarder les flèches partir et les bouquets de fleurs passer à côté. C'est plus agréable quand il dit « tu m'aimes », mais « tu voudrais être ma maman ? » c'est drôlement embêtant, surtout si la mère elle entend ça ! Ce n'est pas facile à gérer. C'est adressé à sa mère bien évidemment. Et puis un enfant ne peut pas vous détester la première fois qu'il vous voit ce n'est pas possible. C'est complètement décalé, donc il faut arriver à faire un pas de côté et regarder la situation. Ça, c'est la théorie mais même après presque quarante ans de boulot, je me fais prendre encore... Bien sûr, ce n'est pas agréable.

Quand une maman qui ne voulait pas payer, qui est partie sans payer et que j'avais réussi à rattraper m'avait dit « Ça ne m'étonne pas, avec la réputation que vous avez ! » Alors qu'elle fait le coup à tout le monde, elle ne paie pas sa cantine, elle agresse les instits... Enfin, quand je me renseigne, je vois bien. Elle est très mal cette maman là, n'empêche que... Il faut arriver à se décaler, ce n'est pas facile. De le savoir, déjà ça aide. Au départ on a toujours tendance à se dire, même après, « les autres auraient sûrement mieux réussi que moi. » Comment faire dans ces situations là ? Et puis quand on en parle ensemble, on se rend compte que tout le monde est dans la même situation.

Il n'y a pas de super orthophoniste, chacune on est avec ce qu'on est. Et puis dans ces situations là, il y aussi ce qu'on a vécu. C'est-à-dire que si on arrive très en forme, ça va bien aujourd'hui, c'est un bon jour, une agression ne va pas nous atteindre comme un jour où on est extrêmement fragilisé, quand on a peur d'un diagnostic vital pour nous ou que quelqu'un de très proche a la même inquiétude, ou qu'on vient de se disputer avec son conjoint, enfin peu importe... Evidemment on ne va pas recevoir les choses de la même façon. Si le terrain est déjà labouré, ça rentre bien. Ça aussi c'est important.

Est-ce que dans ces moments-là ça aide de bien se connaître ?

Oui bien sûr, mais ce qui aide aussi, c'est de faire des groupes de collègues et d'en parler. Des groupes où on est bien, où on se connaît bien, qui dure des années quelquefois, et où on a confiance et on n'a pas peur d'être jugé. « Tiens voilà ce qui m'est arrivé. » « Et bien moi ça ne m'est jamais arrivé, mais voilà ce que j'aurais fait. » « Ah tiens, je n'y avais même pas pensé » Ça m'est arrivé de présenter une situation qui m'angoissait follement et d'avoir une collègue qui me répond « Et bien moi, ça m'intéresserait bien de savoir comment ça va évoluer » Elle n'était pas du tout prise dans la même angoisse que moi, et donc ça ne résonnait pas de la même façon. Et elle trouvait ça vraiment intéressant de voir comment cette maman là allait rebondir après ce qui s'était passé. Alors que moi j'étais très inquiète.

C'était une directrice de collègue, elle venait pour son fils et elle a pris mon dossier pendant que j'étais en train de le remplir pour regarder ce que j'écrivais. Mais avec une telle autorité et une telle agressivité que j'ai été obligée de lui retirer des mains, je n'ai pas vu le coup se faire. Et puis, qu'est-ce qu'elle disait pour me disqualifier déjà ? Elle contrait un peu tout ce que j'avais vu au moment du bilan, en disant qu'il y avait sûrement des choses à voir mais que ce n'était pas ça. J'étais très mal à l'aise, je ne voulais pas suivre l'enfant et elle ne m'a pas laissé le choix, bien évidemment, comme elle m'avait bien cassée, elle voulait que je continue. Et puis après j'ai vu le père, et le père c'était pire. Il s'asseyait en face de moi, en disant « je vous écoute ». Alors moi disant « Et bien non, c'est plutôt à moi, j'aimerais bien savoir... » Je lui demande, « je voudrais bien savoir comment il évolue ? » « Ah ! C'est facile hein ! C'est facile de se débiter ! Je vous amène mon fils pour que vous travailliez, je veux un compte-rendu des séances » Voilà ! Donc moi j'étais très mal à l'aise. J'ai bafouillé deux trois choses... L'enfant était mal à l'aise il disait « Arrête papa, arrête. » Et puis après j'ai voulu lui présenter ma feuille de soins, il m'a dit « je veux un compte-rendu écrit des séances sinon je ne vous paie pas ». Et le fils disait « Papa, paie la dame, paie la dame. » Et moi, quand il est parti ce monsieur là, je me suis effondrée. Je ne sais pas si je me laisserais reprendre, en tout cas je n'ai jamais oublié. Ça a été terrible. J'ai mis du temps à reprendre confiance en moi. Et là j'en ai parlé au groupe de collègues, j'en ai parlé en analyse, j'ai essayé d'apaiser tout ça mais voilà, ça peut arriver des situations comme ça. J'étais très fragilisée, ça a fait naître des doutes sur mes capacités.

Ça doit sûrement rejaillir dans les autres situations qu'on a avec les parents ?

Bien sûr, dans l'idée de réparer cette situation là avec les autres, ce qui est complètement idiot parce que les autres évidemment ne sont pas du tout dans les mêmes problématiques. Mais on a tellement besoin de se restaurer soi-même. J'étais tout le temps en train d'en rajouter, parce qu'il faut continuer sa journée après un truc comme ça.

C'est drôle qu'ils vous attaquent particulièrement sur la réputation, qui est leur propre point faible.

C'est souvent le cas. Les gens vont venir parler d'eux-mêmes dans l'échange. Et si on prend ça pour soi c'est foutu. Il faut toujours arriver à se décaler. Mais ils m'ont beaucoup appris. Ils m'ont fait très mal, ils m'ont fait beaucoup pleuré, ils m'ont beaucoup cassée mais ils m'ont beaucoup appris.

Avez-vous repéré un lien entre l'angoisse des parents et l'angoisse des enfants ?

Oui, moi je dis que ça fait écho souvent, dans les deux sens. Du genre, à la fin de l'entretien, de l'anamnèse, je dis aux parents « bon et bien écoutez, vous allez aller dans la salle d'attente et puis nous on va continuer tous les deux et puis tu vas me montrer tout ce que tu sais faire et puis ce que tu sais moins faire. » La maman se lève et puis elle dit « Tu vas pas pleurer, hein ? Tu vas rester avec la dame, hein ? Tu vas rester là, maman est à côté dans la salle d'attente, tu ne vas pas pleurer mon chéri ? Embrasse maman, embrasse maman. Tu n'as pas peur ? » L'enfant se met à pleurer « Ah ben ça je le savais qu'il allait pas vouloir rester, c'est toujours comme ça »

Quels liens je fais avec les histoires anciennes ?

Ça peut m'aider à déballonner le truc ou pas.

Est-ce que ça fait écho à votre propre histoire ?

Bien sûr. Surtout quand on a fait une analyse, bien évidemment.

Dans ce cas comment réagissez-vous ?

Et bien j'essaie de me décaler, de me dire « ce n'est pas mon père, ce n'est pas ma mère, ce n'est pas mon frère. Je ne suis plus la petite... »

Ça vous a aidé de faire une analyse ?

Oui, bien évidemment. Mais pas que l'analyse, l'analyse c'est le gros truc...Mais aussi tout le travail avec les collègues, et puis tout le travail encore maintenant sur les textes, aller en groupes cliniques avec les collègues psychologues, psychanalystes, psychiatres.

Ce sont des groupes dans le cadre de votre structure ?

Non en dehors. Au départ c'était parti d'un cartel lacanien et puis après j'ai fonctionné autrement avec d'autres collègues. On a toutes fait ça, et on avait envie de se regrouper par affinités. C'est entre nous mais on bâche les textes, on travaille beaucoup et ce qui est bien c'est qu'on est en toute confiance, qu'on a beaucoup de clinique et voilà c'est très précieux. Mais j'ai fait des groupes de réflexion aussi pendant des années.

Comment considérez-vous la technique ?

Je trouve que la formation PRL apporte beaucoup pour essayer de faire un pas de côté comme on l'a dit.

Est-ce que l'angoisse est une entrave au travail orthophonique ?

Oui

Que mettez vous en place ?

Je peux mettre un rituel en place, en particulier chez les enfants psychotiques. On commence toujours par la même chose, on va reprendre le jeu de la dernière fois...

Quelles sont les spécificités du travail orthophonique qui permettent de cadrer l'angoisse ?

Utiliser une médiation, c'est-à-dire ne pas se regarder l'un l'autre, mais regarder vers quelque chose. Quelquefois aussi avec les enfants psychotiques je prends un livre, je m'intéresse au livre, j'ai l'air dedans parce que j'ai un œil...mais j'évite de les regarder parce qu'on sait bien que les regards chez les psychotiques ça les fait flamber. Chez le bègue aussi d'ailleurs, quand ils disent que c'est comme un glaive qui les pénètre, ou qu'ils sont persécutés par des yeux qui les suivent partout.

Avez-vous ressenti le besoin de vous former davantage ?

Oui

Que pensez-vous de la formation de base ?

J'ai été formée à Nancy, avec guide langues et compagnie.

Quels sont les moyens pour mettre de la distance ?

Mettre du tiers, soit symbolique soit la loi. Par exemple, si ici il y a un enfant qui se met en danger, on dit « Ici le directeur défend qu'on descende sur la rampe. » Mettre du tiers, ça permet de contenir. Rassurer évidemment et pointer les acquis, pointer tout ce qui est positif.

Ce que j'avais noté : s'il s'agit d'un enfant autiste ou psychotique une attitude particulière de distanciation. S'il s'agit d'un enfant obsessionnel, éviter les questions. Si c'est un enfant hystérique, c'est encore différent.

Il y a une adaptation, une souplesse à avoir, moi je trouve que ce qui convient, ça c'est la formation PRL qui me l'a appris, c'est se mettre en écho de ce qu'on ressent soi-même. Souvent c'est ce que l'enfant ressent aussi. Arriver à accepter les sentiments, comme un peu avec John tout à l'heure, arriver à se mettre à l'écoute de ce qu'on ressent et soit le verbaliser, soit en être conscient. Ça permet de percevoir les manifestations. Comme les phobies par exemple, qui sont aussi de grandes manifestations d'angoisse.

Témoignage n°2

Alors en fait je me suis déjà penchée, enfin je ne dirais pas sur l'angoisse, mais sur l'inquiétude, la peur, les raisons pour lesquelles parfois on peut ne pas être efficace dans notre travail en fait. Et qui sont autres que techniques. C'est surtout de la peur je dirais.

Alors sinon les enfants angoissés, plutôt des enfants extrêmement tendus, stressés, qui ne peuvent pas se poser, qui sont « des petits papillons », qui dans leur comportement sont toujours à faire autre chose, ou à se lever... Alors est-ce que c'est de l'angoisse? Quelquefois ça arrive qu'ils ne puissent pas être avec nous. Ça arrive qu'ils soient physiquement présents mais qu'ils ne puissent pas « atterrir » dans la séance, où tout ce qu'on demande ils ne peuvent pas le faire, donc ils commencent et ils s'arrêtent.

Alors qu'est-ce qui peut arriver encore? Dans la situation dont je parle les causes c'était une inquiétude à la maison qui faisait que l'enfant n'arrivait plus à trouver ses repères alors que ça pouvait très bien se passer les séances d'avant. Ça peut être très soudain, il y a des enfants avec qui on a un comportement qui permet un travail très soutenu et puis hop quelque chose arrive dans leur vie et il perd pied. Et alors nous aussi on perd pied du coup.

Moi je suivais le petit enfant auquel je pense. J'ai perdu pied aussi parce que je n'arrivais pas à trouver une sollicitation qui puisse lui permettre de raccrocher dans le travail et du coup c'est à nous aussi, sur le moment on réagit comme on réagit puis on analyse et on se dit "et bien là je n'aurais pas du réagir comme ça parce que parfois, là pour cet exemple j'ai renvoyé au petit garçon "qu'est-ce qui se passe aujourd'hui, on n'y arrive pas, tu commences beaucoup de choses mais tu ne peux pas finir..." Et en fait il a été très triste sur ce moment là et je pense que j'aurais du accepter moi, ma frustration d'avoir une séance où on ne peut pas travailler plutôt que de lui renvoyer à lui un manque, alors qu'en fait il ne peut pas faire autrement, vu la situation qui se passait par ailleurs, que ce qu'il a fait. Mais bon ça permet de réfléchir. Ce qui est dommage c'est que là c'était après. Ce n'est jamais pour rien en fait. Un enfant, il n'est jamais désagréable pour être désagréable. S'il est comme il est, absent ou dans la tension, ce n'est jamais pour rien. Ils ne font pas exprès, ce n'est pas contre moi.

Quelquefois il y a des enfants agressifs qui ne peuvent pas être autres pour le moment dans la situation et c'est pas contre nous. Quelquefois, moi ça fait dix ans que je travaille, et je n'ai pas toujours réagi de la même manière. Il y a des situations où je me sentais remise en question où ça m'emmenait assez rapidement à vouloir maîtriser et à être en colère de pas pouvoir maîtriser et au fil du temps j'ai compris que l'enfant venait en entier. Il ne vient pas avec des mauvaises intentions et si, à une séance, il ne peut pas et bien il ne peut pas. Qu'avant j'avais la frustration, j'avais le sacerdoce, et je pensais absolument qu'il fallait que je fasse mon travail. Et mon travail c'était la technique c'était l'acquisition de la langue, et c'était... Et si je pouvais pas le faire, j'arrivais pas à me contenter de la séance telle qu'elle se passait. Alors c'est avec le temps aussi qu'on avance.

Alors les causes?

Souvent extérieures. Alors j'ai remarqué aussi que parfois ça vient de nous parce que l'enfant s'identifie à ce qu'on pense de lui. Donc si on pense que la séance va pas être agréable avant même qu'elle ait commencé et que l'enfant est très désagréable, pas bien du tout en ce moment enfin bref... et bien on a soi-même une idée de l'enfant qui fait que quand on l'accueille il a tendance à se conformer à cette idée là. Alors que si on est hyper positive et qu'on se dit que ça va super bien se passer aujourd'hui et bien c'est très fréquent que ça se passe en effet beaucoup mieux. Quelquefois, plus on fait des reproches, plus on dit et moins ça va. Alors que mettre en avant ce qui va bien ça renforce justement. Il est content de voir que ça avance et du coup il a envie que ça avance encore plus, c'est mieux.

L'enfant auquel je pense c'est un petit garçon qui a des troubles relationnels, qui n'arrive pas forcément à s'appuyer sur l'autre et quand il est troublé, quand il n'arrive plus à se raccrocher à ce qu'il sait, à répondre à ce qu'on lui demande, il est perdu. Il ne sait plus du tout trouver aucune réponse et sa façon à lui de marquer ses difficultés c'est d'être parfait. C'est sa défense. Il veut absolument répondre bien, il est toujours très inquiet

d'arriver en retard, de pas rater la séance, d'écrire toujours très bien, d'essayer que tout soit parfait. Donc quand il peut plus répondre, quand il ne sait plus quoi répondre, qu'il a perdu ses repères alors là il n'est plus accessible. On lui parle et ça n'accède à aucun sens. Aucune réponse ne va être cohérente parce qu'il est vraiment...perdu. Je sais pas comment ça fonctionne dans sa tête, mais il est extrêmement triste dans ces cas-là parce qu'il est troublé de pas pouvoir donner la réponse. Et il essaie toujours d'être au maximum de ce qu'il peut faire. Il y a beaucoup de compassion en fait. Ce que je dirais moi avec cet enfant là, c'est beaucoup de compassion, parce qu'on essaie de lui montrer " écoute moi j'ai besoin de savoir là où tu bloques et là où tu sais et je sais que c'est difficile mais j'ai besoin de savoir ça pour t'aider" Après je sais pas quoi mettre en place si je sais pas où ça bloque vraiment et jusqu'où ça bloque. Mais c'est pas facile de voir autant de bonne volonté et si peu de moyens en face. C'est très troublant. Il y a des jours où je me suis dit avec cet enfant il faut absolument qu'il y ait plus de plaisir parce que c'est trop difficile la compréhension de l'écrit, de la langue, le travail qu'on fait ensemble...Alors moi, ma séance elle ne dure que 45mn, mais comme il y a l'école et l'enseignement spécialisé c'est pareil ; ça ne respire pas quoi ! Donc là c'est plus sur le versant de la psychose.

Alors pour les parents ce que j'ai ressenti très fortement c'est des parents qui ne peuvent pas venir. Les parents de l'enfant dont je viens de parler ne peuvent pas venir car ils ne peuvent pas voir les difficultés de leur enfant qui dépassent la surdité. Donc ils essaient de mettre à distance pour ne pas souffrir. Moins on leur en parle, plus ils peuvent mettre ça de côté et mieux c'est. Je pense qu'ils ont très peur, non pas de moi, mais de la réalité de leur petit garçon et de ses difficultés. Et la maman de la petite fille dont je parlais avant a très peur de nous rencontrer parce qu'elle a peur d'être jugée. Elle s'inquiète beaucoup à l'avance, donc il faut beaucoup de temps pour qu'elle accepte de venir. La première année je n'ai pas pu voir cette maman mais elle est venue trois fois en un mois, le dernier mois de l'année parce qu'il a été dit que c'était important pour sa petite fille d'avoir son soutien parce qu'elle faisait un travail difficile en orthophonie. Elle a fait la démarche de venir me voir et je suppose qu'elle n'a pas du se sentir en danger parce qu'elle revient tous les 15 jours. Mais je pense que pour cette maman là, la peur est par rapport à elle. Alors que les autres parents dont je parlais avant c'est la peur de la souffrance de se rendre compte de la réalité de la vie de l'enfant et de son handicap. Ils sont plus dans le déni. La mère de la petite fille n'est pas dans cette difficulté là. Elle est plutôt hyper positive avec sa fille, elle ne voit pas bien les difficultés aussi mais elle n'a pas peur qu'on la fasse souffrir de ce côté là. Ce n'est pas son souci. C'est plutôt une peur de se retrouver devant quelqu'un qui a une connaissance de la langue et de son travail, et comment elle va être par rapport à cette personne.

Les parents repèrent-ils l'angoisse de leur enfant?

La maman de la petite fille voit bien qu'elle est tendue mais elle dit que c'est Kelly, c'est constitutif d'elle...Ils ne pensent pas forcément que ça puisse être autrement. Pour Thomas, lui ne montre pas tout le temps son angoisse en coupant. Il se défend en mettant de côté. Il a des difficultés d'évocation ce qui fait que ça ne l'aide pas en ce moment les difficultés à la maison. Si bien qu'on peut très bien faire des bonnes séances. Et je ne sais pas comment ça se passe à la maison, si les parents trouvent du changement chez Thomas parce que je ne les ai pas re-rencontrés.

Le lien entre l'angoisse de l'enfant et le comportement des parents?

Ça concerne les deux dont on vient de parler. Tant que le handicap psychologique de Raphaël ne sera pas reconnu, il ne pourra pas faire le travail qu'il a à faire pour que ça s'améliore. Et pour Kelly, elle a tellement eu, et je ne sais pas si elle a encore, de situations imprévisibles, ingérables, auxquelles un enfant ne devrait pas être confronté que quelque part je pense qu'elle a accumulé beaucoup de stress, de tensions par toute cette vie chamboulée...Et c'est tellement incrusté en elle maintenant que je ne sais pas combien de temps il faudra pour que ça se détende. Mais je pense qu'effectivement qu'il y a un lien énorme entre la vie familiale, la situation à la maison et l'état de tension dans lequel elle est psychiquement. Elle ne peut être que dans le présent parce qu'il y a tellement eu de coupures dans sa vie, tellement peu de liens, tellement peu d'histoire dans son histoire propre, de cohérence, qu'il n'y a pas trop de passé. Il n'y a pas d'avenir non plus. C'est du présent : « tout ce qu'elle peut saisir, être partout à la fois... » Elle ne peut pas se projeter ni revenir en arrière, même d'un jour. « Qu'est-ce que tu as fait hier? » Elle ne peut pas trouver la réponse. « Qu'as tu vu au spectacle ce matin? » Elle ne peut pas répondre à cette question là. C'est en lien avec ce qu'elle a vécu elle dans son temps.

Vous êtes-vous déjà sentie en difficulté face à un enfant angoissé?

Oui, je me suis beaucoup sentie en difficulté. Mais en même temps ça fait réfléchir, c'est ça qui est bien. Je réagis toujours déjà en en parlant. Ça m'est arrivé plusieurs fois.

Alors par rapport à moi, j'ai déjà été chamboulée par des parents, plus que par des enfants. Le suivi avec l'enfant se passe très bien et les parents sont en conflit avec moi, parce qu'ils ont besoin que ce soit en conflit. Ils y arrivent très bien. Moi je répondais, je pense que j'ai plus de recul maintenant. Mais à cette période là, je répondais avec une affectivité débordante, c'est comme si ça me touchait vraiment moi profondément. Ça me

blessait à un point très fort parce que je n'avais pas fait un travail sur moi pour m'apercevoir que justement dans mon passé on ne m'avait pas donné de valeur. Et cette valeur c'est mon travail qui me le donnait. Et ne pas être reconnue à nouveau en tant que professionnelle, comme je ne l'avais pas été enfant, était insupportable. Et je comprenais bien la psychologue qui me disait "tu ne peux pas dire ça aux parents". Et je disais "non, non, je ne leur dirai pas ça. Je le dis à vous en réunion » Parce que je me défendais, j'essayais de montrer tout le travail que je faisais, qui était très cohérent, etc. La psychologue me disait que je n'avais pas à me justifier. Mais je ne pouvais pas ne pas me justifier. Et je comprenais bien ce qu'elle me disait, mais j'avais besoin absolument d'être entendue.

C'est arrivé deux fois avec deux parents différents, et les deux fois ça m'a bloquée complètement sur deux ou trois jours. Je ne pensais plus qu'à ça, et ça travaillait en moi, et ça travaillait en moi...Et je trouvais une injustice flagrante que je n'arrivais pas à assimiler. Et maintenant que ça fait beaucoup d'années déjà, je sais pourquoi c'est comme ça. Mais sur le moment...En fait c'est à nous vraiment de faire le travail sur soi pour savoir pourquoi, par exemple, je ne peux pas supporter qu'un enfant n'obéisse pas? Pourquoi j'ai besoin que ce soit maîtrisé et cadré les séances? Pourquoi je suis « chez les sourds »? Ce n'est pas pour rien...C'est parce que justement on a un cahier, c'est cadré, on travaille une structure...Ca va doucement mais dans un sens précis...Enfin bon, je pense que j'avais besoin de me rassurer.

Cela fait-il écho à votre propre histoire ?

Donc, écho à ma propre histoire, c'est sûr, c'est grandiose. Du coup en travaillant sur moi, je sais pourquoi, mais je sais aussi réparer, me dire que je ne suis pas ce qu'on dit de moi, cette personne sans valeur, ce n'est pas moi. C'est quelque chose qu'on a dit de moi, ce n'est pas propre à moi, ce n'est pas constitutif. Donc du coup, je suis détachée de beaucoup de choses. C'est vrai que dans mon travail, je vois que c'est beaucoup mieux par rapport aux enfants parce qu'il y a beaucoup plus de comportements de non-travail, qui ne vont pas me déstabiliser en fait.

Qu'est ce qui vous a permis de vous détacher justement?

Le travail que j'ai fait avec un psychothérapeute. Alors je lis beaucoup aussi, mais surtout avec le psychothérapeute. De revenir en arrière, de revivre tout ce qui a été douloureux et non vécu, parce que pas le droit de le vivre enfant en fait. Donc du coup, mes propres affects sont mieux gérés. Mais enfin cette petite fille arrive toujours à me mettre en colère. C'est arrivé une fois cette année. Mais il faut vraiment qu'elle y aille. C'est des jours où...Oui j'avais repéré ça ce jour-là, c'est un jour où j'étais arrivée au travail avec un souci dans ma vie personnelle. Et cette petite fille, elle ne nous sent pas au niveau habituel de tous les jours, elle nous sent en deçà. Au niveau affectif elle a senti qu'il y avait une faille et elle a poussé le bouchon jusqu'à ce que je sorte de mes gonds parce que son comportement de me mener en bateau et de mentir devenait inacceptable. Elle est allée jusqu'au bout. Et je me suis trouvée très stressée après cette séance. Je sentais tous mes membres trembler, la colère était là mais je me suis dit que ce n'était pas normal. Ça m'était arrivé plusieurs fois de me mettre en colère parce que cette petite fille, ou une autre dans mon histoire de travail, dépassait mes limites, dépassait les bornes, comme on dit souvent. Mais là, je gardais un stress. Et on allait manger le midi et quelqu'un m'a interrogée sur ma situation personnelle, et en répondant, c'est là que j'ai senti toute l'émotion qui en fait était sûrement de ce tracés là en moi depuis la veille mais je n'avais pas du tout conscience que ça venait interférer. Et ça a sûrement interféré en fait. Parce que la petite fille, j'aurais été sereine et dynamique, normale, elle n'aurait pas senti cette faille et elle n'aurait pas cherché comme elle a cherché. Et elle a trouvé. Et du coup c'est vrai que c'est bien de savoir aussi de notre part ce qu'on y met.

Ressentis et réactions surprenantes?

Alors oui une fois, alors que j'étais jeune diplômée, j'avais un parent. Et j'avais un enfant ingérable, qui faisait n'importe quoi. Et elle a jeté les clés de mon bureau contre la fenêtre. Ça a fait un énorme bruit. Elle ne voulait pas venir avec moi. Et je l'ai prise par le bras et je l'ai tirée, et elle s'est affaissée. Si bien que j'ai tiré un moment, peut-être un mètre, sur la moquette. Et là j'étais hors de moi et j'avais le parent. Je me suis dit "là je n'étais plus professionnelle" Qu'est-ce qui fait que je n'avais pas accepté qu'on ne m'obéisse pas? Et donc maintenant je sais. Je n'acceptais pas qu'on ne prenne pas cas de mes besoins tout simplement. Puisque ça m'était arrivé tellement souvent, une fois adulte je ne pouvais plus accepter qu'on ne prenne pas cas de mes besoins. J'avais besoin qu'on m'obéisse. Et là c'est pareil : maintenant je sais dire "J'ai besoin que tu m'écoutes" ou "J'ai besoin que tu m'obéisses" et c'est très différent de "tu fais ça", "tu viens". Ça c'est pareil, c'est le temps qui fait qu'on progresse.

Le fait d'en parler, ça vous a aidé ?

Et bien non, je n'ai trouvé ça que très récemment. Sur le moment, je n'ai pas eu d'aide. Dans le service où j'étais il n'y avait pas de psychologue, il n'y avait personne sur qui compter. Donc je n'en ai pas parlé mais j'ai été extrêmement blessée de ma réaction en fait. Et là du coup je ne voyais pas l'enfant, je ne voyais plus l'enfant. Je

ne voyais pas que lui avait quelque chose à dire par ce comportement là, parce que j'étais uniquement dans « moi, je ne peux pas vivre ça, je peux pas accepter ça, je peux pas avoir du recul en vivant ça ». Et en fait c'est une situation qu'on a à vivre en tant que professionnel, les enfants ne sont pas des machines faites à nos désirs. Il faut savoir aussi accepter que ce ne soit pas toujours facile.

Y avait-il des groupes de parole?

Il y en avait sûrement mais je n'en ai pas fait. Il y a un temps pour tout. Il y a un temps où on sent qu'il va falloir faire quelque chose pour soi, et un temps où on sait que ça va être difficile, que ça va remuer de la boue, des vieilles choses et on n'a pas envie de souffrir, on n'a pas envie d'y aller, on préfère vivre sur ses petits acquis. Et puis il y a un moment où on se dit " non là il faut y aller". Moi je n'ai eu personne pour me dire « tu devrais travailler sur toi ». C'est plus un cheminement personnel. Parce qu'avant cette situation là, j'avais déjà travaillé avec une psychiatre. Mais ce que j'avais déblayé c'était...essentiel, mais ce n'était pas suffisant. Donc j'ai eu une coupure de nombreuses années avant de retravailler à nouveau. Ça permet aussi de vivre et d'asseoir, et de souffler. C'est un travail qui est difficile à faire sur soi. Alors si c'est fait sur un plan professionnel, en amenant des cas, où on est plusieurs à le faire...Moi c'est quelque chose que je n'ai jamais rencontré, là où je travaillais du moins, je sais qu'en libéral, les orthophonistes pensent souvent à ça, parce qu'elle ont souvent besoin de parler. Mais moi je n'ai pas eu recours à ça du tout.

Est-ce une entrave au travail orthophonique ?

Alors sinon entraver le travail, et bien complètement. Il y a des enfants qui sont sous la table, qui ne sont pas réceptifs du tout, à toute contrainte. Donc une entrave complètement. Certaines séances, c'est très clair. Il y a des séances où on a prévu de travailler telle et telle chose et on va travailler même pas un cinquième, et il faut accepter. Aujourd'hui, c'est comme ça. Peut-être que demain ce sera différent. Aujourd'hui, on a toute la bonne volonté qu'on veut, et bien aujourd'hui c'est comme ça. C'est assez frustrant mais maintenant j'accepte. Qu'avant pas forcément.

Qu'est-ce qui vous aide à accepter ?

Moi ça m'est arrivé de fermer ce que j'avais prévu. Complètement. De dire aujourd'hui ça, ça ne marche pas. On le reprendra un autre moment, je te propose autre chose. Et autre chose, c'est souvent quelque chose de ludique. Faut forcément trouver autre chose dans lequel l'enfant va entrer. Et oui c'est souvent quelque chose de plus ludique, ou qu'on a déjà fait, où on a déjà pris du plaisir, où on a déjà des repères, où il ne va pas se retrouver dans un grand effort de travail, de nouveauté, de contrainte en fait. Parfois ça ne marche pas. Pour Thomas qui était perdu dans sa séance, qui n'arrivait pas à trouver d'appui, j'ai essayé de proposer : du plus ludique, ça n'a pas marché, j'ai essayé de proposer que lui choisisse, ça n'a pas fonctionné non plus. Il ne voulait pas non plus s'inclure dans le travail. J'ai essayé plus d'espace ça n'a pas marché, d'espace c'est-à-dire physique, il y avait une grande pièce avec plein d'activités, ça ne l'a pas plus rassuré, ni aidé à trouver des repères. La seule chose qui a marché c'était l'ordinateur, il a été un peu plus capable de mener une activité. Et heureusement ça ne s'est pas reproduit. Mais c'est à nous de chercher, pas à lui. Lui, il a ce comportement de lui-même. Ce n'est pas par sa bonne volonté, en disant "écoute tu arrêtes" qu'il va arrêter. Non c'est à nous de changer pour que lui change ou s'y retrouve.

Quelle place a pour vous la technique face à un enfant angoissé ? Que vous apporte-t-elle ?

Donc la technique pas trop finalement. Parce que justement la technique, moi elle arrive que quand l'enfant est capable de l'assimiler, tout ce qui est codage, structuration, écrit...Et du coup dans ces cas là, ce n'est pas elle qui sert. Si on veut qu'elle serve alors on est en opposition avec l'enfant et ce qu'il peut faire, on se braque et on n'obtient rien. Il faut trouver ce qui va lui permettre d'être moins dans un effort, d'être plus dans une facilité, ou dans un plaisir.

Qu'est ce que vous mettez en place pour contenir l'angoisse de l'enfant?

Alors le cadre c'est très important, on est souvent sur de l'éducatif. A expliquer à l'enfant qu'il ne peut pas arriver sans dire bonjour. Rien que quand on va le chercher, c'est déjà le cadre qui commence. On ne peut pas accepter que ce soit n'importe quoi. On a beau pas vouloir que ce soit uniquement dans la maîtrise, on a quand même à demander un minimum à l'enfant. Il a quand même à être un minimum dans une séance d'orthophonie parce que sinon moi ça m'est déjà arrivé de dire « ce n'est pas la peine de venir si tu n'as pas envie un minimum de travailler ». Ca m'est arrivé de dire aussi de retourner en classe parce qu'il avait un exercice à faire en cinq minutes, qu'il avait la capacité de faire, mais pas l'envie "tu t'en vas et je viendrai te chercher à la récréation pour travailler puisque tu n'as pas envie de le faire maintenant ». Effectivement en cinq minutes c'était fait.

Alors sinon pour ce qui est du cadre, tout ce qui est technique, ce qu'on met en place nous, j'ai pas l'impression que ce soit ça qui aide parce que c'est ce qu'il y a de plus difficile. Ce qui cadre aussi alors c'est la séance : fermer

les portes, la salle, le lieu. Quand je vois Kelly, qui est toujours partie par monts et par vaux, qui va se recoiffer trois ou quatre fois dans la séance, qui se lève, qui va chercher à aller boire, à aller aux toilettes ou autres, j'ai rien sur le bureau la plupart du temps. Je n'ai même pas les crayons. Quand je travaille au feutre Veleda, rapidement on arrête parce qu'elle est dans le jeu d'effacer, et à l'ordinateur, c'est la souris. Il faut au maximum que ce soit vierge parce que dès qu'il y a quelque chose à toucher, elle n'est plus dans la concentration. Donc le cadre de ce côté là joue aussi.

Pour Raphaël, je ne sais pas. Quand il ne peut pas être là, quel que soit ce que je propose, il y a des séances où il est vraiment à des kilomètres de pouvoir comprendre de quoi il s'agit. Donc dans ces séances là, je suis assez démunie, je n'arrive pas trop. Alors là aussi je ferme et je fais par un jeu et là c'est plus délicat parce que lui il en conçoit une grande tristesse parce qu'il voit son incapacité à comprendre. Ça c'est plus délicat.

Quelles sont les spécificités du travail orthophonique qui permettent de cadrer l'angoisse ?
Spécifique au travail orthophonique : il n'y a pas grand chose. On n'est pas du tout aidé, on n'est pas du tout au courant. C'est l'expérience qui fait qu'on se pose des questions, on voit ce qu'on produit chez les enfants. Là, ça ne va pas et c'est à moi de me remettre en question. Ce que je fais je pourrais peut-être le faire différemment. Ça m'arrive d'en parler aux collègues par rapport à certains enfants, du fait d'être en équipe.

Mais du point de vue de la formation en orthophonie, il n'y a pas grand-chose. On apprend de son expérience propre en fait. Je trouve que sur la formation de Nantes ce qui est bien c'est qu'on nous parle beaucoup de la psychologie de l'enfant et déjà c'est intéressant. Mais après personne ne peut travailler à notre place, ce qui est touché dans notre histoire même si on parle de telle difficulté avec une autre orthophoniste, elle ne va pas avoir le recul d'un psychothérapeute, ou psychologue. Quand on en parle avec une psychologue elle n'est pas là pour travailler avec nous, elle est là pour qu'on puisse déposer cette parole sur cette difficulté. Après, on ne peut pas faire le même travail avec une autre orthophonistes ou avec son conjoint. Le travail que moi j'ai fait, c'est en profondeur, ce n'est pas anodin.

Et puis les livres aussi...Moi j'ai beaucoup lu. Ça me donne des clés, plus sur la psychologie de l'enfant, comment il réagit et pourquoi il réagit comme ça que sur moi-même. Quand on lit pour soi-même il y a des choses dont on se rend compte, mais ce n'est pas pour autant qu'on va les vivre. Et le manque qu'on a eu on va pas forcément le voir...On va savoir intellectuellement mais on va pas avoir affectivement revisité notre histoire, donc ça ne va pas forcément aboutir aussi bien que comme ça aboutit avec un thérapeute.

Ressentez-vous parfois le besoin de prendre de la distance face à un enfant angoissé ? Quels sont les moyens à votre disposition ?

Prendre de la distance et bien tout le temps quasiment. Enfin je suis tout le temps en train de me questionner, je suis tout le temps en train de me dire "est-ce que là j'ai bien fait?". Dès que la séance est finie, « est-ce que c'était juste par rapport à l'enfant? » Et puis j'ai toujours des idées, je me dis "tiens la prochaine fois j'essaierai ça", ou "qu'est ce qui a bougé la séance? Est-ce qu'il y a quelque chose de nouveau?"

Avec Thomas par exemple, je ne pouvais pas chanter, il fallait tout de suite que je m'arrête. Et là pour la première fois j'ai chanté et il a accepté jusqu'au bout de la chanson. Et c'est une ouverture. Là je me dis que je vais pouvoir travailler telle chose parce que j'ai vu telle ouverture...Il faut toujours un regard en arrière en fait, on se sert de ce qu'on vient de faire pour se dire "qu'est ce que je propose qui va coller au plus juste?"Ce n'est jamais la même chose d'une séance à l'autre, parfois, ils sont dans le refus, tout ce qu'on propose, ça ne va pas, et puis l'inverse. Donc il faut tout le temps s'adapter. Le travail d'équipe c'est intéressant parce qu'au moins on peut dire, mais ce n'est pas suffisant. Il n'y a pas de jugement, on est confiant, on a un avis professionnel, mais ce n'est pas suffisant. Il y a un enfant dont je n'ai pas parlé pour lequel je n'ai pas prise, qui ne peut pas grandir qui a des grandes capacités intellectuelles, qui peut faire beaucoup de liens, faire des jeux de logique...mais qui ne peut pas les mettre en oeuvre à certains moments, qui est hébété, qui va respirer par la bouche au lieu de par le nez, la bouche grande ouverte, avec une déglutition infantile...Et tout ça a été travaillé, acquis, et tout est retombé à l'état d'avant. Et moi je me désinvestis parce que je n'ai pas les moyens. L'enfant ne peut pas grandir, il se retient, dès qu'il y a des périodes de progrès, il efface tout. Il y a trop de danger à grandir. Et tant que c'est comme ça, moi je n'ai aucune prise, je me sens impuissante. Il y a des choses compliquées qu'on a faites, qu'on ne peut plus faire du tout, plein d'autres choses qu'on ne peut pas faire non plus. Là le fait de ne pas avoir de clés, de moyens que ça progresse ce n'est pas du tout motivant. Et ça ne bouge pas, et ça ne bouge pas. Et ça régresse, et ça régresse. Et je n'y peux rien. Les choses acquises ne sont pas actualisables. Je sais qu'il peut respirer et avaler correctement, ça commence à le gêner par rapport au regard des autres, mais ça ne bouge pas. Il a un suivi psychologique qui vient de commencer, il n'a aucune autonomie à la maison. Là, j'arrive à accepter que ce soit comme ça, j'ai essayé de lui dire "écoute, moi je ne peux pas travailler, je te demande juste..."Ça ne sert à rien, se fâcher non plus. Le suivi psychologique commence, mais pour cet enfant il y a toujours cette angoisse de grandir, et tant que ça n'a pas bougé, nous on ne peut rien faire.



Témoignage n°3

Qu'est-ce que l'angoisse ?

C'est une peur sans objet précis. C'est du domaine de l'irrationnel, c'est de l'affectif, de l'inconscient.

Vous êtes-vous déjà penchée sur cette notion ?

J'ai pu ressentir moi-même de l'angoisse, pas forcément professionnelle. Je vois ce que c'est. Tout un chacun à un moment ou l'autre de sa vie, selon les événements, les périodes, peut ressentir ça. Certains vivent plus en permanence avec ça.

Avec Pierre par exemple, ça prenait la tournure d'une phobie, d'une peur de tout l'apprentissage de l'écrit. Un autre enfant avait une angoisse très forte de se confronter à ces apprentissages. Pierre a un père hyper présent par sa stature, imposant, inquiétant, violent, mais qui constitue également un énorme modèle. Il est en même temps dans l'identification, il veut faire comme papa, travailler dans les travaux publics, avec des engins. Mais en même temps c'est un modèle terrifiant. L'apprentissage de l'écrit, c'est le domaine de la mère, le père ne s'implique pas du tout, il ne vient pas aux réunions, ni aux tentatives de psychothérapie. L'enfant a des comportements très régressifs. D'un côté il fait grand, mature, il a déjà un désir professionnel, et en même temps il a peur de dormir seul dans sa chambre, il suce son pouce... Pour l'autre enfant, il y avait eu des choses qui s'étaient mal passées au niveau de l'apprentissage et qui ont joué un rôle de traumatisme qui peuvent expliquer cette angoisse. Un papa très pris par son travail, qui n'a pas beaucoup le temps de se poser, d'échanger, de faire des choses ensemble.

Je pense à une jeune adulte de 25 ans, qui a une dysphasie : elle utilise très peu de verbes conjugués, le « r » est toujours élidé, les mots sont plus comme des paquets que comme des éléments séparables... Elle travaille en CAT. L'acquisition de la lecture est dure aussi. Il y a certainement une déficience intellectuelle mais est-ce une cause ou une conséquence? Elle est assez adaptée, mais protégée par ses parents, ne sait pas sa date de naissance, les horaires de son cours d'équitation... Donc elle est quand même limitée au niveau des repères spatio-temporels et de l'accès au symbolique. En même temps, elle est angoissée quand elle doit partir une semaine en séjour, elle a mal au ventre... La séparation est problématique, ça dépasse l'organique.

Quelles en sont les manifestations ?

Je pense à Elise, une enfant borderline mais non reconnue comme telle parce qu'elle n'est pas gênante dans ses comportements à l'école, même les psychologues ne la trouvent pas étonnante. Et pourtant en CE1, elle peut encore ramper sous la table, se cacher, faire comme si elle était un serpent. Il y a une fuite du regard et retard de langage persistant. Il y a beaucoup d'éléments. Je ne sais pas si on peut parler d'angoisse. Elle réussit à se socialiser, avoir des copines.

Au niveau du bégaiement des enfants que vous suivez, avez-vous remarqué des manifestations d'angoisse?

C'est possible que ce soit un symptôme. C'est un symptôme de peur de la communication, de se confronter aux apprentissages. Quelque chose qui vous noue le ventre ou la gorge, ou la main si on est dysgraphique ! Souvent les enfants nient aussi cette angoisse.

Je vois aussi deux enfants, le frère et la sœur, ce qu'on déconseille. Depuis deux ans, il y a trois familles dont je vois les enfants de la fratrie. J'en vois un et les parents m'amènent l'autre, je n'ai pas l'impression qu'il y ait des effets néfastes.

Jérôme et sa petite sœur ont des symptômes très semblables au niveau du langage : même troubles d'articulation, même assourdissement, et puis même comportement. On rit pour biaiser, pour tricher, pour ne pas se confronter à la difficulté. Et faire comme si on s'en fichait. Je me demande si là-dessous, il n'y a pas une blessure importante. La petite sœur, Victoire, me répond toujours avec désinvolture, impatience. J'en ai parlé avec ses parents et elle, je ne savais pas si ça la gênait ou pas. Pourtant elle est en GS, et elle n'est pas toujours compréhensible. Mais ça pouvait ne pas la gêner, donc ce n'était peut-être pas le moment de faire de la rééducation si elle n'était pas motivée. Ou bien c'est que c'est très douloureux pour elle et qu'elle masquait ça. Les parents ont posé les choses : tu arrêteras quand tu auras fait des progrès. J'ai senti que c'était mieux en séance. Elle a voulu faire un jeu de scrabble. Elle voulait toujours feinter : regarder les lettres avant de les sortir du sac... Je lui ai dit « non, tricher c'est rester bébé, ce n'est pas grandir. Sinon on arrête de jouer ». Et plusieurs fois, à différentes étapes du jeu, il fallait rappeler ces règles. C'est une mère très en difficulté, son mari se décharge beaucoup sur elle, il est très infantile. Il s'énerve quand ça ne marche pas mais autrement il ne s'occupe vraiment de rien. C'est un père fils unique, un peu sous la dépendance de ses propres parents, etc. Il est père de trois enfants quand même en souffrance. Depuis deux ou trois fois, c'est lui qui vient la chercher. Donc j'ai pu un peu le mettre dans le coup. J'avais déjà travaillé ça avec la mère : se retirer un peu pour lui laisser la place. En tout cas, il est obligé de se confronter lui aussi à la réalité de ses enfants, à leur difficulté, leur accompagnement, etc.

Vous êtes-vous déjà sentie en difficulté face à un enfant angoissé ?

Avec Pierre qui bloquait tellement sur l'écrit, j'avoue que j'avais du mal. Parce que ne pas l'emmener à l'écrit, à la lecture, c'était embêtant, et en même temps, je ne savais pas trop comment m'y prendre. Pour lui, deux lieux très différents : par terre pour le jeu et au bureau. J'ai essayé d'aménager ces deux lieux : quand il racontait une histoire avec ses jeux, j'essayais de la noter, de l'écrire, et puis après essayer de la lui faire lire au bureau pour qu'il y ait des passerelles entre le jeu et l'écrit. Il faut sûrement avoir de la souplesse dans sa pratique, accepter des détours. Le travail avec les parents est toujours très important je trouve.

Cela fait-il écho à votre propre histoire ?

Je pense à la petite fille qui allait sous la table et qui faisait le tigre. Ça sortait du cadre de mon travail. C'est ce que j'avais indiqué au père et à la mère. J'étais assez désemparée, je ne voyais qu'une psychothérapie de possible. Bien sûr, on est toujours un peu entre les deux, mais quand il y a vraiment des comportements étranges, c'est plus facile à détecter. Je me souviens une fois de Abdel, il y avait une séance où il m'avait soutenu qu'il allait à l'école en Afrique, au Maroc. Son papa est marocain. J'ai dit « d'accord, on peut raconter des histoires et savoir quand même ce qui est la réalité ». Mais il ne voulait pas en démordre. J'en ai parlé avec ma copine psychologue qui m'a dit que c'était peut-être une provocation par rapport à ce que je lui demandais et qui l'embêtait. Sans forcément qu'il adhère complètement à ça. Finalement cette histoire n'est pas revenue. C'est un petit garçon bien dans sa peau mais qui est resté longtemps accroché avec sa maman, à faire des bisous, dans le corps à corps. La maman, française, avait un peu de mal à mettre des limites. D'accord à deux ans mais à cinq, six... C'était vraiment comme un petit singe, qui s'accrochait à elle, lui touchait les seins, etc. J'ai souvent été dans le sens de la rassurer, j'encourageais la relation avec le papa. Dans sa culture, déjà que chez nous c'est un peu ça, c'est vraiment la mère qui s'occupe des enfants. C'est encore plus marqué. De plus, elle est assistante maternelle. Il y a une différence entre ce qui peut, me semble-t-il, être travaillé par une orthophoniste, qui a une certaine ouverture à la psychanalyse, mais tout de même limitée, et ce qui me semble dépasser nos limites. J'indique facilement aux parents de voir un psychologue ou une psychanalyste.

J'ai travaillé dans un centre qui a une ouverture psychanalytique. J'ai suivi la formation PRL, j'ai fait des supervisions, des contrôles, où tu vas voir un psychologue ou psychanalyste à qui tu parles de cas qui te posent problème. J'ai participé pendant pas mal d'années, dans le cadre de la PRL, au suivi de la PRL. C'était sous forme de groupe avec une animatrice plus férue de psychanalyse. On était un groupe de cinq ou six orthophonistes et on parlait de nos cas. Ça m'a aidé. On n'en sait jamais assez. J'ai du même aller dans un groupe de psychanalyse aussi, pendant quelques séances. Mais il fallait avoir un niveau de lecture très élevé, lire beaucoup.

Quand j'ai un problème maintenant, j'appelle mon ancienne collègue avec qui je suis restée amie et qui m'apporte un nouvel éclairage. Evidemment, ce n'est pas aussi fouillé que dans une supervision. Les contacts avec l'instituteur, le travail avec les parents sont essentiels aussi. Parfois ce qui est entendu, compris de ce que te disent les parents n'est pas forcément la réalité de ce que l'instituteur vit avec l'enfant. Récemment, un père m'a dit que ça allait beaucoup mieux et l'instituteur m'a dit que son fils a encore de grandes difficultés. Ce père nie son bégaiement. C'est familial. Il reconnaît le bégaiement de son père, son grand-père, son frère, mais pas le sien. C'est ce qui est observé dans les statistiques : il y a deux fois plus de risques quand il y a déjà un bégaiement dans la famille

Est-ce une entrave au travail orthophonique ?

C'est une entrave certainement.

Quelle place donnez-vous à la technique ?

Par exemple pour Victoire, je vais beaucoup dans le sens de la rassurer. Il y avait un début de thérapie familiale mise en place. Je lui disais « c'est comme quelqu'un qui veut apprendre à nager sans aller dans l'eau ». Ses difficultés, elle va les dépasser mais c'est justement en essayant que ça va peu à peu disparaître. Donc la rassurer et en même temps poser des limites, des interdictions, un cadre qui fasse que ça la rassure aussi. Si tout est permis en douce, on est dans la fuite. Elle même est dans la fuite tout le temps donc ce n'est pas rassurant.

Avec les enfants qui acceptent la règle, on a l'impression que le jeu sert seulement dans ce qu'il va permettre de travailler. Alors que pour tous les enfants pour qui tout ça n'est pas réglé, ce n'est pas simple, c'est essentiel le jeu et sa règle. Par exemple, au scrabble junior à la fin on gagne des petits jetons avec écrit soit 1, 2, ou 3 qui correspondent aux points. Elle n'a pas cherché à compter ses points donc moi non plus, je voyais que j'avais gagné en plus. Mais au niveau de tricher en sortant les lettres, là c'était un non catégorique. Et puis j'ai vu que au début c'était de l'opposition. Toute l'énergie passe dans cette ruse. Au lieu d'être concentré sur la recherche du jeu en lui-même, c'est perverti. C'est sûrement générateur d'angoisse.

Quelle place a pour vous la technique face à un enfant angoissé ? Que vous apporte-t-elle ?

La technique ça lui montre que c'est un moyen aussi peut-être de progresser, ça peut l'aider. Je pense à Aurore, en CMI, que je vois depuis longtemps. Elle avait une grande difficulté au niveau du vocabulaire, même en langage oral, de la structure des phrases, des adjectifs possessifs, des pronoms, etc. C'est la troisième de quatre soeurs. Dès qu'elle était face à quelque chose qu'elle ne savait pas, qui la mettait en difficulté, c'était un peu l'effondrement, soit dans la colère et l'agressivité, et l'effondrement qui s'en suivait très vite. Un séisme à chaque fois devant quelque chose un tout petit peu trop dur. Il fallait vraiment peu à peu que j'apprécie bien ce que j'allais lui demander, ça je ne l'ai vu que peu à peu. On a travaillé sur cette négociation de ne pas savoir, c'était certainement de l'angoisse aussi même si je n'ai pas mis ce mot là dessus. C'est mieux maintenant. Mais elle va très vite mettre en jeu des stratégies intelligentes, plutôt techniques : elle va repérer le système et essayer de l'appliquer à la structure suivante mais pas essayer de comprendre. Donc ce n'est qu'à moitié intelligent parce que ça la piège aussi. Elle repère bien le fonctionnement mais le sens même risque de lui échapper. Je trouve quand même qu'elle a beaucoup progressé dans cet espace d'ouverture qu'elle s'est trouvé. Elle fait de la flûte soprano et alors elle crée. Elle a son cours de flûte juste avant. Elle me dit « tu veux que je te joue un morceau que j'ai inventé ? » Elle joue ce morceau de mémoire. Mais maintenant le prof a pris l'habitude quand elle arrive de l'aider à transcrire, car c'est spontané. C'est bref mais chouette. Je trouve qu'il y a une assurance, une prise de risque assumée. L'autre jour, elle a lu une histoire d'un petit blaireau dont les parents divorcent. Elle a lu toute l'histoire, c'est vrai qu'elle est en CM2, mais elle nous a quand même épatés. A haute voix avec le ton, puis le récit en détail, et après un résumé. Au niveau du langage oral, sa capacité à lire et mettre le ton pour elle, c'était vraiment bien.

Trouvez-vous beaucoup de ressources dans la formation universitaire orthophonique de base ?

Ça remonte à longtemps. C'était très peu ouvert sur l'aspect psy. En dernière année, j'ai suivi un stage en PRL, et donc dès la fin de l'école, à l'époque trois ans, j'ai fait la formation. C'était beaucoup trop tôt parce que je n'avais pas encore d'expérience professionnelle. On avait fait ça aussi avec une amie de promotion un peu contre nos profs. C'était tellement fermé qu'on avait besoin d'ouverture. J'ai fait la formation avec notre professeur responsable de l'école d'orthophonie. Ça fait 33 ans que j'ai mon diplôme (en 1975)

Que pensez-vous du travail en équipe ?

Il y a certaines personnes de l'équipe avec qui j'ai pu toujours avoir des contacts riches. Mais ce n'est jamais facile les réunions, décisions, prises de parole... Chacun a aussi ses cas, même dans l'équipe, on n'a pas toujours le temps d'échanger. J'ai un mauvais souvenir parce que les gens fumaient ! Quand je suis partie j'en avais un peu assez de devoir être soumise à des décisions qui ne me semblaient pas être les bonnes par rapport à des médicaments comme la ritaline, de voir qu'on mettait des enfants de quatre cinq ans sous ritaline, j'ai dit non.

Témoignage n°4

Comment définiriez-vous l'angoisse ?

Je n'ai pas de formation psychanalytique mais pour moi l'angoisse c'était vraiment quelque chose qui envahissait. A mon sens, on peut avoir des patients très angoissés, mais nous on est plutôt inquiets qu'angoissés.

Vous êtes-vous penchée sur cette notion ?

Non, je n'ai pas approfondi. Bien sûr on prend en compte ces difficultés parce que ça se traduit pour les enfants angoissés par une incapacité pour certains, à des troubles de comportement pour d'autres... C'est vrai qu'on voit des enfants qui peuvent passer des séances sous le bureau, c'est vrai qu'il faut voir l'histoire de ces enfants. Il y a des enfants empêchés d'entrer dans le travail orthophonique, si on en a une conception un peu étroite, de rééducation. Maintenant on voit bien que des petits sont préoccupés : peur de grandir et entrer dans le monde, on peut se dire que ça rentre dans l'angoisse. Pour les grands on voit aussi, en libéral, la difficulté pour entrer dans la lecture, dans le code écrit. Les enfants nous le montrent par leur comportement, soit par une résistance importante ou de la passivité. On voit qu'on peut se mettre en quatre et apporter des aides techniques, la difficulté est ailleurs.

Quelles en étaient les manifestations ? Comment avez-vous repéré cette angoisse ?

On repère qu'on a beau mettre en œuvre plein de choses ça ne va pas marcher forcément. On est obligé d'attendre, de proposer autre chose à l'enfant qui n'attaque pas le symptôme. Parce qu'on nous amène l'enfant pour le symptôme. Mais il cache bien autre chose.

Quelles en étaient les causes ?

Parfois c'est inhérent à l'enfant, parfois on ne sait pas trop son histoire, parfois des histoires familiales difficiles. J'ai vu notamment avec des sourds profonds qu'entrer dans le code écrit quand les parents ne possèdent pas ce code, ce n'est pas évident. Là il y a un enjeu fort.

Pouvez-vous me décrire certaines de ces situations cliniques ?

Je pense à un petit garçon pour ce qui est du langage écrit. Un petit garçon sourd profond, intelligent, une scolarité sans trop de soucis, qui bloquait pour entrer dans le code écrit. Ce n'était pas une affaire instrumentale. Il me semblait vraiment que ça avait à voir avec son identité, sur la place qu'il pouvait avoir parmi la société en tant que sourd, parmi les entendants, comment c'était vécu par la famille... C'était complexe mais il était vraiment très empêché. Ça se manifestait soit par une passivité et par une réelle incapacité à répondre à cette demande. Ses réponses c'était n'importe quoi, il ne pouvait pas. J'avoue que je n'ai pas poursuivi avec cet enfant là. J'ai suivi un peu son évolution et c'est encore difficile. Dans le cadre de la surdité c'est encore plus difficile de trouver les aides. Parce qu'il faut travailler avec la famille, mais le monde des sourds est très étroit sur la ville et tout le monde se connaît donc c'est difficile. Il y avait des attitudes parentales très ambivalentes aussi tant dans comment elle permettait de grandir à l'enfant, comment ils investissaient l'école, ce que ça représentait pour eux. C'était très complexe et l'enfant était très mal.

Souvent dans la mise en place du langage oral, il n'y a pas d'explication instrumentale pour que la parole et le langage ne se mettent pas en place.

Y a-t-il des situations où vous vous êtes senti(e) en difficulté face à un enfant angoissé ?

Ce n'est jamais facile. Il y a des situations qui se résolvent assez facilement où on voit bien ce qui se joue. Souvent rapidement quand même, quand on parle d'angoisse c'est suffisamment fort, donc c'est toujours assez complexe. Quand on peut travailler en équipe ça aide. Quand on est seul ce n'est pas simple.

Comment avez-vous réagi ?

Tout dépend du cas mais c'est vrai que bien souvent il faut quand même savoir mettre de la distance, ne pas sauter sur le symptôme, se laisser du temps. Donner du temps à l'enfant pour lui permettre d'appivoiser ses peurs. Le rassurer avec des activités moins en lien avec le symptôme. L'abord c'est la pâte à modeler, le dessin, le jeu sur le tapis avec les petites voitures, ce que les parents ne comprennent pas toujours. Il y a bien sûr la notion de plaisir mais aussi qu'il lâche ses craintes, qu'il oublie et se rende compte qu'il est capable d'entrer en relation avec l'autre et que ça peut se faire par le langage.

Cela fait-il écho à votre propre histoire ?

Je n'ai pas fait un travail sur moi suffisamment pour savoir. Mais je dirai quand même humblement que ce n'est pas un hasard si je suis devenue orthophoniste. J'ai appris à lire avec ma mère. J'étais mal partie à l'école. J'ai ça en tête. J'ai appris par la suite en classe mais au CP j'étais mal partie. J'étais tombée dans une classe où l'instituteur changeait toutes les semaines. Je me suis ennuyée. Je suis du mois de janvier. Ma mère avait vite pris conscience que je n'avais déjà pas d'avance. J'avais une sœur plus jeune très rigolote, très gaie, qui passait pour brillante à côté de moi. Ma mère a demandé que je change de classe mais le compromis c'était que ma mère me fasse travailler. J'ai appris à lire avec la méthode Boschet. C'est une vieille méthode remise sur le marché récemment. Et après je n'ai jamais eu de problèmes particuliers, j'ai suivi une scolarité normale. C'est vrai que je suis sensible aux difficultés qu'ont les enfants quand ils ne peuvent pas être aidés chez eux.

Je pense à un enfant pour qui l'école avait développé une crainte et une perte de confiance totale en lui-même. Je me disais « ça ne relève quand même pas de l'orthophonie ». Et en même temps je l'ai suivi deux fois par semaine pendant deux ans pour lui permettre de rentrer dans le langage écrit. Les parents voulaient bien faire mais ils n'étaient pas à même de l'aider. Mais ils avaient quand même la volonté qu'il s'en sorte. Quand j'avais récupéré cet enfant, il était très mal, passait pour bête parce qu'il ne comprenait rien, il était complètement inhibé. On a fait un travail. Je reste dans l'idée que beaucoup d'enfants qui vont en cabinet maintenant, c'est pour pallier des manques de l'école qui ne sait pas s'adapter et offrir des conditions particulières, des remédiations. Lui avait une sorte d'angoisse, de l'école, des apprentissages, il était devenu très inhibé. A partir du moment où on lui a permis de se découvrir, petit à petit c'était mieux. Maintenant il a fait sa vie et s'en sort très bien. Du coup cette sensibilité, je pense quand même que c'est en lien avec mon histoire.

Avez-vous déjà eu des ressentis ou des réactions surprenantes ?

Les formations évoluent et je pense que les orthophonistes qui sortent aujourd'hui de l'école sont plus armées sur le plan théorique. J'avoue que quand j'ai commencé je n'avais pas conscience de tous mes manques. J'avais de la bonne volonté et envie de bien faire. Quand je repense à cette pratique là ce n'était pas spécialement glorieux. En même temps je ne pouvais pas faire plus que j'avais appris. Je me disais « c'est difficile et ça ne va pas » et en plus j'ai travaillé assez vite avec les enfants sourds et c'est vrai que c'était un travail très difficile à l'époque. On ne savait pas faire, on était souvent très déçu des résultats et on pédalait un peu. On n'avait pas conscience de ce qu'on aurait pu faire d'autre, des difficultés. On était enthousiastes. Parfois ce n'était pas facile c'était sûrement encore moins facile pour les enfants que pour nous quand j'y repense. Au fur et à mesure de l'expérience et des connaissances, on sait plus de choses mais on a conscience de tout ce qu'on ne connaît pas.

Avant on avait de l'insouciance et maintenant on a de l'humilité. Il faut savoir dire parfois « je ne sais pas ou plus faire ». Sans que ça m'embête, ça ne m'angoisse pas car il faut être humble. Se dire que parfois sur le plan de la relation ça ne passe pas avec certains individus. Avec des patients adultes en matière de voix où on touche beaucoup le psychisme. On sent tout de suite que ça ne va pas coller, que la personne n'est pas prête à faire confiance, ni à s'engager à faire un travail. Je ne sais pas pourquoi on voudrait absolument décider que ça marche : c'est un cheminement à deux.

Parfois on est agacé. On se rend compte parfois aussi avoir raté sa séance ou imaginer qu'on va pouvoir faire un travail et on se fourvoie à l'intérieur de la séance. Le tout c'est de s'en rendre compte, on a le droit à l'erreur.

Selon vous, cette angoisse ressentie par le patient peut-elle entraver le travail orthophonique ?

Pour moi, il ne faut pas être dans la maîtrise, surtout pas. Ma conception c'est que c'est le patient qui doit cheminer et on doit arriver à l'aider dans son cheminement. Ce n'est pas notre désir à nous mais c'est le désir du patient qu'il faut prendre en compte. Le prendre là où il est rendu, accepter le temps qu'il faut avec toutes les arcanes. Ça je pense que c'est important. Parfois on se demande pourquoi on n'y arrive pas donc il ne faut pas hésiter à dire qu'on ne sait plus comment faire.

On peut imaginer aussi travailler avec quelqu'un. A l'intérieur de l'institution c'est un peu plus facile qu'en libéral. En libéral ça me paraît important d'avoir un réseau. C'est pas facile parce que un réseau c'est étroit, les psychologues sont surbookés, qu'il faut en faire la demande à la famille... J'ai quand même vu des situations bloquées, dont on pourrait nommer l'origine l'angoisse, une enfant qui a l'équipement pour progresser et qui s'empêche, qui n'est pas dans le plaisir de développer ses capacités. On reçoit la famille. Il y a besoin d'un travail psychologique spécifique sur la relation. C'est bien d'être relayé.

Quelle place a pour vous la technique face à un enfant angoissé ? Que vous apporte-t-elle ?

Tout dépend ce qu'on appelle technique. Plus on a d'expérience et de connaissances, plus on a de capacités à recevoir ce que nous donne l'enfant, et utiliser à bon escient ce que l'enfant est et ce qu'il a. Ça peut être une forme de technique. Souvent c'est savoir attendre, respecter des silences, du désordre, ça ne se mesure pas, ne se codifie pas.

Ça dépend de l'expérience mais aussi peut-être quelqu'un qui a fait un travail relationnel sur lui est plus à même de développer ça.

Que mettez-vous en place pour contenir son angoisse (dans le cadre de la séance) ?

Un support peut venir à notre rescousse, mais on ne peut pas le savoir à l'avance, il faut essayer. Là c'est difficile de parler dans l'absolu. Un enfant qui garde tout pour lui, qui ne veut pas parler, on ne sait pas si c'est le mettre en difficulté en lui proposant de la pâte à modeler ou un jeu de poupée. Est-ce que ça va faire jaillir quelque chose ?

Je pense à un petit bonhomme que j'avais eu avec un retard de parole et de langage énorme. Je connaissais un peu la famille car j'avais suivi la sœur aînée. C'était des gens simples qui voulaient le bien pour leurs enfants mais qui n'avaient pas trop de moyens pour les stimuler. Je ne savais pas trop quoi penser de l'enfant. J'avais plus l'impression qu'il ne voulait pas lâcher les bénéfices secondaires de son état de petit dernier. Il menait sa famille par le bout du nez. Au départ je me suis dit qu'il avait des difficultés cognitives mais très vite je me suis rendue compte que ce n'était pas le cas. Ceci dit, il avait un niveau de parole de tout petit alors qu'il était en MS. Ça mit beaucoup de temps à bouger. Si je l'avais contraint à faire quelque chose ça l'aurait mis dans un état pas possible. Alors je n'aurais pas dit que c'était de l'angoisse, j'avais plutôt l'impression qu'il luttait pour garder ses bénéfices secondaires. Je travaillais avec la maman au départ parce qu'elle ne pouvait pas s'en aller. Je ne sais pas si j'aurais su nommer mais il m'a causé pas mal de questions. C'est vrai que cet enfant là il n'était pas question de l'obliger à parler. Il fallait déjà qu'il accepte la séparation, que la maman s'en aille de mon bureau sans qu'il se roule par terre. Il ne montrait d'intérêt pour rien, il fallait trouver des portes. Il était sacrement filou. Je n'ai pas pu travailler avec quelqu'un d'autre mais j'ai beaucoup travaillé avec les parents pour qu'il y ait plus de fermeté et d'exigences.

Quelles sont les spécificités du travail orthophonique qui permettent de cadrer l'angoisse ?

Le cadre de la séance, la régularité. Pour cet enfant qui avait des difficultés, je le voyais deux fois par semaine pour que ce soit régulier, on posait les choses, on continuait le travail avec la maman.

Dans le cadre de la séance, tout dépend de la forme d'angoisse. Je pense à Lucie, maintenant elle est plus cool. En début d'année je voyais bien que si j'avais eu des exigences cadrées par rapport à la parole, à ce qui était difficile, elle n'aurait pas pu. Elle se bloquait c'était trop dangereux. Il fallait accepter qu'il y ait des choses qu'on ne pouvait pas exiger dans le moment, attendre, la rassurer. Prendre le temps de cheminer d'accéder aux choses.

Avez-vous déjà ressenti le besoin de vous former davantage ou de faire un travail plus personnel lorsque vous êtes retrouvé(e) devant un enfant angoissé ?

J'ai beaucoup appris avec la méthode Feldenkrais de différenciation par le mouvement. On travaille sur le squelette, mais on sait bien tous les liens existants entre le mental et le physique. A partir de ce travail plutôt physique, du petit mouvement, sur la liberté du squelette, on voit bien qu'il faut cheminer, on ne peut pas décider d'un chemin. C'est un peu lointain et réducteur. Ce travail sur soi m'a fait comprendre que chacun était particulier. Il y a des choses à respecter. Pour que ce soit intégré, il faut le vivre. Ce n'est pas être en imitation de modèle. Par rapport à l'orthophonie, c'est intéressant. Voir qu'on a des chemins différents et qu'il faut les suivre. Ça permet d'être humble : on ne peut pas imaginer le même processus pour tout le monde.

Que pensez-vous du travail d'équipe ?

En CAMSP, dans l'établissement, on a une réunion mensuelle qui m'a bien aidée pendant un temps. Maintenant elle est moins nécessaire, il y a différentes choses qui se conjuguent et qui font que je suis moins inquiète.

Je pense à une époque où on faisait pas mal de route pour aller à domicile. Je suis allée assez loin pour travailler avec une petite fille sourde qui n'était encore qu'un bébé. Donc autant dire que on avait plus de 2h pour une prise en charge. Ça faisait beaucoup de trajet pour une séance où on échangeait avec les parents mais où, au niveau du travail avec les enfants, ce n'était pas beaucoup. Donc c'était important de pouvoir dire ce qu'on y faisait et important d'en parler. Cette réunion a une valeur régulatrice par rapport à un travail entre autre avec les tout petits où il n'est pas question de faire répéter et où les progrès sont très lents, où on travaille beaucoup avec les familles, etc.

Témoignage n°5

Comment définiriez-vous l'angoisse ?

Pour moi, c'est quelque chose de très fort et qui surgit relativement brutalement. Pour les enfants psychotiques, ça va survenir tout d'un coup à l'occasion d'un mot ou de quelque chose qui va provoquer cette angoisse chez eux, un changement justement.

Vous êtes-vous déjà penchée sur cette question ?

Oui, dans le cadre de formations, et de séminaire de lecture du Séminaire X L'angoisse de Lacan. J'ai été intéressée par tout ce qu'il a écrit sur l'angoisse.

L'angoisse des patients et les manifestations ?

Ça peut être des tics, une agitation, ou quand l'enfant part dans la pièce sans trop savoir où il va, qu'il passe d'une chose à une autre... Ou encore ceux qui parlent sans arrêt : la logorrhée.

Quelles en sont les causes ?

Parfois c'est facile de les repérer, mais pour d'autres, au contraire, on doit se creuser la tête pour voir ce qui a pu déclencher tout d'un coup ce mal-être.

Y a-t-il des situations où vous ressentez de l'angoisse chez les parents ?

Dernièrement, j'ai vu des parents qui sont venus pour un bilan pour leur fils. Ils avaient déjà été dans de multiples consultations, et là ils étaient encore envoyés par le médecin pour que je fasse un bilan. L'écart était quand même de deux ou trois ans par rapport à la normale. Alors que les parents avaient l'idée que leur fils irait en CLIS, il y a quand même quelque chose qui est survenu, en particulier chez la mère, quelque chose d'innommable. Je crois justement que l'angoisse, c'est ce qui est innommable. C'est-à-dire qu'elle savait qu'il serait empêché de suivre un cursus normal. Et en même temps, être en direct confronté à la réalité, dans le cadre du bilan, où on est amené à faire un constat dans un très court temps, c'était difficile. Elle s'est retrouvée face à quelque chose qu'elle ne pouvait plus gérer, et qui, à mon avis, s'apparente à l'angoisse. Derrière cette angoisse s'apparente peut-être tout ce qui concerne le devenir de son enfant aussi, mais ce n'est pas nommable. Ce sont des choses qu'elle a perçues, en mesurant justement le gouffre qui s'ouvrait devant elle, mais sans justement en voir le fond ou l'étendue. C'est ça le plus angoissant, l'impossibilité de mesurer.

Les parents repèrent-ils l'angoisse de leur enfant ?

Ça dépend vraiment des situations.

Avez-vous déjà repéré un lien entre l'angoisse des enfants et le comportement des parents ?

Le comportement des parents peut provoquer de l'angoisse chez leurs enfants. En particulier certains enfants qui perçoivent que leurs parents ne sont pas adéquats, mais qui ne peuvent pas y mettre des mots. C'est quelque chose qu'ils ressentent. Par exemple des enfants psychotiques et des parents qui ont du mal à ajuster leur

comportement. Je pense à un garçon psychotique dont le père est lui-même psychotique. C'était assez dur parce que le père se faisait soigner, mais de temps en temps il n'était pas bien du tout. Son fils, qui réussissait quand même à se raccrocher à certaines choses de la réalité et à se contenir en classe, quand le père n'allait pas bien, devait percevoir quelque chose aussi et se désorganisait lui aussi totalement. Là il y a sûrement des liens.

Y a-t-il des situations où vous vous êtes sentie en difficulté ?

Tout dépend des modes de défenses que l'enfant prend à ce moment là. S'il passe à l'attaque, ce n'est pas très facile. S'il est dans le repli, ce n'est pas toujours facile non plus d'aller le chercher. C'est vrai qu'au bout d'un moment on oublie. Mais il y a une situation quand j'ai débuté qui m'est restée. C'était un enfant de pathologie limite, angoissé, perdu, passant d'une chose à l'autre, avec beaucoup de violence verbale. Là, j'étais démunie parce que j'étais à mes débuts. En plus le travail avec le médecin était très compliqué : il racontait à la mère que ça allait s'arranger. Je l'avais envoyé à notre professeur de psychopathologie de l'école d'orthophonie de Nantes qui n'a pas vu l'immensité du désastre, donc c'était un peu dur. Cet enfant là, ça m'est resté en mémoire mais je ne sais pas ce qu'il est devenu. Donc je pense que le travail en libéral est sûrement plus dur face à des enfants comme ça, parce qu'il faut vraiment avoir des appuis, des médecins pédopsychiatres sur qui on peut compter et se créer des appuis, des réseaux, quelqu'un qui puisse nous soutenir en cas de manifestations comme ça. Il y a quand même beaucoup d'enfants qui arrivent en CMPP avec des indications de psychothérapie et qui sont envoyés par des orthophonistes en libéral. Je pense que ce sont, pour certains enfants, des orthophonistes qui se sont retrouvées face à un enfant angoissé et qui ont eu du mal à s'en sortir. Parfois aussi on provoque des situations qui renforcent l'angoisse chez l'enfant, si on est trop rigide, trop dans la proposition. Ça peut provoquer un regain d'angoisse chez l'enfant.

Quelquefois ça ne relève pas spécifiquement de l'orthophonie. Donc un travail orthophonique sans travail parallèle de psychothérapie me semble peu propice.

Les enfants psychotiques, il faut les soutenir dans leur lien au langage mais ça a des limites. J'ai un suivi ici que j'ai souhaité arrêter au bout de trois ans. Peut-être qu'il pourra revenir plus tard, mais je ne suis pas du tout pour un travail en continu. C'est très trompeur : il donnait l'impression de savoir lire mais c'était une lecture mécanique et la compréhension ne suivait pas. Donc pour tout ce qui est problème, il n'arrivait pas à se décaler et il collait trop au sens. Mais il n'avait pas vraiment d'angoisse.

Selon vous, cette angoisse ressentie par le patient peut-elle entraver le travail orthophonique ?

En ce qui concerne la question du travail dans les groupes thérapeutiques : il y a des moments où c'est bien d'avoir des contrôles, parce qu'il y a vraiment des moments d'angoisse, dans les moments d'agressivité. Des enfants pour qui, je pense, le groupe est nocif. Alors comment prendre une position ? C'est suivant le médecin, suivant là où on en est de notre évolution personnelle. L'enfant doit-il rester en groupe ou doit-on le sortir ? Parce que l'angoisse que cet enfant provoquait chez les autres thérapeutes et enfants était quand même un empêchement de travailler, de penser. Est-ce qu'on doit mettre les autres enfants dans un empêchement de penser ?

Pour nous, par exemple, ça c'est un signe d'angoisse quand on n'arrive plus à penser. Quand on est dans un vide de pensée c'est souvent en lien avec l'angoisse. Ça dépend évidemment de ce qu'on appelle par travail orthophonique.

Que mettez-vous en place pour contenir son angoisse ?

Je pense qu'il faut avoir une palette très variée pour pouvoir faire des propositions qui soient acceptables par l'enfant. Avoir une certaine souplesse pour laisser s'exprimer cette angoisse sans soi-même se sentir détruit. Et après seulement on peut travailler. Mais il faut avoir une palette de propositions et ne pas se fixer sur quelque chose de précis, pas non plus laisser l'enfant choisir tout le temps, mais avoir soi-même des propositions à faire. Soit lire ou écrire pour lui, se faire son secrétaire, faire des jeux... Avoir en réserve une palette de propositions qui provoque à chaque fois des situations de relation différentes. Se faire « medium malléable » : proposer et faire que l'enfant choisisse et réussisse à investir l'une d'elles. Mais ce n'est pas le laisser choisir. C'est être soi-même une réserve. C'est là que je pense que le travail d'orthophoniste doit être un travail inventif autour des mots. Il y a tellement de choses et en même temps on n'a pas besoin de beaucoup de matériel. Donc la question est toujours : comment travailler avec l'enfant dans son lien au mot et au monde ?

C'est voir ce qui marche, si il rebondit sur notre proposition, et si ça ne marche pas, on la retire. C'est vraiment ça le travail : un ajustement permanent à l'enfant. Je dis que mon travail ne se voit pas et que c'est difficile pour une stagiaire de repérer tous les ajustements que je fais parce que je suis justement dans l'observation en permanence de l'enfant et je réajuste mes propos. Je ne lui demande pas de faire quelque chose. Quand je modifie mes mots, si on n'est pas attentif, on ne voit pas la petite différence que j'essaie de faire passer. Chez les enfants angoissés, pour certains c'est par la proximité, c'est intéressant. Moi je suis souvent dans un premier temps à mon bureau et l'enfant est dans la pièce où il veut. Je me rapproche un peu et je vois l'effet que cela produit. Il y en a justement pour qui ça produit un effet d'angoisse de sentir le rapprochement et l'éventuel

collage. Donc il y a tout un travail qui se fait justement sur la distance. Une trop grande proximité est vraiment source d'angoisse pour certains. Le face à face dans un bureau pour certains ce n'est pas supportable non plus. Et aller systématiquement à côté de lui, il faut faire attention à l'effet que ça produit sur lui. Il y en a pour qui ça a l'effet de les faire flamber. Les variations de cadre également pour certains enfants sont très angoissantes. L'inverse, les enfants trop proches, est moins de l'ordre de l'angoisse mais plus de la carence, de l'archaïsme, d'une recherche de proximité corporelle.

Avez-vous déjà ressenti le besoin de vous former davantage ou de faire un travail plus personnel quand vous vous êtes retrouvée face à un patient angoissé ?

Moi j'ai fait plusieurs formations : autour du Séminaire X de Lacan, la formation de groupe thérapeutique aussi pendant trois ans. On travaillait beaucoup sur la question de l'angoisse, de la place de l'autre dans le groupe. J'ai également fait des suivis de contrôle pendant plusieurs années dans le cadre du CMPP. On se retrouvait à plusieurs thérapeutes : psychologues, orthophonistes et psychomotriciens. On se voyait régulièrement entre nous et, une fois de temps en temps, un psychanalyste formé aux thérapies de groupes venait nous aider à réguler notre pratique. C'était juste pour les gens travaillant en co-thérapies ou monothérapies dans le cadre de groupes thérapeutiques.

J'ai fait aussi des groupes de contrôle pour les prises en charge individuelles il y a longtemps, mais j'ai décidé que j'arrêteraï parce que j'étais en colère sur le fait qu'on soit peu payé en fin de carrière, notamment par rapport aux jeunes psychologues. Je trouve cela injuste et pas reconnaissant pour notre travail : maintenant j'ai décidé d'y aller uniquement si c'est payé, mais pas par moi. On demande aux professionnels de donner de leur temps et de leur argent pour faire des contrôles et être le plus adéquat possible.

J'y trouve de l'intérêt, je trouve que c'est quand même très important vu qu'on est amené à travailler avec des enfants très en difficulté.

Maintenant je pense qu'avec mon expérience je peux m'en sortir. Mais je trouve quand même que c'est bien de pouvoir parler de sa pratique. Ça permet dans des moments où on est face à des enfants plus angoissés, où on ne réussit pas à trouver le moyen qui marche, justement dans toute sa palette, et où on se sent démunis. Ça c'est important de pouvoir en parler. Ça permet de supporter des situations difficiles, on est confronté de temps en temps à des choses qui bousculent et qui bouleversent. C'est une bonne chose.

Trouvez-vous beaucoup de ressources dans la formation d'orthophoniste universitaire ?

J'ai fait l'école d'orthophonie de Nantes, les trois ans de formation à la Pédagogie Relationnelle du Langage de Chassagny, les trois ans de formation de thérapeute de groupe, et récemment le diplôme d'animatrice d'atelier d'écriture. Ce n'est pas en lien avec le soin mais c'est applicable en orthophonie après.

La formation universitaire est une formation d'école, donc elle n'est pas suffisante. Ça s'acquiert au fil de l'expérience. Il y a des gens ou des écoles qui ne travaillent pas du tout comme ça : une orthophoniste venant de Marseille que je connais ne fait que du scolaire. Elle n'a aucune formation sur le plan pédiopsychiatrique et pour elle ça ne fait pas partie de son univers. Ça dépend des écoles. Ça dépend des stages aussi.

Moi je suis pour le travail en équipe pour les situations difficiles comme les enfants psychotiques. Je ne sais pas comment font les orthophonistes en libéral.

Il y a une autre situation qui m'angoisse : ce sont les enfants qui n'arrivent pas à apprendre à lire malgré tout ce que je peux mettre en place. Ceux qui savent lire au début de la séance et plus à la fin. C'est angoissant parce que c'est du terrain mouvant en permanence. A mon sens ce sont des enfants qui s'inscrivent dans une histoire familiale d'inceste. Il y a de l'inceste, pas forcément sur eux, mais au niveau parental. Ça provoque des enfants qui n'arrivent pas à entrer dans les apprentissages. Ça me met très mal : l'insaisissable, la non compréhension. Pourquoi il sait lire tel son en début de séance et puis qu'à la fin il ne peut plus ? Pourquoi, après un an de travail, on en est au même point ? En général ça développe chez moi de l'agressivité. Et je me mets à faire faire des exercices parce que je reviens sur des choses très techniques, parce qu'il y a de l'angoisse chez moi, que je n'identifie pas très bien. Maintenant je pense que c'est lié à des histoires familiales traumatiques et puis je réussis à identifier, et je me sens plus à l'aise. Mais j'arrête le travail parce que je pense que l'orthophonie ne suffit pas. Je pense qu'un groupe conte est plus aidant, une thérapie quand c'est possible, un travail avec les parents aussi mais c'est plus difficile. Ils ont du mal à se dire que ça peut venir d'un problème familial sur lequel ils ont mis parfois un couvercle, ou ils ne veulent pas ou ne peuvent pas se souvenir. Ça c'est une situation que je n'aime pas. Je me rends compte que je me mets à faire du technique, ressortir ce que j'avais appris dans mes années d'orthophonie, voir si ça va rentrer et du coup ça devient très agressant pour l'enfant. Je m'en rends compte plus ou moins rapidement et j'arrête. Comme on est démunis, c'est ça qui est angoissant, rien n'accroche on ne sait pas on ne comprend pas : ça c'est de l'angoisse. Tout à l'heure je parlais du vide de pensée : là c'est l'absence, l'inconnu qui dans ces situations est angoissant.

J'ai participé donc à un groupe de lecture et d'échange sur le Séminaire X : c'était très mélangé avec des psychologues, psychanalystes, médecins, pas que des orthophonistes.

Je trouve également très intéressants les groupes contes : en quoi une orthophoniste doit être présente ? Pour toute l'attention qu'il y a au langage. Comment travailler tout ce qui est de la parole portée dans le conte ; comme pour les groupes d'écriture d'ailleurs ?

J'ai un ado qui consulte pour des troubles de langage écrit : on travaille la rapidité de lecture et aussi des exercices d'ateliers d'écriture. C'est un enfant qui a sûrement vécu du traumatisme. Il a un frère qui a eu un cancer et il avait quelques mois quand la famille a pensé que le frère aîné faisait une récurrence. Pendant quelques semaines, les parents étaient dans une angoisse folle. Là on retrouve la question de l'angoisse. Ce petit bébé a certainement du éponger de l'angoisse pure, sans mots, car il était trop petit, les parents n'ont sûrement pas pensé à parler à ce bébé. Je pense que l'angoisse très précoce, diffuse et familiale, a provoqué un lien aux mots et au monde qui laisse des traces maintenant.

Ce n'est pas tout à fait l'enfant-symptôme. Là il a plutôt épongé. Il n'était pas le symptôme d'un mal être familial. Il y a eu un malaise énorme autour de la maladie du frère mais lui son symptôme est la trace d'une histoire familiale. L'enfant-symptôme est souvent dans l'actuel, symptôme d'un dysfonctionnement familial.

Ce souvenir est venu quand j'ai demandé à la mère, parce que je m'interrogeais sur ses difficultés flottantes, s'il y avait eu un traumatisme dans l'enfance de son garçon : c'est là en cherchant que lui est revenu l'histoire de la rechute du frère ; mais elle ne me l'a pas apporté d'elle-même, elle n'y pensait plus.

C'est la question du traumatisme sexuel, dans certaines familles, ou d'autres traumatismes comme ici la maladie, qui sont souvent sources d'angoisse : mais les traces sont identiques comme les confusions, etc.

Quand on trouve des choses flottantes et qu'on n'arrive pas à les identifier, soit ça provoque de l'angoisse chez nous, ou souvent ça provoque un questionnement. Souvent ce symptôme s'inscrit dans la lignée familiale, ce n'est pas que le fait de l'enfant.

Témoignage n°6

Je m'y suis intéressée par la force des choses parce que c'est bien rare qu'il n'y en ait pas. Dès la première rencontre avec les parents et l'enfant, on la rencontre. Les trois quarts du temps, les enfants ne savent pas trop pourquoi ils sont là, il n'ont pas trop compris même si on leur a expliqué. Donc rien que ça déjà c'est inquiétant.

L'angoisse c'est fort, c'est bien au delà de l'anxiété, c'est déjà un état plus profond. Je dirais que dans le premier entretien, en temps ordinaire, c'est plutôt d'une relative anxiété qu'il s'agit, pas d'angoisse, sauf chez des enfants qui présentent déjà des troubles anxieux, qui là se manifestent quel que soit le contexte, que ce soit un entretien ou autre. L'anxiété, bien sûr, c'est quelque chose qui cède vite quand on redit bien à un enfant pourquoi il est là. En général, ça suffit pour apaiser aussi l'anxiété des parents. L'angoisse, c'est vraiment autre chose. Moi j'appelle ça plus de l'anxiété. Dans les premières rencontres, on en voit des manifestations et c'est d'ailleurs ce qui permet d'ouvrir le dialogue. Cette forme là est mobilisable, permet un échange, de mettre des mots dessus qui soient recevables par l'enfant. C'est effectivement un levier du démarrage du travail. Pour moi, l'angoisse c'est beaucoup plus lourd. Des enfants très angoissés on en rencontre beaucoup, surtout ici au CMPP.

Que faire de ça ? Chacun fait son travail. Il est sûr d'une chose, ça n'est pour moi en aucun cas en m'appuyant exclusivement sur des connaissances linguistiques et théoriques qu'on trouve en soi des moyens d'être.

Dans ma formation à Nantes, on n'était pas formé à être en situation clinique réellement. On a des connaissances, mais bien souvent non seulement s'appuyer dessus ce n'est pas suffisant et même parfois c'est aussi contre productif. Parce qu'un enfant très angoissé, lui donner un matériau technique, ça ne rentre pas trop. On est un peu toutes pareilles ici, on a bien d'autres formations. Pour autant, moi j'ai aussi une maîtrise de psychologie. Je crois que ce qui permet de travailler, c'est d'abord un travail sur soi, les lieux de régulation que sont les échanges avec les autres, et les synthèses. On peut quand même essayer ensemble d'élaborer, non pas des réponses, mais au moins des pistes qui pourraient faire que le lien thérapeutique s'installe et tienne.

Quelles sont vos formations ?

J'ai commencé par de la philosophie, puis j'ai fait l'école d'orthophonie à Nantes, mais très vite justement, j'ai été un peu insatisfaite du côté extrêmement pseudo médical d'un côté, et pseudo pédagogique de l'autre. Je trouvais ça très scolaire, et du coup j'ai commencé une licence de psychologie en même temps, que j'ai terminée en commençant à travailler. Il se trouve que mon stage de dernière année, très long à l'époque (on avait souvent qu'un seul stage). Moi j'ai, un peu par choix et chance, choisi de travailler en hôpital psychiatrique, en consultation de secteur qui venait de commencer à s'ouvrir. Donc essentiellement des enfants psychotiques et avec tout le travail d'équipe qu'il y avait derrière à l'époque. C'était vraiment la grande époque de la thérapie institutionnelle : réunions, études de cas, de pratiques. Donc ça a été une année pour moi extrêmement riche. Et puis après j'ai continué jusqu'en maîtrise de psychologie tout en travaillant en CMPP. Et là, j'ai aussi fait une formation assez longue dans le cadre de la formation permanente, qui était plus orientée psychomotricité. C'était ouvert à des thérapeutes autres, non psychomotriciens, pour faire un travail vraiment sur la communication non verbale. La formation permanente, c'est la formation payée par l'institution où on travaille. C'était vraiment une

formation longue : pendant trois ans, six semaines par an. On explorait à la fois tout ce qui pouvait être la relaxation thérapeutique, le jeu sous les masques...ça ma beaucoup apporté. Et puis en formation autre, je n'ai jamais fini complètement ma maîtrise de psychologie pour différentes raisons, il me manque un petit bout. Mais du coup, je me suis relancée après, parce que ça m'intéressait bien et que très souvent, surtout notre génération, chez les orthophonistes il y avait deux grandes tendances. C'était soit devenir pseudo médecin, c'est à dire plus de l'organique et du fonctionnel. Et puis il y avait cet espèce de no man's land avec des orthophonistes un peu comme moi qui avaient plus une expérience, et je dirais aussi une formation pratique, plus orientée psy. Et d'un coup, il y a eu un moment où l'on ne savait plus trop. Moi, j'étais entre les deux. Je trouve que la langue, le travail sur les mots, le travail avec les mots, est aussi un media tout à fait passionnant qu'il fallait défendre. J'ai aussi une formation PRL et de technique des associations, ainsi qu'une maîtrise de linguistique. Je me suis vraiment ancrée dans la langue. J'ai pris ce parti là, tout en sachant les effets thérapeutiques d'un travail sur les mots et avec les mots pour des enfants qui peuvent être très angoissés. J'ai à côté de ça depuis des années un travail personnel de thérapie analytique.

J'ai mon lieu et puis sinon il y a les groupes de travail et les séminaires de texte. Autre chose qui est un peu ma spécialité aussi, depuis une dizaine d'années, c'est qu'on a commencé ici des groupes thérapeutiques conte. Alors ça aussi c'est une manière de lier l'émotionnel, l'angoisse, les mots et par le biais d'histoires. Je n'ai pas une formation définie mais j'ai beaucoup travaillé avec Laforgue, et j'ai fait des stages et séminaires autour du travail du conte. Ça c'est devenu un peu ma manière d'être ici. Dans ces groupes, on rencontre effectivement beaucoup d'enfants pour lesquels le symptôme angoisse est très prégnant. Finalement, on répond à l'angoisse de ces enfants là, qui souvent tourne autour de la question des origines, de la perte des repères...On répond justement avec des histoires qui font peur et qui nous, ne doivent pas nous faire peur. Parce que souvent la réaction de pas mal de mes collègues au départ, c'est « attends, il est déjà complètement angoissé, terrifié, il y a des tas de choses qu'il n'arrive pas à dire autrement que par une agitation anxieuse importante, et vous allez lui donner des histoires de dévoration, etc. » Et bien oui, parce que, finalement, c'est une manière de mettre des mots et des images extérieures à lui, mais qui correspondent à son agitation et du coup, dès l'instant où c'est posé là, où ça peut être entendu comme quelque chose qui parle de lui, mais qui n'est pas lui, il peut se mettre en position d'entendre. Ça a un effet plus apaisant que ce qu'on pourrait imaginer. Je trouve que dès l'instant qu'un petit enfant peut se mettre en position d'entendre une histoire qui fait peur mais qui n'est pas du tout aussi terrorisante que sa terreur intérieure, et qu'en plus, il peut la jouer avec d'autres, c'est intéressant. A partir du moment où il la joue, ça la fait exister en dehors. Souvent on a quand même des effets d'apaisement et de parole possible du coup.

Même en situation duelle, j'ai ressenti ça. Je pense à un enfant, sinon psychotique, du moins un peu borderline, dont l'angoisse se traduit par un espèce de n'importe quoi, il passe sa vie à dessiner des monstres absolument épouvantables au tableau, à faire des espèces d'ectoplasmes informes, ou à tourner dans mon bureau à longueur de temps en disant « c'est nul, c'est nul ». Il n'y a pas grand chose pour l'arrêter. Au début, j'avais proposé des choses mais il ne se passait rien. Et, du coup ma position ça a été de faire « rien », c'est-à-dire de « rien » proposer. Mais il faut que ce « rien » ou ce retrait de la part du thérapeute soit vraiment un choix thérapeutique délibéré. Il faut l'habiter, être capable de faire « rien », de le laisser tout un temps errer dans le bureau, dessiner ses ectoplasmes, dire « t'es nul, je suis nul, c'est nul ». C'est un enfant, je crois, qu'on avait beaucoup sollicité. Et du coup, face à mon attitude, c'était très différent. L'important, c'est que ce faire « rien » n'angoisse pas le thérapeute. Je suis là, on est là tous les deux, mais je ne fais rien, et ça ne m'angoisse pas, ça ne m'affole pas. On se rend bien compte que cette position là, à un moment ou un autre, ça finit par faire bouger des petites choses. L'interrogation ou la curiosité commencent à émerger et finalement la demande aussi. Son dessin a commencé à changer un peu, petit à petit, c'était moins ectoplasmique, moins menaçant. « Tiens, il a l'air plus gentil ton monstre aujourd'hui ». Il a commencé à vouloir écrire. Ce jour là, comme d'habitude, il tourne en rond à dire « c'est nul ». Je lui réponds « ah oui, c'est vraiment nul d'avoir envie de lire et de ne pas pouvoir, de pas s'autoriser ». Il faut savoir que c'est l'enfant du milieu de triplés, c'est celui qui a tout pris comme dit sa mère, elle le traite d'imbécile à longueur de temps. Il est arrivé là car son frère et sa sœur avaient appris à lire et étaient passés en CE1 et lui non. Deuxième CP, toujours rien. La semaine suivante, il a fait tout un dessin au tableau, structuré : un plancher, un grenier, une cave, et il a commencé à me dessiner des rats qui se battaient. Et il s'est mis à écrire « il y a des rats qui se battent dans le grenier ». Je lui dis « si il y avait un loup qui arrivait là dedans ! », « ça serait la...comment on écrit pagaille ? » Et là, pareil, au lieu de lui donner la réponse, j'ai eu ce jour là cette bonne idée de lier le sens et le son et, toujours en retrait, je lui dis « qui va gagner la bataille ? » Le mot « bataille », il l'a entendu, ça correspondait à ce qui se passait, et il a écrit pagaille correctement. C'est un peu ça que je voulais montrer. C'était un enfant hyper angoissé, il écrivait beaucoup plus que ce qu'il montrait mais c'était toujours « c'est nul ». Alors, dans cet écart là, de distance et en même temps de proximité à ce qu'il était en train de dire, ma réponse n'a pas été une réponse normative d'orthographe, ni une réponse « oh oui qu'est ce qui se passe », je lui ai dit un mot qui ressemblait à ce qu'il disait mais qui était réinsérable. Cet enfant là, il n'est pas sorti de l'auberge : il a quand même commencé une psychothérapie. Avec moi, il s'est mis à faire

du scrabble. Et maintenant, la bataille, c'est la bataille des mots. De l'angoisse massive, les monstres et araignées partout, du coup on passe à la symbolisation.

L'autre ressort quelquefois, pour ne pas s'angoisser, ou du moins être capable de ne pas s'affoler devant un enfant angoissé, c'est l'amusement sur soi même, partagé avec les collègues. C'est quelque chose de très important je trouve. Il permet d'entendre des choses difficiles, de les prendre en compte mais pas d'être contaminé. Parce que je crois que, si nous on se sent impuissant et du coup très angoissé par ce genre de situation, on ne peut pas trouver quelque chose à l'intérieur de soi pour être là. Avoir cette espèce de distance, c'est dur mais ça fait réfléchir, ça fait associer, et c'est comme ça aussi, parfois, qu'on trouve des mots qui nous viennent. C'est un peu exemplaire cette histoire de « pagaille », mais il y a des moments de grâce parfois de temps en temps, et c'est là dessus qu'il faut s'appuyer, sur notre possible créativité pour répondre à ce genre de chose.

Avez-vous déjà été déstabilisée ?

C'est peut-être la vieillesse mais c'est plus facile maintenant. Il y a eu des tas de moments déstabilisants depuis 33 ans que je fais ce métier. J'ai vécu des tas de moments où je me suis dit « stop ce n'est pas possible, je change, je vais faire des crêpes ». Vraiment. Je crois que comme dans tous ces métiers là, il y a des tas de mouvements, qu'on retrouve d'ailleurs chez tous les stagiaires qui viennent ici depuis longtemps. C'est surtout les premières années de travail les plus dures. Je me souviens bien que j'ai eu des tas de moments comme ça, où on essayait d'être dans quelque chose de pas du tout pédagogique, et puis où en fait quand on était un peu en panne avec un enfant, ou qu'on doutait de la pertinence de notre manière d'être, arrivaient souvent des moments comme ça où on se remettait à faire de la grammaire, des exercices. Un peu aussi presque pour défendre notre position d'orthophoniste, parce que ce n'est pas facile je trouve. Du coup, il y a des tas de moments défensifs où on se réfugie dans une espèce de technique, qui souvent, en fait, n'en est pas une. Moi je suis souvent atterrée de voir certains jeux d'apprentissage de la langue, qui sont produits par ortho édition. Il y a des jours où je grimpe aux rideaux. Parce que très souvent, ce sont des exercices qui visent juste à restituer une espèce de norme de la langue, qui en fait n'est même pas juste. C'est juste des questions formulées de telle sorte qu'il y ait une réponse, et une seule, et qui ne travaille pas du tout sur la polysémie, la synonymie... Un mot, ce n'est pas une chose. On leur dit que ce n'est pas ça parce que c'est ça, et c'est tout, il n'y a pas de raison sémantique ou substantielle. On ne les fait pas jouer, les jeux d'orthophonistes c'est du français d'orthophonistes, ce n'est pas de la langue vivante. Très souvent, on a dans notre parcours professionnel, des moments très défensifs où on se raccroche à ce qui semble être un travail. On a fait quelque chose pendant la séance. Ce n'est pas inutile parce que je pense qu'il faut se rassurer parfois avec ce genre de béquille, enfin de béquille pas forcément. C'est pour pouvoir après repasser à autre chose. C'est vrai que l'angoisse de notre métier, c'est ça. En plus, notre statut professionnel n'est pas aidant du tout. Donc on ne sait jamais trop. Nous on s'occupe de la langue, or s'occuper de la langue, c'est beaucoup s'occuper du psychique. Et en même temps, on peut aussi choisir de s'occuper du psychique en travaillant vraiment sur les mots, pas en faisant de la pseudo psychothérapie. C'est ça qui est difficile.

Un autre petit truc pour rassurer : souvent il faut changer de mode d'être. J'ai fait la formation des techniques d'association longtemps. Pendant tout un temps, Hélène et moi, on se donnait un temps et on faisait nos séries ensemble pour s'entraîner, travailler les mots. Ces temps-ci, je travaille un peu moins comme ça, le conte a beaucoup envahi. C'est aussi un support de travail et d'échange avec l'enfant qui est très riche et qui nous met à mal, mais qui je trouve est tout à fait passionnant. C'est partir des mots d'un enfant où, au fur et à mesure, il va tout de même finir par parler de lui. Nous, en réponse, lui donner des mots mais qui ne vont pas aller dans le sens d'une interprétation, même si on a entendu, mais qui vont lui permettre d'agrandir son champ lexical, de lui donner d'autres images de mots, d'autres représentations, de ne pas se fixer juste sur un sens, un mot. Et ça aussi ça fait travailler l'imaginaire. Alors ce n'est pas un travail de psychothérapie, c'est vraiment un travail d'orthophoniste, bien qu'il n'y a pas très longtemps, j'ai été sidérée parce que, lors d'atelier d'écritures, Nadine Garnier, qui s'en occupe, était atterrée de nous dire que la journée de formation n'allait pas être remboursée aux orthophonistes en libéral, parce que l'organisme de formation continue pense que l'atelier d'écriture, ce n'est pas un travail d'orthophonistes. Cette idée de l'orthophoniste comme rééducatrice tire langue, ça persiste. C'est-à-dire qu'il y aurait le fonctionnel pour l'orthophoniste, l'éducatif pour le professeur, et le psychique pour le psychologue. Cet entre-deux de dire « parler c'est penser », associer ce n'est pas associer que des mots mais associer aussi de représentations, il faut se battre pour ça, c'est énervant mais il faut tenir. Le travail en série, c'est vraiment prendre en compte les mots de l'enfant, décrypter ce qu'il y a derrière mais ne pas forcément répondre en interprétant le symptôme. On choisit délibérément de donner d'autres mots pour élargir à ce moment là une pensée qui va pouvoir se développer. Je trouve ça très intéressant. En exemple, un enfant qui va arriver vraiment envahi par des représentations très morbides, comme le petit de tout à l'heure. Parce que c'est vraiment ça qu'il me dessinait au tableau : je suis cet ectoplasme, celui qui est resté coincé entre son frère et sa sœur. Mettons que, dans la série arrive le mot « mort », et ça risque fort d'arriver. Evidemment, qu'est ce qu'on en fait de ce mot là ? On pourrait faire plutôt comme on le fait en psychothérapie, le faire associer dessus, « tu as écrit ce mot, pourquoi, tu connais quelqu'un qui est mort ? », etc. Nous, orthophonistes, si on est dans ce travail

d'association, on peut répondre autrement, pas en bottant en touche et en disant « vivant » par exemple, et en l'obligeant à aller justement où il ne veut pas aller. « Mort » d'accord, on peut commencer à donner en face, peut-être toute une dérivation du côté « mortel », mais on peut aussi aller vers « morsure », « mortadelle », après tout pourquoi pas ! On peut répondre tout de suite par « morsure », qui va évoquer quelque chose de douloureux, en faisant bien signe qu'on a bien entendu de quoi il s'agissait, mais après, partir sur un champ phonétique qui va pouvoir aussi donner de l'espace, respirer et rire un peu. On peut aussi partir vers « tombeau, chrysanthèmes, etc. », mais on peut faire jouer les mots sur plusieurs associations. On n'est pas dans l'obligation de pousser un enfant à parler de ce qui fait mal, mais on peut proposer d'autres choses. Il y a pleins de sens, plein de mots proches et même des rigolos comme « mortadelle ». Du coup on sort de là, il a été entendu, il y a du dégagement qui s'est produit, il a d'autres mots à penser. Et puis, il a pris du plaisir avec le langage, il a peut-être écrit des choses aussi qu'il n'aurait jamais imaginé pouvoir écrire. Ce qui vient renforcer après l'effet d'estime de soi. Cela signifie que l'orthophoniste, il ne faut pas qu'elle soit fascinée par le « cercueil » qui vient de tomber sur la feuille, et qu'elle puisse un peu ouvrir le couvercle. Ce n'est pas une défense contre l'angoisse de l'enfant, on l'a bien entendu. Le truc complètement défensif, ce serait de dire « mort » tu l'as mal écrit, c'est avec un « t », et repartir sur « mourir », etc. Ou alors « faut pas parler de ça », « non regarde il fait beau aujourd'hui ». La cela parle plus de l'anxiété du praticien en face d'un enfant. Lui, ce n'est pas de ça qu'il parlait, ce n'est pas ça qu'il avait envie d'entendre.

Le nombre de jeunes orthophonistes rencontrées qui avaient un peu cette réaction là devant un enfant qui apportait ce genre de choses « on n'est pas là pour ça, pour parler de ça », mais alors pourquoi est-on là ? Si on n'est pas là pour entendre et être capable de recevoir ça. Aussi parce que la formation, elle tire encore beaucoup trop vers le technique. De toute façon, les groupes de travail c'est essentiel, il ne faut pas arrêter de se former.

L'ennui, c'est que les groupes d'orthophonistes, pas toutes bien sûr, quand ils ne sont pas rattachés à un organisme de formation existant, souvent ça vire vite à l'échange de matériel je trouve.

On peut aussi choisir de demander à un psychologue, un analyste de venir superviser, c'est très fréquent. Cela vaut mieux en dehors de son institution, il y a trop de proximité, et des positions très différentes autrement. Les synthèses ne font pas « office de ». Arrivés en fin de travail justement, on a souvent des petites perles, de ces moments magiques. Il y a un grand qui était le dernier de trois ou quatre fils, orphelin de père, décédé quand il était très jeune. Son père buvait beaucoup. Il voulait devenir mécanicien, il n'arrivait pas écrire, il était hyper angoissé. C'est souvent ce qu'on rencontre : des enfants qui connaissaient parfaitement bien toutes les règles de grammaire, mais de s'en servir, les rendre opérantes, les mettre au bon moment, rien à faire. C'était une source pour lui d'angoisse terrifiante « regardez, je la sais pourtant cette règle, et j'ai fait une erreur. » Alors notamment, il y avait une série peu de temps avant son CAP, et on était en train d'associer sur les éléments d'un moteur. Moi je n'y connaissais rien, mais on apprend aussi avec eux. Et puis, un moment, j'ai eu un choc quand j'ai vu ce qu'il écrivait « joint de cuvasse », parce que son père mourant d'alcoolisme et lui-même voulant être mécanicien, c'était une image très forte quand même. Effectivement, je n'ai pas donné mes représentations personnelles. On a essayé « culot », et culasse est passé. A la fin du travail, il m'a dit un truc génial : « j'ai compris, avant je me cassais la tête à appliquer les règles de grammaire et je n'y arrivais jamais, parce que je n'arrivais pas vraiment à dire ce que j'avais écrit et j'avais toujours peur que ce ne soit pas ça. Et bien maintenant, j'ai compris, je ne me casse plus la tête, quand je lis et que c'est beau, c'est que c'est bon ». Il s'était rendu compte que la forme écrite pouvait paraître juste. Du coup, il n'était plus angoissé d'écrire. Souvent des enfants disent, et ça persiste, que sur un texte libre où il faut raconter sa plus belle journée, ils disent « je ne peux rien écrire, il faut que je mente ». Il y a beaucoup d'enfants que ça angoisse, car ils ont l'impression que ce qu'ils vont écrire, ce qu'ils pourraient s'autoriser à imaginer, ce n'est pas le réel de leur vie. Et du coup, ils ne s'autorisent pas à écrire puisque c'est mentir. C'est plutôt les ados qui sont dans ce blocage total de l'imaginaire et qui ne s'autorisent pas à penser parce qu'il y a cette angoisse de la mort. Ecrire ou mentir ? C'est vrai qu'on n'est pas trop formé à cela. Moi j'encourage beaucoup les jeunes orthophonistes à trouver leur centre d'intérêt principal. Pas au début, parce qu'on a souvent envie de goûter à tout. Si c'est plus l'interface entre le psychique et la langue, entre l'imaginaire et l'écriture qui intéresse, il faut se former.

C'est une chose qui me gêne de plus en plus, c'est le recours de plus en plus systématique aux logiciels de rééducation. Surtout dans une époque où les enfants sont tous à la maison avec leurs écrans. Ce n'est que transposer avec une médiation plus technologique, ce qui est proposé dans les fiches. Est-ce que c'est ce qu'on attend d'une relation thérapeutique ? C'est un avatar de la protection contre l'angoisse : pas de virus !

Dans le grand ouest, il y a quand même beaucoup de groupes de travail théorico clinique ou de contrôle qui existent, parce que Nantes est le pôle de formation de l'ouest, il y a beaucoup de secteurs de psychiatrie infantile aussi. Les groupes théorico cliniques ce sont des groupes qui dépendaient avant de l'IPERS, qui s'occupait de la PRL. Comme elle n'existe plus, il y a les ateliers Chassagny qui font des groupes de contrôle et de réflexion théorico cliniques. On n'est pas obligé d'aller à Paris pour aller faire des choses.

Beaucoup de groupes existent dans l'ouest, où la PRL a pris, car Chassagny a beaucoup exercé en Bretagne. Ça remue soi-même quand on fait le travail des techniques d'associations on se met à la place de l'enfant aussi, on est dans la même situation que lui, dans la même angoisse de la page blanche, de comment on va démarrer, de

donner à lire, de voir comment les autres vont réagir. C'est un moteur de travail pour soi intéressant. Dans les ateliers d'écritures qu'on fait avec une collègue, on a bien repéré que cela arrive souvent qu'en faisant tourner les feuilles, l'une ou l'autre d'entre nous soit en panne. Il y a vingt ans, je ne l'aurais jamais dit devant des enfants, j'aurais essayé de trouver quand même quelque chose à écrire, et bien maintenant je dis que je suis en panne. L'effet que ça a sur les enfants c'est extraordinaire. Ils se regardent : « elle aussi peut être en panne ? » Ce qui vient les rassurer c'est que ça ne nous affole pas. On vient leur signifier « tu vois je comprends ce que tu ressens parce que moi aussi je me sens bloquée ». On a repéré que quand on est en groupe d'écriture si l'une ou l'autre, un peu inspirée, se met à écrire vite et beaucoup, simplement la rapidité du tracé, des idées, les enfants s'arrêtent car ils sont fascinés et angoissés en se disant « moi rien ne vient ». Cela aussi il faut en prendre conscience et du coup s'auto restreindre pour répondre à l'anxiété de cet enfant un peu fasciné par quelque chose qui lui échappe. Ce sont les réponses qu'on peut avoir au bout de quelque temps.

Témoignage n°7

Comment définiriez-vous l'angoisse ? Vous êtes-vous déjà penché(e) sur cette notion ? Dans quelle formation ?
C'est vrai que je n'ai pas regardé dans le dictionnaire exprès parce que je me suis dit qu'il fallait que ce soit dans mon vécu professionnel, et donc personnel aussi. Je dirais que c'est une peur forte au delà du raisonnement. C'est vraiment à mon avis quelque chose de très profond, d'inconscient, qui remonte, qui fait appel à des choses assez archaïques, primitives.

On s'y est penché dans les études. Dans mes propres études, on a plus eu une approche de la personne dans sa complexité, plus que des techniques, à l'école de Nantes. Après je n'ai pas fait de stage spécifique par rapport à l'angoisse, mais ça a pu apparaître dans le cadre de stage. Ça apparaît aussi dans la relecture qu'on fait de notre travail, dans les réunions du CAMSP, où on essaie vraiment de reprendre nos séances. « Pourquoi ça se passe comme ça, que nous renvoie l'enfant ? », c'est une sorte de va et vient et on est forcément appelé à relire si il y a de l'angoisse ou pas. Ça fait partie des choses qu'il faut qu'on essaie de bien identifier pour bien travailler à mon avis.

Dans mes formations, c'étaient forcément des choses plus techniques parce que c'était de ça que j'avais besoin de par ma formation initiale. Ce qui avait péché, à mon avis, c'était plus l'aspect technique, donc je suis allée voir plus dans ces choses là : la verbo tonale, les techniques de voix, etc. Quand on travaille sur la voix, bien sûr que la notion d'angoisse elle est présente, même si on n'en parle pas directement. Ça touche trop à l'intériorité, à l'aspect archaïque, quand on cherche une voix un peu primitive, sans chercher à faire joli. On cherche ça dans le tréfonds donc forcément cette notion là est présente. Surtout dans le fait qu'il y a un frein à cette émission vocale parfois. Quand on dépasse ça, quelque part, on a dépassé une forme d'angoisse, à mon avis. Je parle des adultes mais aussi soi-même, parce que je pense qu'il faut l'expérimenter soi même.

Avez-vous déjà rencontré des enfants angoissés ? Quelles en étaient les manifestations ? Comment avez-vous repéré cette angoisse ?

Des enfants angoissés, j'en ai déjà eu, forcément. Un enfant, ce n'est pas évident d'identifier ça comme de l'angoisse parce que ça va être un trouble de comportement, ou une difficulté dans les apprentissages. Après, pour identifier, il faut avoir travaillé en lien avec la psychologue, les parents, pour avoir son histoire, rattacher ça à son histoire.

Les manifestations, ça peut être de l'inhibition, mais aussi des comportements de refus. Je pense à une petit garçon pour qui ça va jusqu'à un trouble du comportement : l'impossibilité de rester dans la salle, de sortir de la classe. Alors comment identifier que c'est de l'angoisse ? C'est en rencontrant les parents qu'on se rend compte que dans l'histoire familiale, il y a une fusion avec la maman, et que du coup toute séparation est angoissante. En sachant cela, on comprend mieux pourquoi il n'entre pas dans la salle d'orthophonie, il ne peut pas aborder le langage parce que c'est en lien avec cette angoisse de séparation.

Je pense à une autre petite fille où c'était plus une difficulté à entrer dans le code langagier. Elle a une angoisse primitive sûrement plus difficile à relier car elle présente des traits psychotiques, c'est la petite Marine. Je trouve ça plus difficile de relire ça, ceci dit la psychologue peut identifier ça. N'empêche qu'au niveau des manifestations, c'était cette impossibilité de rentrer dans le code. Du coup, on a plus essayé de rentrer dans les signes mais là aussi il fallait accepter de rentrer dans une sorte de code social.

Est-ce que c'est toujours de l'angoisse ? Ça peut être aussi des peurs plus conscientes de se frotter au monde entendant. La peur de ne pas être de ce monde là, de voir cette différence profonde due au handicap. Se dire de toute façon j'en fais partie et pas partie : cet entre deux génère sûrement de l'angoisse à un certain moment. Surtout dans la phase d'adolescence où il y a une identification : qui suis-je ? Là je pense qu'il y a des ados qui sont dans cette angoisse d'appartenance, de non appartenance, d'identification.

Je pense que la problématique, qu'on soit implanté ou qu'on ait des prothèses, se pose toujours, même si un enfant implanté va être beaucoup plus dans la norme. Mais il est toujours sourd. Il s'en approche mais sans être d'aucun des deux mondes, il peut ne jamais avoir eu de LSF non plus. Quand ils rencontrent des sourds qui

signent, ils cherchent à s'immerger dans ce monde, ça peut les rassurer. S'ils n'ont pas du tout cette communication, c'est compliqué pour eux.

J'ai repéré cette angoisse donc beaucoup dans le comportement mais aussi beaucoup dans le travail d'équipe. On a besoin des regards croisés à la fois de l'enseignant, de l'orthophoniste, de la psychologue, de l'éducatrice...Je trouve important de croiser nos regards pour identifier que c'est sans doute de l'angoisse. Parce qu'un trouble du comportement, ça peut être aussi éducatif ou autre. Là si on croise nos façons de voir, on peut la déceler. Je pense que c'est plus facile pour nous, orthophonistes, de le repérer en groupe. Ceci dit, les collègues en libéral sont bien obligés de repérer ça aussi.

On peut aussi passer à côté. La petite Laure, c'est un questionnement pour moi, parce qu'il y a un versant déficitaire. Il y a quelque chose de l'ordre de la relation, bien qu'elle ne montre pas grand chose cette petite, je me dis que peut être qu'il y a de l'angoisse. On va en reparler avec la psychologue. Entre le moment où elle est entrée et où elle est sortie, ce n'était plus la même. Elle a fait une activité peinture et elle s'est ouverte au fur et à mesure de la séance. Je me dis qu'il y a peut-être de l'angoisse chez cette petite quand on me décrit ça. Du coup je le retranscris dans la séance d'orthophonie. Je me dis que nous avons une attente aussi et qu'elle ne peut pas coller à cette attente.

Peut-être que ça génère une certaine angoisse et du coup quelque chose qui se fige. C'est peut-être au niveau du scolaire. Même si il y a un versant déficitaire, il peut y avoir de l'angoisse. Chez cette petite, moi ça reste un questionnement, je n'ai pas de réponse. Le travail avec les parents n'est pas facile. Je vois un peu la maman mais pas le papa. Chez des enfants comme ça, c'est compliqué à identifier. On voit quand même qu'il y a un problème pour entrer dans le code. Il y a des choses qui s'expriment qu'on n'a pas en séance. Il faut accepter de ne pas pouvoir répondre.

Je pense quand même qu'il y a sûrement quelque chose de l'ordre d'un dysfonctionnement de la relation primaire. On a tous des angoisses, nos propres enfants peuvent en avoir aussi. Mais quand il y a une angoisse qui résiste où il faut vraiment qu'on intervienne, je me dis qu'il y a peut-être quelque chose de cet ordre de la relation, pas spécifiquement à la mère, peut être au père aussi. C'est vrai qu'on est imprégné de l'apport psychanalytique où c'est la relation à la mère qui est soit trop, soit pas assez sans doute.

Chez Adrien, je pense que c'était trop fusionnel. Il n'y avait pas de médiation, et en même temps, c'était un peu pathologique.

Chez Laure, c'est plus qu'il n'y a pas eu de relation. Chez Marine, c'est plus une relation coupée parce que cette petite coupait. Du coup je pense que chez les parents il y a eu une sorte de sidération « on ne sait plus être en relation ».

Peut être qu'on est trop formaté dans notre relation de penser ça, il y a peut être d'autres causes. Après il peut y avoir des traumatismes, qui se produisent après les premières relations. Peut être que pour Marine c'est de cet ordre. Je pense à une petite fille, beaucoup plus âgée maintenant, qui avait fait une méningite à trois ans. Du coup, c'était très traumatisant pour elle. La relation parent enfant se modifie face à un traumatisme comme ça. Je ne peux pas dire si il y avait une angoisse ou un problème relationnel au départ. Il n'empêche que cette petite était très traumatisée et ça a généré beaucoup d'angoisse de part et d'autres : chez les parents et chez l'enfant. La méningite et les conséquences : la surdité.

On sait qu'il y a eu un traumatisme mais chaque personne va réagir différemment. Il y a peut être d'autres enfants qui n'auraient pas été aussi angoissés. Ça peut prendre d'autres formes, qui n'ont pas forcément de lien.

Y a-t-il des situations où vous vous êtes senti(e) en difficulté face à un enfant angoissé ?

Oui, parfois avec Adrien, il y a des situations vraiment où je me dis « qu'est-ce que je fais ? » Alors je rassure et en même temps, il faut bien que l'enfant rentre dans un certain cadre sinon on ne peut plus travailler. Je rassure et je mets un cadre et ce n'est pas facile. Chez Laure, il y a un cadre, mais comment rassurer cette petite ? Parce que ces petites bonneries, je ne suis pas sûre que ça la rassure. Donc la laisser faire ça, moi à certains moments je me dis que ça ne la rassure pas. Ça la met dans une sorte de néant, du coup on n'a pas de prise. Elle ne se sent pas obligée de se mettre en relation. Parfois je décide d'arrêter certaines activités parce que ça ne la mène à rien et, si angoisse il y a, ça ne la désangoisse pas je crois. Autant il y a des enfants pour qui le fait d'avoir des rituels ça marche. Il y en a aussi avec Laure, le parcours par exemple, quand je vais la chercher sont très ritualisés. Mais après il y a des rituels où il faut se demander si ça enferme l'enfant dans cette possible angoisse. Est-ce que justement le fait que ce soit ritualisé, ça l'aide à prendre un appui pour aller vers autre chose ? Et c'est là que nous professionnels, il faut sentir ça. Et on ne le sent pas forcément du premier coup bien entendu. C'est là où, peut-être, notre expérience aussi nous aiguille un peu plus. Je pense qu'au début on ne sait pas trop mais c'est normal aussi. Après essayer de voir que le rituel permet que l'enfant se positionne et puis accéder à quelque chose de plus neutre. Je pense que d'un enfant à l'autre il n'y pas de règles. Notre aptitude à supporter cette phase de rituel joue aussi. Là on n'a pas tous le même seuil de tolérance. Même la même personne d'un jour à l'autre n'aura pas le même seuil de tolérance. Moi je sens bien, il y a des jours où j'ai l'impression de supporter ces choses là et puis d'autres où je me dis « pff, non on ne va pas laisser faire ça, ça m'énerve, on va passer à autre chose. »

Donc oui c'est important qu'en tant que professionnel on sache identifier ça.

Je crois qu'il faut savoir les relire. Il faut avoir l'occasion de travailler sur soi je pense face à des enfants comme ça. Savoir se dire « là c'est moi ». Moi qu'est ce que je renvoie de ça ? Est-ce que moi-même ça ne m'angoisse pas cette situation là, de voir cet enfant qui fait n'importe quoi ? Du coup je n'ai pas de prise et c'est quand même inquiétant en tant que professionnel de se dire qu'on ne peut rien. Il y a forcément des moments dans notre pratique où on est confronté à ça, où on se dit : qu'est ce que je peux faire ? On se sent démuni. Et en même temps, ce moment où on est démuni, c'est peut-être une chance de se dire « moi aussi ça m'inquiète, ça me renvoie à quoi ? », si on a la possibilité de relire ça en équipe ou par un travail personnel. Parce qu'autrement on se sent démuni et on reste démuni. Il faut réussir à en faire quelque chose pour que ce soit positif.

Y a-t-il des situations où vous ressentez de l'angoisse chez les parents ?

On ressent forcément, est-ce que c'est de l'angoisse ou de l'inquiétude, on ressent le questionnement dans leur tête. C'est normal, ça les renvoie à leur rôle de parent, qui n'est pas simple avec un enfant avec des problèmes. Moi je suis parent, quand on va voir déjà simplement les instituteurs, celui-ci peut déjà très bien nous renvoyer quelque chose de notre enfant même si ça ne va pas mal. Moi, en tant que parent maintenant, je me mets plus à la place des parents. Ce que dit l'orthophoniste est certainement important et remet en cause des choses. Je comprends que les parents n'arrivent pas toujours très rassurés. On n'a pas toujours que des choses positives à leur renvoyer. On sent au moins une inquiétude chez les parents. Certains viennent de leur plein gré, mais dans la mesure où on a déjà fait tout un travail d'accompagnement. Au départ je pense que ce n'est pas facile pour venir nous voir. C'est facilité parce qu'avec le CAMSP, on fait vraiment un travail ensemble, de partenariat, à domicile, les parents viennent régulièrement. Donc ils savent que ça fait partie du travail. Mais n'empêche que ce n'est pas toujours simple ce qu'on a à dire aux parents. Mais c'est vrai qu'on n'est pas très formé pour ça. Je reviens au travail d'équipe parce que je suis intimement persuadée que c'est ça qui fait avancer les choses parce qu'il permet qu'on ait une certaine cohésion dans notre discours de professionnel. C'est à dire que si l'instituteur dit quelque chose, et que moi je dis le contraire, les parents sont paumés. Il faut qu'on se mette d'accord tous sur ce qu'on va dire aux parents, sur comment on va faire avancer le projet avec eux. Même si on ne dit pas tout à fait les choses de la même manière, même si on n'a pas le même regard, il faut quand même qu'on se mette d'accord. Je crois que ça renforce l'angoisse des parents quand l'un dit un truc, l'autre un autre. Ils peuvent s'engouffrer là dedans et être très angoissés : ça génère des attitudes revendicatives, des attitudes de retrait... On n'est pas sur la bonne piste, ça renforce l'angoisse. On a tout intérêt à travailler ça ensemble en tant que professionnels, établir ce qu'on va dire aux parents, chacun dans son domaine. Si ils sentent que les professionnels ont un discours relativement cohérent, ils vont se sentir plus soutenus à mon avis.

Cela a-t-il engendré un questionnement particulier, une réflexion plus approfondie ?

Ici on a la chance d'avoir ce travail de relecture donc je n'ai pas eu besoin d'aller faire partie d'un groupe avec d'autres professionnels. J'estimais qu'au niveau professionnel j'avais ce qu'il fallait. Après, moi-même, j'ai fait une démarche personnelle parce que j'en avais besoin et je me rends compte que pour mon travail, c'est aussi très formateur. Les deux se complètent très bien.

Ça permet vraiment de relire en soi-même et de comprendre aussi l'autre qui est en face. Le fait d'avoir vécu les choses, des situations d'angoisse par exemple soi-même, on peut mieux comprendre ce que les parents ressentent, ce que l'enfant peut ressentir. Du coup pour la relecture, c'est vraiment intéressant. Je pense qu'on est plus ouvert à ce que peut ressentir l'autre, puisque soi-même on a fait un travail sur ce qu'on ressent. Et puis je pense que ça permet de mieux analyser, de moins se laisser envahir. Se dire « il réagit comme ça » mais dans l'analyse, c'est intéressant. Déjà on se dit : « son trouble du comportement ce n'est pas dirigé vers moi, c'est moi qui prend mais ce n'est pas contre moi » et après on va aller chercher après qui en a cet enfant. Pourquoi il est violent ou pourquoi il se ferme. Ça permet une distance et je trouve que pour exercer nos professions c'est drôlement important. On voit bien que des collègues qui n'ont pas effectué ce travail ne prennent ça pour elles. Notamment les enseignantes c'est flagrant, elles n'ont pas eu ce travail de distanciation...L'enfant essaie de montrer quelque chose c'est un appel. Il faut qu'on sache ce qu'il appelle, ce n'est pas pour t'accuser toi. Du coup, je crois qu'on se trompe si on n'a pas la distance. Certaines ont fait un travail ou ont un réel bon sens qui fait qu'elles arrivent à se dire ça, et d'autres sont plus sur elles. La distance est difficile et elles peuvent faire fausse route, en vouloir aux parents, à l'enfant, le trouver insupportable... Certes, il est insupportable, mais si on se met à essayer de comprendre pourquoi, il devient plus supportable. Je vois ça avec un enfant scolarisé dans une école et qui n'était pas identifié comme sourd et du coup il a été très mal vécu cet enfant. Il arrive ici avec un étiquette de mauvais élève, pas gentil, qu'on met dans la classe des petits parce qu'il n'est pas sympa. Les parents ont cette image aussi donc ils ne viennent pas nous voir mais pour cause : qu'est ce qu'on va leur dire ? Il y a tout un travail à faire. C'est vrai que cet enfant peut être très détestable mais quand tu comprends pourquoi, ça permet de mettre un cadre et du coup en séance d'orthophonie ça se passe beaucoup mieux. Si moi je n'avais

pas eu cette relecture et que je m'en étais tenue au compte rendu de l'institut, c'est sur qu'on ne peut pas travailler. Cette distance est vraiment essentielle.

Selon vous, cette angoisse ressentie par le patient peut-elle entraver le travail orthophonique ? Quelle place a pour vous la technique face à un enfant angoissé ? Que vous apporte-t-elle ?

C'est vrai qu'il y a des activités qu'on peut proposer. Je pense aux rituels. Ce petit garçon a besoin de se cacher sous la table. Laure se cache aussi. C'est une manière de rentrer dans la séance. C'est vrai qu'on peut essayer de se glisser dans ce que propose l'enfant. Le petit Léo en question se précipite sur les instruments de musique. Donc j'essaie d'être avec lui là dedans. Ce n'est pas facile parce qu'il est dans l'agitation, dans le « faire du bruit ». N'empêche que, maintenant, on arrive à être dans la nuance, de faire chacun son tour puis ensemble, d'avoir des spectateurs... Je me dis que ce petit arrive à construire des choses. Il n'est plus dans cette agitation où il se passe à la fois pleins de choses et rien. Ça devient symbolique maintenant. Il y a aussi qu'au début il n'avait pas d'appareil, il y a eu tout un travail d'appropriation du monde sonore mais peut être pas seulement. Il y a aussi comment s'organiser et aussi sans doute quelque chose de l'ordre de l'angoisse. Comment cette agitation complètement irraisonnée peut, petit à petit, entrer dans quelque chose de plus cadré. Comment en faire quelque chose d'à la fois plus symbolique et de construit, et du coup qui l'aide à grandir. Parce que dans l'agitation il ne grandit pas, ça ne l'aide pas du tout, il reste l'enfant agité hypertonique pas sympa...

Que mettez-vous en place pour contenir son angoisse (dans le cadre de la séance) ? Quelles sont les spécificités du travail orthophonique qui permettent de cadrer l'angoisse ?

C'est aussi, en plus des rituels, accepter en tant que professionnel d'aller où on ne sait pas ce qu'il va se passer. On peut proposer un jeu bien cadré, mais par exemple, les instruments de musique, on ne sait pas où ça peut aller. Alors parfois, je me dis je suis orthophoniste quand même, alors je propose ça, et puis après je me dis qu'il faut parfois laisser faire l'enfant. Voir jusqu'où ça va le mener et puis peut-être, à un moment donné, intervenir pour essayer de faire ensemble, entrer dans la relation à travers cet outil, ici l'instrument de musique. Il faut avoir réfléchi à ça pour être capable d'accepter cette situation. Tant pis, si on ne fait que ça, la peinture ou des choses qui ne nous semblent pas construites. A la fois il faut apporter de la construction et voir aussi où l'enfant va dans cette activité. Parfois il ne va nulle part c'est sûr ! Et on intervient. Mais quand même, l'enfant a quelque chose à nous dire dans ce qu'il montre. Je pensais à Marine aussi : à travers le dessin c'était intéressant. Donc c'était important que je ne m'oblige pas à travailler tel son, ou alors dans un temps court. Et après, on laisse les choses venir, parce que, à travers le dessin, il peut se passer plein de choses : il y a du langage, de la relation. Laure, avec sa peinture, parfois ça me fatigue parce que j'ai l'impression qu'il ne se passe rien. Quand la psychologue me dit « on a fait de la peinture ». Je me dis elle a fait ça avec la psychologue et elle redemande ça en orthophonie : peut être que cette petite fille cherche à faire du lien. Si j'accepte sa peinture, ça fait du lien. Mais il faut que je le comprenne !

Il faut accepter de ne pas faire ce qu'on a prévu. On est un peu sur des œufs avec elle. Je ne propose pas des choses aussi cadrées qu'avec d'autres enfants, avec un développement plus ordinaire où on a une progression en tête. Peut-être parfois on se trompe sûrement même. Mais c'est qu'on n'a pas bien analysé où elle en était. A l'intérieur d'un certain cadre horaire et de lieu, qu'est ce que je maintiens du cadre ? Quelle initiative je donne à l'enfant ? Est-ce que je la laisse choisir parce que si c'est trop dur... Ce n'est pas toujours simple. Il ne faut pas l'embarquer dans quelque chose dont il ne va pas sortir, il faut qu'il trouve quelque chose sinon c'est inquiétant, ça ne fait pas grandir. Il faut gérer ça. On peut se tromper mais l'important c'est de pouvoir se le redire quand on prend des notes : peut être que ce n'était pas une bonne idée, peut être qu'il faudra proposer mais sous une autre forme.

Resentez-vous parfois le besoin de prendre de la distance face à un enfant angoissé ? Quels sont les moyens à votre disposition ?

C'est pour ça que dans les moyens, la prise de notes est importante. C'est à ce moment là que je me dis « on a fait ça, on peut poursuivre ou on passe à autre chose ? Qu'est-ce que l'enfant a voulu dire à travers ça ? » Je trouve ça important de s'asseoir et repenser à ça. Pour moi prendre des notes, c'est à la fois noter le matériel utilisé, noter ce que l'enfant a fait, l'aspect plus technique et ça compte bien sûr. Mais c'est aussi se demander ce qui s'est passé niveau relationnel : qu'est ce que l'enfant a pu montrer ? Si c'était une bonne séance : à quel point de vue ? Si ce n'était pas une bonne séance : pourquoi aussi ? D'un point de vue technique, ça peut être vu comme une bonne séance et puis après peut-être qu'on est passé à côté de quelque chose. La prise de notes, et puis le fait de pouvoir en parler après. Avec une stagiaire d'ailleurs, c'est très bien parce que ça nous oblige à relire de manière très précise ce qui s'est fait. Et puis on n'a pas forcément le même regard, ni le même questionnement. Justement la question innocente permet de se reposer parfois les bonnes questions parce qu'on oublie parfois dans la pratique.

Que pensez-vous du travail d'équipe ? Connaissez-vous les groupes d'analyses de pratiques, les groupes Balint... ?

J'estime que dans le travail du CAMSP, on fait un travail de supervision. Parce que quand on apporte une étude de cas, c'est un travail de recherche sur l'historique de tout ce qu'on a pu faire avec cet enfant. Forcément la psychologue et la pédopsychiatre mettent en regard des choses. « Pourquoi tu as travaillé comme ça ? » Après vingt ans de pratique on se pose aussi ces questions : pourquoi j'ai fait ça à ce moment là ? Qu'est ce que j'aurais pu faire ? Pourquoi je ne l'ai pas fait ? Qu'est-ce que cet enfant me renvoie ? Qu'est-ce que ce parent me renvoie de ma propre incapacité ? Etre capable de dire « là je ne sais plus où j'en suis, je ne sais pas ce que je dois faire, éclairez moi ». En tant que professionnel, je peux aussi dire à ma collègue : « tu pourrais essayer ça, ce serait peut être moins intrusif pour l'enfant. » Peut-être que ça va l'amener à telle et telle chose, « ah je n'y avais pas pensé ». On est tellement le nez dans le guidon avec cet enfant qu'on ne pense plus. Parfois je demande à mes collègues « tu ferais comment là toi ? » Je trouve que ça c'est de l'ordre de la supervision. C'est à la fois technique et c'est à la fois me renvoyer « pourquoi je coince là-dessus ? » Si j'étais en libéral je pense que j'aurais eu besoin de ce travail, je crois vraiment que je l'aurais fait. Au moins travailler avec une autre collègue pour pouvoir discuter des cas difficiles, et puis après aller travailler sur soi-même. D'ailleurs notre psychologue du CAMSP fait un travail aussi à l'extérieur, de supervision entre son cabinet et le centre, pour avoir elle-même aussi une propre distance. C'est très important aussi. Ceci dit, il y a sûrement de collègues qui font sans et qui font du bon travail aussi certainement

Je suis convaincue que si tu ne prends pas ça en compte, tu passes à côté. Alors tu peux être très bonne technicienne, faire une bonne rééducation mais on n'a pas résolu le problème de l'angoisse de l'enfant. Alors est-ce qu'on demande ça à une orthophoniste ? C'est une autre question. Mais je pense que si on voit ça, on peut le traiter d'une autre manière et évidemment diriger vers un autre professionnel. Mais dans la façon d'amener notre technique, ça compte. Un exemple très concret : l'enfant qui se cache sous la table. C'est énervant quelque part : pourquoi il se cache sous la table ? Mais je pense qu'il a besoin de faire ça. Mais pourquoi il a besoin de faire ça ? Quelque part, il n'a pas fait ces expériences là suffisamment puisqu'à cinq ans passés, il a encore besoin de faire ça. Il y a quelque chose qui n'est pas résolu chez lui et il faut que moi j'entende ça pour travailler. Si je le retire de sous la table et je n'en tiens pas compte, même si après je fais un bon travail de phonologie ou autre, et bien je suis passée à côté. Je ne m'adresse plus à la globalité de l'enfant. Et là on saucissonne l'enfant. Parfois les enfants sont vraiment bien saucissonnés entre l'instituteur et les différents professionnels. Ça peut être un parti pris, mais auquel je n'adhère pas. Je crois que je ne saurais même pas travailler comme ça.

C'est vrai on parle de rééducation, mais parfois c'est vraiment de la thérapie du langage. Je ne me considère pas que comme une technicienne. Je considère mon travail comme un travail de relation entre des êtres. C'est une prise en compte de l'affect forcément. Le langage et le non langage. Mais y a t-il du non langage ? Conventionnel oui, mais il y a forcément du langage. J'en suis convaincue, mais tu as peut être rencontré des collègues qui ne travaillent pas comme ça. Mais c'est une manière de se protéger aussi, ce n'est pas facile de travailler avec ça, c'est plus facile de s'en tenir à ses petites méthodes c'est sûr.

Je vois bien la différence avec d'autres écoles parce que à Nantes, on est très sensibilisés à ces notions. Même par rapport à d'autres collègues qui n'ont pas eu cette formation là, qui ont eu une formation très médicale, et bien, même si ça se travaille, on ne part pas sur les mêmes bases.

J'avais travaillé avec des ados sur des techniques d'écriture un peu inspirées de la PRL et c'était vraiment intéressant. Je trouvais que c'était assez libérateur. Ça peut faire partie des outils aussi. Plutôt que d'être en dialogue frontal.

Selon vous, cette angoisse ressentie par le patient peut-elle entraver le travail orthophonique ?

Oui d'une certaine manière, parce que ça empêche des choses l'angoisse. Ça entrave l'accès au langage, à une belle voix, à la compréhension. Mais en même temps, comme ça fait partie du travail, est-ce qu'on peut dire que c'est une entrave, je ne sais pas. Ça entrave l'aspect technique certes, mais si il y a une bonne analyse je pense qu'on trouve les bons outils. Du coup, ce qui peut être vu de l'extérieur comme une entrave peut se révéler être une piste.

Je fais partie d'un syndicat d'orthophonistes qui prend vraiment ça en compte. Et là, vraiment, le patient c'est la personne dans toutes ses dimensions. Et ça j'y crois dur comme fer, et je n'irai pas défendre des gens qui ne sont que techniciens. Je ne pourrais pas être dans un groupement professionnel comme ça. On défend une pratique plus globale, pas à coup de chiffres et de cases. Le combat mené en ce moment est difficile parce que on est dans une ère où on nous demande de mettre dans des cases, de chiffrer et je trouve que ça va à l'encontre du travail qu'on fait. Je me dis que ça peut faire partie des outils qu'on a en tant que professionnel de défendre cette pratique face aux pouvoirs publics. L'idée est quand même que le patient aille mieux, donc comment on peut chiffrer ça ? Peut être qu'au niveau du symptôme c'est un peu mieux, mais pas tant que ça, mais que par ailleurs l'enfant rayonne beaucoup plus, va oser des choses... Et comment chiffrer ça ?

En même temps, c'est ce qui fait la beauté de notre métier. Je la revendique cette multiple dimension. On se spécialise au niveau du technique, mais après par rapport à l'angoisse, c'est quelque chose d'universel je dirais. Chez une personne âgée ou un bébé, il y a de l'angoisse partout.

Témoignage n°8

Avez-vous déjà rencontré des enfants angoissés ? Quelles en étaient les manifestations ? Comment avez-vous repéré cette angoisse ?

Les enfants angoissés, oui bien sûr, j'en ai rencontré. Alors en bilan car la situation de bilan majore l'angoisse de l'enfant, qui ne sait pas trop qui il va rencontrer. Il sait qu'il est en situation d'examen, dont les parents décrivent une situation qui peut être également angoissante. Les manifestations peuvent aller de l'inhibition, à l'enfant qui hurle et qui ne veut pas rester...Ça dépend de l'âge aussi. Ça c'est pour le bilan. En séance, ils peuvent être angoissés par rapport à leur mère éventuellement, pendant les séances, si ça perdure trop longtemps ça peut être problématique. Moi il y a des enfants petits que je continue à voir avec leur maman pendant un certain temps. Pour des enfants d'âge scolaire c'est plus rare, mais ils peuvent être angoissés par l'apprentissage scolaire. Effectivement, je pense que notre rôle est d'essayer de scinder les deux aspects : à la fois l'école et la situation ici. Si c'est pour reproduire la situation scolaire, j'essaie de le dire clairement aux enfants avant même de commencer le travail : « Ici ce n'est pas obligatoire de venir donc si tu viens, c'est que tu l'as choisi aussi, que tu as envie de venir pour faire autre chose que ce que tu fais à l'école ».

Y a-t-il des situations où vous vous êtes senti(e) en difficulté face à un enfant angoissé ? Comment avez-vous réagi ?

C'est vraiment dans le lâcher prise. Ne pas en rajouter sur les exigences, voir comment il fait de lui-même, observer dans la séance si il fait peu de choses ou s'il se lance à corps perdu dans les activités. Avoir une attitude à la fois contenante et très respectueuse de ses choix, et à la fois valorisante de ce qu'il peut en dire et en faire. C'est sûr que, quand l'angoisse est essentiellement sur le scolaire, il faut éviter de repasser par là. L'angoisse des parents, c'est plus sur ce qu'on va faire avec leur enfant. Pendant le bilan j'essaie d'expliquer que mon attitude va être complètement différente. Les parents qui ne peuvent l'admettre ou y accéder, je leur dis que ce n'est pas la peine qu'on travaille ensemble. Je ne suis pas une répétitrice. Ça m'arrive assez rarement mais je peux avoir l'angoisse des parents qui sont très inquiets pour leur enfant. Je vois aussi pas mal d'enfants porteurs de trisomie 21 donc forcément je vois des parents en souffrance, pas tout le temps la même. Il y a 15 jours, j'ai vu une maman avec son bébé atteint d'une trisomie 21 pour la première fois. Elle était extrêmement angoissée, je ne sais pas si je la reverrai. J'ai dit certaines choses, elle était en larmes, visiblement avec des difficultés relationnelles avec son mari et donc elle s'est réfugiée derrière le discours du papa, elle voulait attendre de voir ce qu'il en pensait et puis elle ne m'a pas rappelée. Par rapport à cette maman par exemple, voir une maman effondrée avec un bébé de trois mois ce n'est pas facile. Le fait d'en avoir déjà vu aide, la révolte qu'elle peut avoir je peux tout à fait la concevoir et la partager. Par rapport aux autres enfants et parents que je suis, ce travail s'est fait quand le bébé était petit. J'ai l'expérience d'un enfant que je suivais qui m'angoissait parce que je trouvais qu'il n'allait pas très bien et que j'ai sûrement partagé mon angoisse, si tant est qu'on puisse parler d'angoisse, au moins mon inquiétude, auprès de la maman que ça a probablement beaucoup angoissé, et du coup il y a eu une rupture. C'est moi qui lui ai proposé qu'elle voit quelqu'un d'autre parce que je pense que c'était trop difficile pour elle de continuer à venir ici. Ce n'est pas arrivé très souvent. Cet enfant trisomique 21 avait aussi des crises d'épilepsie et était extrêmement mou : il m'inquiétait beaucoup. Je ne sais pas si on peut parler d'angoisse. Ça peut nous déstabiliser et c'est aussi dans la relation avec le parent, ici en l'occurrence. C'était surtout par rapport aux parents que je sentais avoir des attentes très importantes et moi je percevais qu'avec ce petit garçon on était loin du compte. Je ne pouvais pas dire à la maman qu'il avait le développement moyen d'un enfant porteur de trisomie 21. Il avait plus de trois ans et ne marchait pas il était plutôt dans un tableau peu favorable.

Il y a aussi les enfants avec des troubles psychotiques. Autant il y a des enfants avec lesquels je peux parler de ça « oui c'est difficile pour toi, tu ne sais pas quoi choisir, tu n'es pas habitué à ce genre de situation, comment est-ce qu'on peut faire ? » Avec un enfant pour lequel on peut penser qu'au niveau psychique les choses fonctionnent normalement, même si il y a une inhibition, une angoisse, il est réceptif à la parole de l'autre, etc. On n'est pas tout à fait dans le même cas de figure avec des enfants qui ont des troubles psychotiques. C'est plus angoissant ou plus déstabilisant c'est clair. Je pense à un petit garçon que je vois qui a des troubles psychotiques, et qui a en plus de difficultés d'apprentissage scolaire, c'est surtout pour ça que je le vois. Le papa a aussi une demande très forte, il a un langage plutôt correct avec un léger trouble d'articulation qui donne une connotation plutôt enfantine et le papa prétend que les difficultés d'intégration et d'adaptation de son fils proviennent de ce trouble d'articulation, qui le fait être considéré par les autres comme un petit. Et à chaque fois que je le vois, il insiste sur le fait qu'Arnaud dit un « sa » pour un « chat ». Hier on en a reparlé, je lui ai dit « tu as bien entendu ton papa dire que lui ça le gênait beaucoup ». « Non on n'a pas eu le temps ». Ça je trouve que c'est beaucoup plus difficile à évoquer avec ce type d'enfant.

Je me souviens d'une de mes associées qui me disait « les enfants inhibés je ne supporte pas, ceux qui courent partout je veux bien, mais inhibés non ». Moi ça ne me dérange pas, c'est-à-dire avoir une partie de séance où, de façon répétée, l'enfant ne fasse rien, où il soit là en s'interrogeant sur ce qu'il va faire, moi ça ne m'angoisse pas. Je suis capable de parler avec lui, de lui parler de ça, peut être que là tu as envie de ne rien faire, moi je vais peut être faire quelque chose en attendant, je peux me saisir d'une activité, voir comment lui il s'y accroche. Ça ne me dérange pas. C'est vrai aussi que je travaille aussi maintenant avec pas mal d'enfants avec un handicap génétique, déficients, avec tout ce qui est activités pré logiques. Donc avec des enfants un peu inhibés quand on revient à la manipulation, souvent ça marche quand même. Du coup, ça peut être une occasion de manipuler d'échanger. J'ai l'impression que je suis suffisamment ouverte et disponible un peu à n'importe quoi pour que moi, ça ne m'angoisse pas, et que les enfants, ça les angoisse peut être toujours, mais qu'il y ait une possibilité de faire quelque chose. Ça peut m'arriver de dire à des enfants plus grands qui ont déjà manipulé et qui sont capables de faire autre chose, que ça m'interroge ce qu'ils vont reprendre comme type de matériel, mais que sans doute eux en ont-ils encore besoin. La répétition, la manipulation de petit, dans la mesure où c'est ici, c'est possible quand même.

Y a-t-il des situations où vous vous êtes senti(e) en difficulté face à un enfant angoissé ?

Je pense que quand j'étais plus jeune orthophoniste, sûrement que ça m'angoissait plus, certainement même. J'ai fait partie d'un groupe Balint il y a longtemps. J'ai fait ça pendant deux ou trois ans avec un pédiatre. Ça m'a pas mal aidé. J'ai fait aussi une formation PRL et de technique des associations, donc ce type de formation permet de voir les choses un peu différemment. La formation PRL je l'ai faite juste à la fin de mes études. Je fréquente toujours de près ou de loin les séminaires qui ne sont pas des supervisions, mais des séminaires qui se font ici avec un pédopsychiatre pendant longtemps. Ça a plus trait au savoir, c'est avec deux psychiatres : il y a des rééducateurs, des psychiatres en formation. On a des échanges sur des cas cliniques présentés. Je dirais que j'ai toujours réussi, pas forcément tout au long de ma vie, mais réussi à trouver des échanges, soit ponctuels ou plus formalisés, qui me permettent de ne pas me sentir angoissée en venant travailler, ou avec tel enfant.

Alors il y a aussi les troubles du comportement qui peuvent être très anxiogènes. Je suis une petite équipe d'enfants qui sont dans un centre qui accueille des enfants qui ont des troubles du comportement. Ils en ont plus ou moins, de façon plus ou moins spectaculaire ou inattendue. C'est-à-dire qu'on a des enfants assez calmes qui tout d'un coup vont faire une crise. C'est effectivement un peu surprenant. Je pense à une petite fille qui a des troubles du comportement et de la personnalité et qui a un syndrome de Williams qui entraîne une déficience mentale, un langage très peu adapté et pragmatique. Et en plus, il y a des traits psychotiques et des troubles du comportement qui font que pour moi c'est difficile. J'insiste beaucoup dessus, la maman est d'accord avec moi, mais la psychologue qui la suit est beaucoup plus modérée donc je me retrouve un peu seule. Mais je ne suis pas inquiète par rapport à mon observation parce que je pense qu'en effet elle va avoir beaucoup de mal à se socialiser. Au niveau de la gestion purement de la séance ça peut être très difficile. Elle n'a aucune conscience des limites, elle n'intègre absolument pas la parole de l'autre comme étant importante. Je ne pourrais pas dire que ça m'angoisse vraiment. J'ai eu un enfant qui vraiment m'angoissait parce qu'au niveau purement vital c'était vraiment difficile. Il partait dans la rue, il fallait que j'attende que le taxi vienne le chercher et j'ai du le maintenir sur le fauteuil pendant les vingt dernières minutes de la séance parce qu'il était déjà parti. Il était sorti dans la rue et je l'avais rattrapé au moment où il montait dans le bus, les portes s'ouvraient. Je l'avais remonté dans mon bureau et on avait passé les vingt dernières minutes comme ça parce que je pense que je ne pouvais pas faire autrement. Donc là, oui j'étais angoissée.

Comme je travaille avec cet établissement, on en avait reparlé en synthèse. Je sais qu'il y a aussi d'autres gens qui s'en occupaient. Fondamentalement, je peux être angoissé mais je ne le suis pas beaucoup. Je le vois dans mes relations avec mes proches. Et ça aide sûrement à prendre suffisamment de recul.

Effectivement mon expérience joue un rôle dans ma pratique, à pleins de titres. Déjà quand je me suis installée, les parents que je voyais étaient plus âgés que moi, après j'avais à peu près leur âge et maintenant je suis plus âgée. Donc, dans la relation à l'adulte, je pense que ça change des choses. Par rapport aux enfants, je pense qu'avec l'expérience, il y a des choses qu'on peut poser comme étant possibles ou pas possibles. Savoir passer la main est important aussi : si l'enfant est angoissé, les parents et moi-même, je me dis que ce n'est pas pour moi. C'est important de dire, même parfois dès le bilan, que dans un premier temps c'est un autre type de consultation qu'il faut. On ne le voit pas forcément tout de suite, mais rapidement. Je pense à une jeune fille que je vois, en première, venue sur les conseils de son prof de français. Elle n'avait jamais été suivie auparavant. J'ai fait un bilan, elle était très demandeuse tout en étant déprimée. Elle fait du théâtre, n'a aucune difficulté au niveau du langage oral. Mais l'écrit est plus compliqué. La mère est assez attentive et le père très distant, très banalisant, tout en étant prof. Le père me dit : son frère aîné ne l'a jamais acceptée. Pendant trois ans, il n'a pas parlé à sa sœur. Je l'ai vu quatre ou cinq fois mais elle n'allait vraiment pas bien. Je pense que de parler de tout ça et de travailler avec moi ça l'a fait un peu décompenser. J'ai mis un mot pour les parents. Elle ne souhaitait pas être là. Donc ils sont venus assez vite, je leur ai dit qu'il fallait l'aider. On a découvert qu'elle avait des douleurs

d'oreilles importantes, lié à un problème dentaire. Elle doit porter un appareil et elle a juste plus de seize ans donc ce n'est pas pris en charge, on ne sait pas si ça va marcher. Tout arrive en même temps. Les parents me rapportent qu'ils lui disent « il ne faut pas que tu t'écoutes, il y a d'autres gens qui sont dans des situations pires que la tienne ». Je lui ai donné l'adresse du centre qui reçoit les adolescents de façon anonyme et gratuite, et des noms de psychologues aux parents. C'est une jeune fille qui m'inquiète parce que je pense vraiment qu'elle ne va pas bien et qu'il faut s'en occuper.

Il y a des enfants pour lesquels, dès le départ, je vois que la consultation n'est effectivement pas la bonne. J'oriente soit vers un psychologue, un pédopsychiatre ou un CMPP. J'ai un réseau. J'ai eu la chance dans mon expérience de m'être installée dans le sud de la ville à la fin de mes études, je travaillais en CMPP à mi temps. J'étais la seule orthophoniste du coin donc j'ai été vite débordée et le service de pédopsychiatrie venait d'ouvrir à l'hôpital sud. Je suivais une petite fille, suivie à cet endroit aussi, et j'ai participé aux réunions de synthèses. J'ai pu beaucoup travailler avec ces personnes, et j'ai connu d'autres professionnels par eux. J'ai toujours essayé de m'inscrire dans le réseau local pour avoir des relais. Je crois vraiment qu'il ne faut pas imaginer tout faire, surtout en libéral. Ça aide. A une époque, c'était moins bien vu d'orienter vers un psychologue, avec l'idée de folie. Maintenant c'est plus facile. Est-ce que c'est parce que j'ai vieilli et que je suis plus assurée pour le dire ? C'est aussi plus facile au niveau de la société d'entendre ça. J'insiste souvent sur la souffrance de l'enfant que je peux percevoir pour convaincre les parents et à priori peu de parents veulent laisser leur enfant souffrir. Après il faut qu'ils admettent que les manifestations de l'enfant sont plus des manifestations de souffrance que d'opposition, par exemple. A mon avis c'est indispensable en libéral d'avoir ce type de réseau, sinon on se perd. Si on veut porter toute la misère du monde tout seul, c'est impossible.

Trouvez-vous beaucoup de ressources dans la formation d'orthophoniste universitaire ?

Je trouve que non, mais je pense aussi que ce n'est pas là qu'il faut le faire.

Ressentez-vous parfois le besoin de prendre de la distance face à un enfant angoissé ?

Quels sont les moyens à votre disposition ?

Les moyens c'est effectivement de ne pas être tout seul, d'en parler avec d'autres. Il y a les synthèses éventuellement, j'ai aussi quelques enfants qui peuvent être suivis par des SESSAD. J'assiste aux réunions de synthèses aussi dans l'établissement qui accueille des enfants avec des troubles du comportement, il y a aussi les analyses de pratique ou les groupes Balint. Il y a aussi, mais je me méfierais beaucoup, tout ce qui est équipe éducative dans les écoles, par rapport aux projets d'intégration. J'y vais, je me fais payer par les parents quand j'y vais, car les parents reçoivent une allocation d'éducation spéciale. Je suis très méfiante maintenant après une expérience un peu difficile autour de la table avec l'institut, l'AVS, le directeur, le référent de scolarité et les autres professionnels qui travaillent avec l'enfant, psychologues et pédopsychiatres venant rarement. L'institutrice a fait à la maman un reproche pendant cette équipe éducative. La mère était en larmes, puis j'ai été interpellée sur mes méthodes de rééducation devant les parents à cette équipe éducative. J'ai du me justifier sur ma prise en charge avec elle. J'ai repris ça avec les parents après ici. Ça n'a pas remis en cause mon travail, mais je me suis dit qu'il fallait quand même être vigilant dans ce type d'endroit. On n'est pas dans une réunion de synthèse, les parents sont là.

Avez-vous déjà ressenti le besoin de vous former davantage ou de faire un travail plus personnel lorsque vous êtes retrouvé(e) devant un enfant angoissé ?

Je ne crois pas que ce soit après avoir vu un enfant angoissé que je me suis posée la question. A priori, je me la posais déjà.

Que mettez-vous en place pour contenir son angoisse (dans le cadre de la séance) ?

J'essaie, dans la mesure du possible, sauf avec des enfants qui ont des troubles psychiques importants, d'en parler. Je dis à l'enfant « tu vois tes parents t'amènent pour ça, moi ça m'interroge un peu de voir ce que tu fais, est ce qu'on peut en parler ensemble ? » Je pense que contenir son angoisse de professionnel, c'est-à-dire la masquer, je ne sais pas si c'est très bien. Celle de l'enfant non plus, je pense que l'enfant doit être amené à la montrer. Donc commencer par des choses petites. C'est souvent un problème que je rencontre en bilan. Comment mettre un enfant angoissé face aux apprentissages en situation d'examen ? Ça m'arrive de faire des bilans légers. Je ne vais pas asséner un test, sous prétexte qu'il a l'âge, à un enfant qui a des difficultés à produire de l'écrit. Ce n'est pas souhaitable, surtout si c'est nous qui prenons en charge à la suite de ce bilan, à la différence d'autres structures. On démarre mal. Je rappelle souvent aussi le travail de l'orthophoniste, c'est-à-dire qu'on est là pour prendre soin de l'enfant, pas pour le forcer à faire des choses. Et, prendre soin de quelqu'un, c'est le respecter, ce n'est pas aller plus vite que lui. Effectivement, ça peut n'être que des mots pour l'enfant, il ne va pas forcément décoder. Mais je pense quand même que les mots et l'attitude qu'on peut avoir peuvent détendre certains enfants par rapport à ce qu'on attend d'eux. Je trouve que beaucoup d'enfants ne peuvent pas arriver avec des questions. Ils ne se sont pas encore interrogés sur ce qui ne va pas bien pour eux. Ils

le perçoivent comme quelque chose d'assez flou et informe. Ils ne peuvent pas poser les questions qui les intéressent sur eux. La demande ne vient pas d'eux non plus, mais je leur pose les questions « Est-ce que ça te gêne ? Est-ce que tu as envie que ça change ? Est-ce que tu penses que ça peut changer ? », pour arriver à faire venir quelques demandes sur leurs propres difficultés.

C'est essentiel d'accepter les choses. C'est quand même beaucoup plus facile pour nous que pour les parents, pris affectivement dans ces difficultés là.

Vous êtes-vous déjà sentie trop impliquée affectivement auprès d'un enfant ?

J'ai le souvenir d'une situation avec un petit garçon que j'ai vu quand il avait quatre ans, il parlait très peu et très mal. On avait identifié une maladie génétique. J'ai commencé à le suivre, il a très bien évolué. La mère était extrêmement envahissante, le père, je le connaissais peu. J'ai commencé à mettre en place le paiement de mes déplacements pour les équipes éducatives. A la rentrée, il est revenu avec son papa, parce que je continuais à le suivre en CP, et ça a été très rude parce qu'il est revenu sur le fait que je faisais payer mes déplacements. Il a terminé en disant « je ne suis pas idiot donc je vais réfléchir ». J'ai du soumettre un devis, qu'ils ont transmis à la MDPH, pour avoir une allocation plus importante. Après cette entrevue, j'ai dit au papa que je ne savais pas si on allait pouvoir continuer de travailler ensemble. Le petit garçon avait été là pendant l'entretien où j'ai été ferme sur mes positions. Je remettais quand même en cause la confiance qu'ils pouvaient avoir en moi dans la mesure où ce qui m'était reproché c'était que j'étais malhonnête. Le père trouvait que ça ne remettait pas du tout les choses en cause. Donc on a continué, le petit garçon étant d'ailleurs adorable. Là j'étais un peu tiraillée entre ce petit très mignon et des parents extrêmement manipulateurs, qui se reposaient beaucoup sur le handicap de l'enfant. Donc on s'est quitté de façon un peu compliquée car il a été suivi par une autre orthophoniste, avec qui ça s'est mal passé, et la mère est revenue m'emmenant son petit dernier. J'y avais suffisamment pensé à l'avance donc ça n'a pas été une rupture brutale, mais j'accrochais beaucoup plus avec le petit qu'avec ses parents. Elle continue à venir me voir pour le petit, elle a sûrement besoin de garder ce contact, c'est étrange. Par rapport à la confiance c'est étonnant, elle aurait pu m'oublier, ça aurait été plus simple.

J'ai le souvenir d'une angoisse aussi avec une histoire très étrange avec une petite fille trisomique que je voyais dans le cadre de l'éducation précoce à la pouponnière. Elle allait très mal, sûrement du fait de l'abandon. Elle pleurait tout le temps. Et puis elle part dans une autre région, j'ai su qu'elle avait été adoptée, puis rendue... Je ne la voyais plus, je l'ai suivie pendant six ou huit mois. Je savais qu'elle avait un frère jumeau. C'est curieux mais quand je la suivais, elle portait toujours le nom de ses parents, par qui elle avait été reconnue et abandonnée par la suite. Donc je connaissais son nom réel. Je la suivais avec un kiné qui me disait « tu verras, un jour on verra la mère avec l'autre enfant. » Le temps a passé et un jour j'ai un rendez-vous pour un petit garçon portant le même nom que cette petite fille, mais qui était un nom assez fréquent. Je vois la maman avec ce petit garçon avec un léger trouble de langage. Suite au bilan j'ai regardé si la date de naissance était la même et en effet ça correspondait. Je pense que cette maman est venue me voir parce qu'elle savait que je m'occupais de trisomie 21, qu'elle pouvait supposer que j'avais vu sa fille. Je pense que ce n'est pas par hasard qu'elle est venue me voir. Elle habitait loin, elle aurait pu aller voir n'importe quelle autre orthophoniste. Moi je ne me voyais absolument pas le suivre, mais qu'est-ce que je pouvais dire à la maman de ce que je savais de son histoire ? Je ne me voyais pas le suivre parce que je connaissais la petite fille et que la maman ne m'avait pas du tout parlé de ça dans l'histoire de ce petit garçon. Pour moi c'était impensable. Et j'étais très ennuyée. Je n'en ai pas parlé avec la maman mais j'en ai parlé avec une amie psychologue qui connaissait la famille. Je n'aurais pas pu par rapport au non-dit. Elle n'avait pas vraiment à me le dire non plus. Mais je savais des choses qu'elle ne savait pas que je savais. Je trouvais que c'était trop compliqué. J'ai pensé que cette maman avait certainement besoin de venir voir. Quelle était la place de ce petit garçon ? Etait-il l'alibi pour venir me voir ?

Témoignages n° 9 et n° 10

Comment définiriez-vous l'angoisse ?

E : C'est un affect, une peur irrationnelle. Je parle de mon ressenti, quand il m'arrive d'être angoissée, c'est vrai que j'ai du mal à mettre des mots sur cette angoisse. Pour moi c'est profond, à différencier d'autres ressentis. Il y a différents degrés : le stress, etc. Il faut une phase d'adaptation pour sortir de cette angoisse et passer à autre chose. Parfois c'est difficile de passer à autre chose et c'est là où on est mis en difficulté. Quand on sent des enfants très angoissés, je pense à des angoisses de séparation, avec des enfants très accrochés à leur mère. Si ça perdure c'est à qu'on peut être mis en difficulté.

Elle est liée au développement normal de l'enfant, comme l'angoisse du huitième mois par exemple. Comme elle est passagère, elle est normale, mais elle peut-être aussi structurelle : je pense au cas des enfants psychotiques, où les angoisses sont extrêmement envahissantes. J'ai travaillé en pédopsychiatrie pendant 18 ans. Quelque fois j'ai été confrontée à des enfants psychotiques où j'avais dit un mot, j'avais fait quelque chose qui les avait

complètement angoissés, et c'est vrai que c'est assez déstabilisant. Mais on s'adapte en tant qu'orthophoniste. Heureusement qu'on ne se laisse pas envahir non plus par les angoisses de ces enfants, il faut éviter ça.

F : c'est une émotion envahissante, c'est le terme que j'avais en tête, du domaine de la peur, et qui va bloquer toute activité ou entreprise constructive. Souvent on ne sait pas d'où elle vient, on a du mal à mettre des mots dessus parce que c'est envahissant et ce n'est pas comme un stress qui va porter sur un élément ou un objet particulier. C'est plus diffus.

E : Je dirais que notre pratique nous force à réfléchir sur cette lecture là. Je dirais que c'est mon expérience en pédopsychiatrie qui m'a fait travailler là-dessus. C'était lors des échanges pendant les réunions de synthèse. Et en plus de cela, on avait organisé des séminaires animés par un psychanalyste pédopsychiatre. Pendant plusieurs années on se réunissait une fois par mois pour travailler à partir de textes ou d'expériences cliniques.

F : En lisant cette question, je me suis dit que dans aucune formation je ne m'étais penchée sur cette notion. Dans les études c'est un sujet peu abordé, la relation avec le patient dans son ensemble n'est pas tellement abordée à Paris. C'est vrai que je me suis plus penchée dessus à titre personnel par rapport à ma fille. Ça m'a amené à réfléchir. De manière générale, ce qui m'a servi à titre personnel m'a aidé aussi pour le travail.

Vous êtes-vous déjà penché(e) sur cette notion ? Dans quelle formation ?

F : Je dirais que les enfants angoissés que j'ai rencontrés, c'est surtout lors des bilans. Dans la prise en charge après, c'est plus une appréhension, un ras le bol, je ne pense pas que ce soit de l'ordre de l'angoisse. C'est plus chez des plus petits ou des primaires, qui viennent en bilan. Ils ne savent pas trop pourquoi ils viennent et ça prend de la place. On sent qu'ils sont un peu bloqués et qu'ils ne peuvent pas forcément mettre de mots, parce que parfois leurs parents ne leur ont rien dit. Sur du long terme, j'ai l'impression de ne pas avoir vu tellement d'enfants angoissés.

E : En y réfléchissant c'est vrai que dans un premier temps, mis à part mon expérience de pédopsychiatrie où l'angoisse est forte, j'ai répondu un peu comme toi. Et puis après, j'y ai pensé dans la semaine et je me disais en séance « cet enfant est pas mal angoissé ». Même si ils ne sont pas angoissés en séance où on leur propose un lieu rassurant, structuré, avec un cadre, en revanche en dehors... Hier je reçois une petite fille, Marie, c'est sa tata qui l'emmène. C'est une femme extrêmement angoissée, j'ai compris pourquoi après, elle a un regard très fixe et puis elle parle très vite. Elle me dit que ses parents partent une semaine à Rome et qu'elle va garder Marie, 9ans, et a sœur, adolescente. Dernièrement Anne a fait quelques évanouissements. Elle m'explique que ça angoissait beaucoup la maman. La tante dit « ce n'est pas grave quand ils seront absents on va dormir toutes dans le même lit ». Je demande pourquoi. Elle me dit qu'elles sont très anxieuses. Il faut savoir que dans cette famille, l'oncle, le frère de la mère et de la tante, s'est tué dans un accident de la route et ça a beaucoup frappé la famille évidemment. Lors de l'anamnèse, la mère me l'avait dit et s'était mis à pleurer et la petite avait des larmes aussi plein les yeux. Ça remonte à deux ans. La tata me dit après « moi-même je suis très anxieuse, je suis cotorep. » Elle m'explique qu'elle souffre de troubles bipolaires et qu'il y a un terrain familial. Et elle me dit que Marie depuis la rentrée du CE2 ne s'endort plus. J'étais ennuyée que ce soit la tante qui me le dise mais du coup j'ai repris ça après avec la mère. Elle me dit « dans la famille on est très angoissés, il y a eu d'abord la mort de mon frère, Anne qui a des problèmes, elle-même est suivie par un psychologue... » Cette petite est détendue, calme et joyeuse en séance, mais quelquefois il lui est arrivée de devoir attendre sa mère, et je l'avais retrouvée en larmes sur le palier.

Je pense à Victor qui est un enfant très angoissé aussi. En séance, ça ne paraît pas mais à l'école il stresse face aux examens, a des maux de crâne passagers...

F : Son frère Paul est un enfant qui parle très peu, qui est très discret qu'il faut toujours pousser, il ne participe pas très spontanément. Parfois il prend une toute petite voix comme si il ne pouvait pas s'impliquer plus et effectivement il y a peut-être plus que de la timidité. Il y a certainement une angoisse au niveau de l'échec, avec en plus une situation familiale qui ne doit pas être de tout repos.

E : Il y a des choses qu'on peut sentir. Hier quand j'ai su que la petite Marie souffrait d'insomnie. Elle va au lit vers 20H30 et ne s'endort pas avant une heure, et elle pleure. Je lui ai demandé à quoi elle pensait le soir. Elle m'a dit qu'elle ne pensait à rien de précis, que ça l'énerve parce qu'elle n'arrive pas à s'endormir. Je lui demande si c'est la nuit qui l'inquiète elle me dit que ça doit être ça. Parce qu'en plus elle est assez joyeuse, elle donne l'impression que tout va bien. « C'est ça c'est le stress de la nuit, parce que la nuit c'est un passage entre deux journées. Alors la journée qui vient de se passer, je sais ce qui m'est arrivé. Mais la journée qui va venir, je ne sais pas ce qui pourrait arriver. » C'est sûr qu'il y a ce décès qui l'a beaucoup touchée, et c'est un deuil qui

n'est pas dépassé. Je trouve ça étonnant qu'à 9 ans ça la touche autant. Et la mère m'a dit que pour elle c'est un deuil qui n'est pas fait et qui ne sera sans doute jamais fait.

F : Je pense à une petite fille que je vois, qui n'est pas en grande difficulté. Il y avait un petit coup de pouce à donner au niveau de la lecture. En fait, il y avait une angoisse de la maman que sa fille soit en échec. Il est arrivé plusieurs fois au cours du bilan que la petite fille ait les larmes aux yeux parce qu'elle avait peur d'être en échec. Il suffit que je la rassure et on sent que ça passe. Il y a un moment où ça la paralyse un peu.

E : Oui, on sent certains enfants avec des fragilités, qui ont besoin d'un étayage. Pour revenir à Marie, lorsque j'avais fait le bilan il y a un an, j'avais perçu déjà ces choses là. Dans mon compte-rendu je l'avais noté, notamment que je n'écartais pas la possibilité de ré orienter Marie vers un psychologue. Et puis après j'ai oublié ça parce que c'est une petite fille qui est rassurée dans le cadre où elle vient. Elle dit d'ailleurs qu'elle aime bien venir, demande combien il reste de séance, « je ne veux pas que ça s'arrête ». Ce genre de réflexion montre aussi qu'elle a besoin d'une béquille.

Avez-vous déjà rencontré des enfants angoissés ? Quelles en étaient les manifestations ? Comment avez-vous repéré cette angoisse ?

E : Souvent au moment du bilan, par l'anamnèse, à travers ce que disent les parents. Dans les propos des parents, dans ce qui se dit au cours du bilan et par rapport à l'attitude de l'enfant. Je pense à un petit garçon en maternelle, avec un retard de langage très important. Il vivait seul avec la maman, il y avait un conflit au niveau parental assez important. La maman était une petite dame à bout de nerfs, elle n'en pouvait plus, était un peu dans le rejet de son enfant qui pleurait beaucoup la nuit, qui était infernal. A la fois c'était très fusionnel, et à la fois elle l'envoyait valser ce petit de quatre ans et demi. Il était vraiment limite, il avait gardé des traits psychotiques. En lisant des histoires, et ce petit garçon au moment où je faisais le loup, était complètement terrorisé. Après j'étais très prudente. Une autre fois, il y avait des travaux dans la rue, il entendait la perceuse et il était complètement paniqué. Il avait une hypersensibilité au bruit qui avait tendance à le figer, à le sidérer complètement. Alors je le rassurais, je lui expliquais ce que c'était d'où ça venait, on regardait par la fenêtre, etc. Il faut mettre des mots, de faire un lien entre ce bruit et l'angoisse de l'enfant. Il était aussi obsédé par le ménage. Tous ces symptômes qui montraient son angoisse ont cédé petit à petit.

Quelles en étaient les causes ?

E : C'est difficile, souvent familial et il y a pleins de faits qui se rencontrent. Il n'y a pas qu'une seule cause.

F : Ce que j'ai vu le plus souvent c'est la peur de l'échec scolaire, à la fois chez les parents et chez l'enfant.

E : Il y a une pression importante des parents souvent. Effectivement beaucoup de parents angoissés tout de même. Je pense à plusieurs mamans très angoissées. Donc les causes sont multiples. Le terrain familial, des familles où elle se transmet de génération en génération. Ça peut être un événement précis, mais qui prend parfois des proportions parce qu'il y a déjà un terrain d'angoisse au préalable.

F : Si il y a un événement seul chez un enfant en difficulté dans une famille où tout va bien, et qui n'est pas angoissé, de manière générale, ça ne se ressent pas de la même façon, ça n'enfle pas.

E : Elle peut être structurelle aussi chez les enfants psychotiques.

F : J'ai l'impression qu'il y a des parents qui ne se rendent pas du compte de l'angoisse de leur enfant. Il y a un certain nombre de parents pour qui c'est « allez, ça va aller, il faut travailler. » Ils occultent souvent un peu ça, ils réduisent au travail, peut-être parce qu'ils n'ont pas envie de voir autre chose non plus. Ça crée peut être une angoisse supplémentaire chez l'enfant. Il ne s'autorise pas à l'exprimer vraiment.

E : Quand j'ai repris avec la maman de Marie peut être un suivi pour Marie, elle m'a dit tout d'abord qu'elle n'avait pas le temps et puis par la suite, je pense aussi qu'il y a un peu de comédie, parce que le soir c'est l'occasion pour elle de nous rejoindre dans la chambre, elle fait un peu le bébé. Je pense que c'est un peu banalisé aussi car comme c'est une famille angoissée, quelque part c'est normal de vivre dans l'angoisse. Ils ne veulent pas, je pense que c'est inconscient, c'est un mode de défense pour eux. Les grands-mères aussi c'est difficile à gérer : elles sont tellement persuadées de savoir !

Y a-t-il des situations où vous vous êtes senti(e) en difficulté face à un enfant angoissé ?

F : J'ai l'impression que ça ne m'a jamais mise très en difficulté dans le sens où souvent en parler, rassurer l'enfant et mettre des mots sur ce qui se passe, fait qu'on peut poursuivre la séance. Cela dit, il y a des enfants

qui restent en difficulté profondément et ça on la gère comme on peut, il y des enfants chez qui on sent quand même que l'angoisse bloque un peu ce qu'on pourrait faire. Ce n'est pas de notre ressort. C'est une entrave à un travail de fond en orthophonie.

E : À ce moment-là on réoriente. Je pense à un enfant suivi depuis longtemps en orthophonie, suivi par un psychologue aussi en parallèle. Il va très mal, est profondément angoissé même si il n'y a pas de manifestations débordantes. Il n'est pas insomniaque, par contre il est plutôt boulimique. Ça préoccupe la maman surtout parce que esthétiquement ce n'est pas très joli. Elle ne voit pas ce qui a derrière. Je travaille avec lui en groupe, j'ai proposé autre chose car il avait tellement eu de suivis individuels qu'il ne voulait pas continuer. Il est en échec scolaire en CM2. Il n'a qu'une idée en tête : ce sont les armes, la guerre, la destruction. J'ai quatre garçons pré ados en groupe d'écriture et quel que soit le thème, il revient toujours sur cela. Je lui ai demandé un jour, et il m'a dit qu'il trouvait ça magique parce qu'on pouvait tuer quelqu'un comme ça d'un coup. Il a été suivi deux ans par une psychologue et il a arrêté parce qu'il n'avait plus rien à lui dire. Et moi c'est vrai que cet enfant j'en ai marre. Il n'en sort pas. Il y a un mois je lui ai dit qu'à cette séance il devait essayer de ne pas aborder ce thème. Il a eu beaucoup de mal, il m'a même demandé « mais qu'est-ce que je vais faire sans la guerre ? » C'est son point d'ancrage et je trouve ça très inquiétant. Il n'investit rien, tout le monde est mort, tué. Il me met en échec je le reconnais. Pendant les séances je me dis « mince, comment l'aider à sortir de là ? »

F : Je pense à un enfant que j'ai suivi il y a un an, qui venait pour des problèmes de voix et de débit surtout. Il parlait toujours en étant très essoufflé. J'ai travaillé avec lui tout ce qui est voix, relaxation, par le biais aussi de jeux de rôles, de théâtre. J'ai fait plein de choses différentes parce que rien ne passait. En fait, c'était un enfant coincé entre la petite soeur qui faisait tout parfaitement, et la petite sœur, encore allaitée à trois ans et demi, qui accaparait complètement la mère. Lui était un peu coincé entre les deux et la façon dont il parlait signifiait surtout « j'ai besoin de me faire entendre ». Pour le coup c'était vraiment une angoisse parce qu'il avait besoin d'avoir sa place pur vivre et il ne l'avait pas suffisamment. Ce sont des parents avec qui j'essayais d'en discuter, de conseiller un suivi psychologique, d'en parler avec lui. On a dû arrêter avec des petites clés pour lui sur la voix mais ce n'était pas une rééducation de voix classique. Il n'entraînait pas dans ce que je pouvais lui proposer comme la relaxation : pour lui c'était impossible. C'est un cas d'angoisse où à mon avis ça ne relevait pas que de l'orthophonie, il y avait besoin d'autres choses d'abord.

E : Je pense aussi à un petit garçon que j'ai suivi pour un problème vocal et pour qui ça a été un échec. Il était issu d'un milieu très intellectuel. Ses parents intellectualisaient tout, et on sentait chez lui une exigence de perfection. Il était complètement dysphonique et toutes les tentatives de relaxation ou de travail corporel le mettaient encore plus mal tellement il avait envie de bien faire. Ça a été un échec flagrant.

E : Etre touchée par des réactions d'enfants ça arrive fréquemment, dans le positif ou le négatif.

F : Il y a peut-être des enfants pour lesquels je me suis beaucoup impliquée dans le sens où j'ai eu envie de les aider à tous points de vue en voyant leur difficultés et il a fallu que je prenne du recul et que je me dise que ce n'était pas mon rôle. Peut-être même surtout au début de ma pratique je pense. Maintenant, je dirais que je tombe un peu moins dans le piège, je sais mieux quel est mon rôle. Au début c'est vrai que la tentation est un peu de tout résoudre pour l'enfant.

E : C'est vrai qu'il faut prendre du recul par rapport à nos affects et rester professionnel.

F : Je dirais que moi-même j'ai pris beaucoup de recul par rapport aux parents depuis que j'ai moi-même des enfants. Il y a pleins de choses qu'on pourrait penser qui ne sont pas vraies. Ça m'aide à prendre du recul en me disant qu'il y a plein de choses dans cette famille que je ne sais pas qui font que je ne peux pas juger. Ça permet d'avoir plus d'échanges avec les parents. Par rapport à l'angoisse surtout, quand je vois tout ce que en tant que parents, on peut se poser comme questions, ça aide à les comprendre.

Cela a-t-il engendré un questionnement particulier, une réflexion plus approfondie ?

E : C'est vrai qu'il y a des patients qui nous font vraiment travailler. Soit on peut mener cette réflexion seul dans son coin, ou à plusieurs. Tout le temps où j'étais en pédopsychiatrie, j'avais un groupe de contrôle. On était quatre orthophonistes puis le groupe s'est fini, mais ça a duré de longues années. Pendant mes dix-huit ans d'expérience, j'ai eu pratiquement un contrôle toutes les trois semaines. On avance super bien. Il y a eu une période où à chaque séance on parlait d'un enfant différent : c'était intéressant mais pas assez approfondi. Plus tard avec une autre psychanalyste, on travaillait pendant un an avec le même cas clinique. C'est intéressant parce qu'on fait beaucoup de liens entre les situations cliniques des autres et la nôtre.

F : Moi, je pense que c'est quelque chose qui me manque un peu de ne pas avoir plus d'échanges avec des collègues mais aussi des psychologues. Pendant ma première année d'exercice en institution, j'étais en remplacement donc c'était un peu compliqué. Et puis il n'y avait pas de groupe établi. Il y avait tout de même la psychologue avec qui je pouvais échanger régulièrement.

E : C'est là que je me suis rendue compte aussi de l'importance du travail écrit pour cette prise de distance, cette réflexion. C'est comme quand on rédige le bilan qui permet de souligner certains détails qu'on aurait oubliés. Pour moi c'est nécessaire.

F : Même régulièrement au cours des rééducations, c'est important de faire le point sur l'enfant par rapport au bilan, voir où on en est pour prendre du recul.

Quelle place a pour vous la technique face à un enfant angoissé ? Que vous apporte-t-elle ?

F : Face à l'angoisse, j'ai l'impression qu'il n'y a rien de très particulier, excepté pouvoir parler, mais ce n'est pas dans le travail orthophonique proprement dit.

E : Le cadre qu'on met en place je trouve qu'il faut qu'il soit rassurant pour l'enfant.

F : Effectivement avec une petite qui ne parlait pas du tout, pendant environ trois mois on a commencé les séances par les deux mêmes livres. Elle avait besoin de ça et je pense que ça répondait à une certaine angoisse chez elle.

E : Je trouve ça intéressant justement quand les enfants mettent en place des rituels comme ça, et font toujours la même chose. Le jour où il lâche ça on est content, il évolue.

Que mettez-vous en place pour contenir son angoisse (dans le cadre de la séance) ? Quelles sont les spécificités du travail orthophonique qui permettent de cadrer l'angoisse ?

F : Je trouve que ça se fait spontanément, surtout par les petits, d'aller redemander le même jeu. Ça vient d'eux aussi.

E : Je pense aussi à Antoine que je reçois dans le cadre des ateliers d'écriture pour les adolescents. Dans les manifestations d'angoisse, j'ajouterais aussi les enfants qui arrivent avec un visage fatigué, triste, pas du tout épanoui. Il est un peu comme ça. Dans l'écriture il projette une quantité de choses intéressantes je trouve et à partir desquelles je m'appuie pour parler avec lui. Alors ici l'outil technique est l'écriture, ça fait une surface de projection pour lui. Ça permet de mettre en mots. Souvent ces histoires se terminent mal. Il arrive à en dire quelques petites choses.

Trouvez-vous beaucoup de ressources dans la formation d'orthophoniste universitaire ?

F : J'ai l'impression qu'on a eu des choses très théoriques et pas trop en lien avec la clinique : des descriptions théoriques des névroses, etc.

E : Oui, c'est vraiment sur le terrain qu'on découvre. C'est bien parce que c'est aussi à ce moment-là qu'on se pose des questions, les réponses sont plus percutantes. C'est quand on y est confronté qu'on avance le plus. Quand on est étudiant, on n'est pas du tout engagé dans quelque chose. Alors que quand on travaille, on est engagé dans une relation.

Que pensez-vous du travail d'équipe ?

E : Le travail d'équipe ça peut être intéressant. Parfois ça peut être lassant aussi pendant de nombreuses années de travailler toujours avec les mêmes personnes. Mais il y a eu une époque où ça m'a beaucoup apporté.

F : Le risque est que ça ne soit pas très constructif.

E : Quand j'ai commencé à me sentir comme ça, j'ai voulu arrêter. Le risque en psychiatrie c'est que les médecins changent tout le temps. Entre les tentatives de suicide, l'alcoolisme, les femmes battues, l'inceste et autres horreurs, parfois c'était le psychiatre qui débutait qui passait le plus de temps à parler. Nous n'avions parfois plus le temps de parler de nos enfants, qui pouvaient bien nous paniquer aussi parce qu'on avait des cas difficiles. Je suis ravie d'avoir fait ça tout de même en début de carrière.

D'ailleurs mes enfants m'ont un peu aidé à prendre la décision de changer de poste. Je connaissais une petite fille qui vivait une situation très difficile, les deux parents étaient alcooliques. Ils allaient régulièrement en cure, la mère a fait plusieurs tentatives de suicide et la petite était mal. J'en parlais à mon époux, quand je voyais des

amis j'en parlais...Elle m'avait beaucoup touchée cette enfant. Elle me faisait confiance, elle me racontait tout ça et c'était dur. J'avais aussi été confrontée à une enfant qui m'avait dit que son père avait voulu abuser d'elle. Elle m'en n'avait pas parlé d'emblée. Elle était en cinquième et sur un mois ou deux je l'ai vu partir. Je lui ai demandé si quelque chose la tracassait. Elle m'a annoncé ça, c'était dur, en plus à l'époque j'étais jeune, c'était le début de ma pratique. Dans ces cas là il fallait être très prudente dans ses réflexions et c'est cela qui m'inquiétait. Il ne fallait pas aggraver les choses. Il y a des situations comme celle-là qui m'ont vraiment tracassée. Je dirais que dans les cas sérieux l'équipe était là et heureusement.

Résumé :

Nous avons étudié la notion d'angoisse et son importance dans le développement de l'enfant. Associant ces données théoriques aux expériences cliniques recueillies lors d'entretiens, nous avons donc cherché à observer quelle place l'angoisse occupe dans le travail, aussi bien pour l'enfant que pour l'orthophoniste. Cela nous a permis de réfléchir aux différentes ressources du thérapeute pour ne pas considérer l'angoisse comme une entrave mais plus comme un moteur de l'échange avec l'enfant.

Mots clefs :

- angoisse
- développement de l'enfant
- entretiens cliniques
- contre-transfert
- relation thérapeutique